

PROTOCOLES D'INTERVENTION CLINIQUE À L'USAGE DES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS 2017



Septième édition
Dépôt légal septembre 2017
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives du Canada
ISBN 978-2-550-79238-3 (PDF)
978-2-550-79354-0 (imprimé)

Toute reproduction par quelque procédé que ce soit est interdite à moins d'autorisation écrite préalable.

Note : Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Veuillez noter également que s'il y a contradiction entre le texte et l'algorithme, le texte prime.

Photo de la page couverture : Gracieuseté de la Corporation d'urgences-santé.

PRÉAMBULE

de la septième édition

Cette septième édition des protocoles d'intervention clinique intègre les changements apportés à travers les formations continues offertes aux techniciens ambulanciers paramédics (TAP) depuis la publication de la version 2013 des protocoles.

Cette version reflète l'évolution du champ de pratique des TAP en soins primaires des dernières années afin de permettre de mieux stabiliser et traiter les patients que les services préhospitaliers d'urgence prennent en charge quotidiennement.

On y intègre notamment les modifications choisies en lien avec l'évolution de la connaissance en réanimation et l'ensemble des modifications récentes apportées en lien avec l'évolution du réseau de traumatologie.

Vous remarquerez que le jugement clinique du TAP croît progressivement avec l'évolution de soins, avec des termes comme considérer qui se retrouvent plus fréquemment utilisés. Par contre, le TAP ne doit pas oublier qu'il se doit de bien documenter comment il a évalué le risque et justifier la conduite retenue.

Bonne lecture !

Colette D. Lachaine, mdcm

Directrice médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence

COLLABORATEURS PICTAP

Nous ne pouvons citer ici tous les médecins et techniciens ambulanciers paramédics qui ont participé directement ou indirectement à la révision et à la rédaction de la nouvelle version des PICTAP. Cependant, nous tenons à souligner particulièrement la collaboration étroite de certains dans la réalisation de la mise à jour des protocoles, **et ce, depuis les 10 dernières années.**

M. Claude Dubreuil

Technicien ambulancier paramédic
instructeur
Spécialiste à la qualité des services
préhospitaliers
Corporation d'urgences-santé

M. Nicolas Leblanc

Technicien ambulancier paramédic
Assurance de la qualité des services
préhospitaliers d'urgence
Centre intégré de santé et de services
sociaux du Bas St-Laurent

M. Sébastien Légaré

Spécialiste en développement de
programmes en soins primaires et en soins
avancés
Corporation d'urgences-santé

Dr Jocelyn Moisan

Directeur médical régional
Centre intégré de santé et de services
sociaux de l'Outaouais

Mme Nathalie Robin

Technicienne ambulancière-paramédic en
soins avancés et instructrice
Corporation d'urgences-santé

Dr Dave Ross

Directeur médical régional
Centre intégré de santé et de services
sociaux de la Montérégie-Centre
Corporation d'urgences-santé

Mme Diane Verreault

Directrice
Qualité des soins préhospitaliers et de
l'enseignement
Corporation d'urgences-santé

La directrice médicale nationale

Dre Colette D. Lachaine

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Les directeurs médicaux régionaux 2017

Dr Serge Bergeron

Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean

Dr François Bégin

Centre intégré de santé et de services
sociaux de Chaudière-Appalaches

Dr François Parent

Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux de la Mauricie et du
Centre du Québec

Dr Simon Delisle

Centre intégré de santé et de services
sociaux du Bas St-Laurent

Dr Bruno Hamel

Centre régional de santé et de services
sociaux de la Baie-James

Drs Jean-François Bélanger et Anne-Marie Larkin

Centre intégré de santé et de services
sociaux de la Côte-Nord

Dr Louis Philippe Pelletier

Centre intégré de santé et de services
sociaux des Laurentides

Dr Bouchra Reggad

Centre intégré de santé et de services
sociaux de Lanaudière

Dr Jean-Guy Ricard

Centre intégré de santé et de services
sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Dr Michel Roy

Centre intégré de santé et de services
sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-
Madeleine

Drs Wayne Smith et Pierre Guérette

Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux de l'Estrie

Dr Doug Eramian

Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux de la Capitale nationale

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
GÉNÉRALITÉS	9
PROTOCOLE D'APPRÉCIATION DE LA CONDITION CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE	
APP. Appréciation de la condition clinique préhospitalière	
Appréciation de la stabilité du patient	
SITUATION DE SINISTRE	
SIN. 1	Intervention sur un site de sinistre comportant plusieurs patients
SIN. 2	Start et JumpStart modifié
PROBLÈMES INDUSTRIELS	
IND. 1	Exposition à des matières dangereuses - Intervention globale
IND. 2	Exposition cutanée à des substances toxiques
IND. 3	Inhalation de vapeurs ou de substances toxiques
SITUATIONS DE RÉANIMATION	
Généralités sur les situations de réanimation	
RÉA. 1	Arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine médicale – Adulte
RÉA. 2	Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine médicale
RÉA. 3	Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique ou hémorragique- Adulte
RÉA. 4	Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine traumatique ou hémorragique
RÉA. 5	Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale - Pédiatrique (0 à puberté)
RÉA. 6	Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique ou hémorragique – Pédiatrique (0 à puberté)
RÉA. 7	Intubation au Combitube® du patient en hypoventilation
RÉA. 8	Protocole de prise en charge lors d'intervention de réanimation en cours avec DEA*
RÉA. 9	Assistance respiratoire / ventilatoire
RÉA. 10	Protocole de réanimation en présence de dispositif d'assistance ventriculaire gauche (DAVG)
RÉA. 11	Vomissements incoercibles
PROBLÈMES ENVIRONNEMENTAUX	
ENV. 1	Accident de plongée
ENV. 2	Brûlure
ENV. 3-A	Coup de chaleur
ENV. 3-B	Crampes/Épuisement par la chaleur
ENV. 4	Électrisation / Électrocution
ENV. 5	Engelure
ENV. 6	Hypothermie
ENV. 7	Submersion
PROBLÈMES MÉDICAUX	
MED. 1	Ø Plainte spécifique : Faiblesse
MED. 2	Atteinte de l'état de conscience
MED. 3	Bradycardie, tachycardie ou palpitations
MED. 4	Céphalée
MED. 5	Choc non-traumatique
MED. 6	Confusion aiguë
MED. 7	Convulsions
MED. 8	Difficulté respiratoire
MED. 8-A	Dyspnée d'origine cardiaque probable
MED. 9	Douleur abdominale
MED. 10	Douleur thoracique
MED. 11	Épistaxis
MED. 12	Intoxication volontaire ou involontaire et toxicomanie
MED. 13	Obstruction complète des voies respiratoires par corps étranger (patient de plus d'un an)
MED. 14	Paralysie, paresthésie ou trouble du langage aigu Dépistage d'un patient en AVC probable et candidat à la reperfusion cérébrale
MED. 15	Perte de conscience/Syncope
MED. 16	Problèmes diabétiques – hypoglycémie

PROBLÈMES OBSTÉTRICAUX

- OBS. 1 Femme enceinte en travail
- OBS. 2 Accouchement imminent
- OBS. 3 Accouchement imminent - Présentation par le siège
- OBS. 4 Appréciation et soins au nouveau-né
- OBS. 5 Convulsions du troisième trimestre – Éclampsie
- OBS. 6 Procidence du cordon
- OBS. 7 Saignement vaginal

PROBLÈMES PÉDIATRIQUES

Généralités sur les problèmes pédiatriques

- PED. 1 Atteinte de l'état de conscience
- PED. 2 Convulsions
- PED. 3 Difficulté respiratoire
- PED. 4 Obstruction complète des voies respiratoires par corps étranger (patient de moins d'un (1) an)
- PED. 5 Réaction allergique/anaphylactique

PROBLÈMES PSYCHIATRIQUES

- PSY. 1 Problème de comportement
- PSY. 2 Transport sans consentement
Extrait de la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001)

PROBLÈMES MÉDICO-LÉGAUX

- MED.-LEG. 1 Enfant maltraité
Extrait de la loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c.P-34.1, a.38)
- MED.-LEG. 2 Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable
(Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures)
- MED.-LEG. 3 Directives de non-initiation de la réanimation
- MED.-LEG. 4 Mort évidente
- MED.-LEG. 5 Présence d'un médecin/sage-femme sur place
- MED.-LEG. 6 Constat de décès à distance

PROBLÈMES TRAUMATIQUES

Indice préhospitalier pour traumatismes (IPT)

Information sur les problèmes traumatiques

- TRAU. APP. Appréciation de la condition clinique préhospitalière en traumatologie
- TRAU. 0 Indications d'immobilisation de la colonne vertébrale
- TRAU. 1 Traumatisme adulte (incluant traumatismes facial, crânien, thoracique ou abdominal)
- TRAU. 2 Traumatisme chez la femme enceinte
- TRAU. 3 Traumatisme isolé des extrémités
- TRAU. 4 Traumatisme ou brûlure oculaire
- TRAU. 5 Traumatisme pédiatrique

TECHNIQUES

- TECH. 1 Retrait du casque protecteur
- TECH. 2 Contentions
- TECH. 3 Contrôle d'hémorragie
- TECH. 4 Protection spinale adulte
- TECH. 5 Protection spinale pédiatrique
- TECH. 6 Tube orotrachéal à double voie (COMBITUBE® et COMBITUBE® SA)
- TECH. 7 Immobilisation des extrémités
- TECH. 8 Transport d'un membre amputé
- TECH. 9 Oxylator™
- TECH. 10 Oxygène/Saturométrie
- TECH. 11 ECG 12 dérivations
- TECH. 12 Tourniquet
- TECH. 13 Retrait de l'équipement sportif de protection (protocole non en vigueur)
- TECH. 14 Trachéostomie

LEXIQUE

AVANT-PROPOS

La démarche que nous vous proposons est simple. Essentiellement, elle consiste en un protocole de base, le protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière, auquel se greffent tous les autres protocoles.

Le protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière, ou protocole de base, vise à donner au technicien ambulancier paramédic une approche standardisée de l'appréciation du patient. Cette approche comporte six étapes au cours desquelles le technicien ambulancier paramédic peut, suivant la nature du problème rencontré, faire référence à un protocole plus spécifique.

Dans toute situation, le technicien ambulancier paramédic doit, en premier lieu, voir à la sécurité de la scène pour éviter qu'il ne devienne lui-même un patient. Une fois la sécurité de la scène assurée, il procède à l'examen primaire et à l'appréciation de l'instabilité de l'état du patient. Ces deux appréciations permettent au technicien ambulancier paramédic :

- a) Soit d'appliquer un protocole précis au problème rencontré et de procéder rapidement au transport vers un centre hospitalier, tout en faisant son examen secondaire spécifique, à cause de l'instabilité ou du potentiel d'instabilité du patient;
- b) Soit d'appliquer un protocole précis au problème rencontré et de faire son examen secondaire spécifique parce qu'il juge que le patient est stable;
- c) Soit de n'appliquer aucun protocole précis parce qu'il ne rencontre, lors de son examen, aucun signe ou symptôme lui permettant de faire référence à un protocole précis.

En toute circonstance, qu'il ait dévié ou non vers un protocole particulier, le technicien ambulancier paramédic doit toujours revenir au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière pour éviter d'oublier une étape que nous jugeons essentielle pour la survie du patient ou la coordination avec les autres intervenants.

Il se peut que plus d'un protocole soit applicable dans certaines situations. Le technicien ambulancier paramédic devra alors établir une priorité dans la série de protocoles à appliquer et veiller à leur application dans la mesure où ils ne sont pas contradictoires.

GÉNÉRALITÉS

Certains éléments des protocoles s'appliquent à toutes les interventions. Nous les avons donc regroupés, dans la présente section, avant l'ensemble des protocoles.

On retrouve ici de multiples composantes des protocoles, certaines s'appliquant à l'ensemble de l'intervention, certaines ne s'adressant, qu'à un point bien précis, d'autres relèvent simplement du bon jugement et de l'attitude des techniciens ambulanciers paramédics.

1. Notion de préposé et de conducteur

Historiquement, le technicien ambulancier paramédic responsable de l'intervention est le préposé. Par contre, cette notion n'apparaît pas à l'intérieur des présents PICTAP. Seules, les appellations TAP # 1 et TAP # 2 y apparaissent. L'intervention ambulancière requiert la présence et l'expertise des deux partenaires et ceux-ci doivent travailler ensemble. Dans certains protocoles, particulièrement techniques, pour faciliter la compréhension, il est nécessaire de définir le rôle de chacun des techniciens ambulanciers paramédics; ceci ne doit pas être interprété de façon étroite comme étant le rôle du préposé ou du conducteur.

2. Prévention des infections

Lors de toute intervention, le technicien ambulancier paramédic doit utiliser les précautions universelles en matière de prévention des infections. Les procédures de surveillance pour les syndromes d'allure grippale (SAG, influenza) et les maladies respiratoires sévères d'origine infectieuse (MRSI) et la maladie à virus d'Ébola (MVE) doivent toujours être respectées.

Dans tous les cas où le TAP évalue qu'un risque de contamination existe, il doit s'assurer d'une ventilation forcée dans le module de soins.

3. Assistance ventilatoire/respiratoire

L'assistance ventilatoire fait référence à toutes les techniques disponibles pour assister la ventilation lorsqu'inadéquate : masque de poche, ballon-masque, Oxylator™ et Combitube®. La technique de base pour initier l'assistance ventilatoire demeure la ventilation au masque de poche, l'utilisation du ballon-masque étant réservé pour les situations mettant en danger la sécurité des intervenants (ex. : intoxication au cyanure, intoxication par inhalation de substance toxique ou maladie respiratoire sévère d'origine infectieuse - MRSI). Lorsqu'une ventilation assistée est requise sans critère d'intubation, l'Oxylator™ est l'outil privilégié.

L'assistance ventilatoire chez l'adulte doit être entreprise lorsque le patient a un état de conscience à « P » ou « U » et que la fréquence respiratoire est inférieure à 8/min. Si le patient est tachypnéique, respecter la fréquence respiratoire compensatoire du patient à moins d'être en présence d'insuffisance respiratoireⁱ. Si une assistance est requise dans ce cadre, respecter les fréquences respiratoires dictées par les normes de réanimation en vigueur.

L'assistance respiratoire doit être entreprise lorsque le patient présente des signes de fatigue respiratoire dans le contexte d'un état de conscience à « A » ou « V ». la CPAP à usage unique est l'outil privilégié pour apporter ce support, l'Oxylator™ peut également être utilisé.

ⁱ Définition : insuffisance respiratoire associée à une tachypnée : situation clinique où la tachypnée est inefficace et associée avec une altération de l'état de conscience ou une désaturation, malgré un supplément d'oxygène à haute concentration.

GÉNÉRALITÉS (suite)

Chez le patient pédiatrique, l'ensemble des paramètres ventilatoires doit être considéré comme décrit à la section d'introduction des protocoles pédiatriques, lorsque l'on doit apprécier si la ventilation est inadéquate.

4. NPO (Nil Per Os)

Aucun aliment liquide ou solide ne doit être ingéré par le patient à moins d'avis contraire dans le protocole spécifique.

5. Déplacement du patient

Seuls les patients dont la demande d'aide est liée à un problème de comportement ou un besoin psychosocial sans composante médicale peuvent être assistés vers la civière ou le véhicule ambulancier en marchant, lorsque le TAP s'est assuré qu'il est sécuritaire de procéder ainsi.

À titre d'exemple, aucun patient présentant ou ayant présenté une douleur thoracique, une dyspnée, même si non objectivable ou une des plaintes/signes suivants : syncope, quasi-syncope, AVC, altération de l'état de conscience, faiblesse ou étourdissement, choc, intoxication, difficulté à marcher ou signes vitaux anormaux ne doit se rendre à la civière ou au véhicule ambulancier en marchant.

6. Accompagnement du patient

Durant le transport du patient vers le centre receveur, pour les transports primaires et les transferts interétablissements, un TAP doit toujours accompagner le patient dans le module de soins à moins que le patient soit en arrêt cardiorespiratoire et qu'aucune manœuvre ne soit indiquée.

7. Surveillance du patient

La surveillance du patient doit être exercée en tout temps. Ceci inclut le monitoring cardiaque et la saturométrie en continu lorsque ces actions sont prescrites par les PICTAP, et ce, jusqu'à la fin du triage au centre hospitalier receveur. La documentation objective des signes vitaux doit se faire selon l'état de stabilité du patient. Par contre, la prise de signes vitaux complète est requise avant ou simultanément à l'administration d'un médicament.

8. Transport

À la fin de chaque protocole, le niveau d'urgence de chacune des situations rencontrées est noté à travers trois termes : transport **URGENT**, transport **IMMÉDIAT** ou transport **NON URGENT**.

- a) **Transport URGENT** : implique une situation clinique **INSTABLE** nécessitant une intervention rapide et un départ hâtif; demande une conduite du véhicule ambulancier vers le centre receveur en urgence, (10-30 : avec feux d'urgence et/ou sirène). S'applique à toutes les situations où le patient présente une instabilité et quelques autres exceptions; **les arrêts en route vers le CH ne sont permis que lors d'une situation d'urgence (ex. : accident de la route sur le trajet, besoin d'intervention immédiate auprès du patient transporté).**

- b) **Transport IMMÉDIAT** : implique une situation clinique avec un potentiel d'instabilité nécessitant une intervention rapide et un départ hâtif; demande une conduite du véhicule ambulancier vers le centre receveur en non-urgence (10-16) avec la possibilité de modifier la conduite en urgence (10-30) si un obstacle significatif retardait l'arrivée au centre receveur; **les arrêts en route vers le CH ne sont permis que lors d'une situation d'urgence (ex. : accident de la route sur le trajet, besoin d'intervention immédiate auprès du patient transporté).**
- c) **Transport NON URGENT** : implique une situation NON URGENTE; la conduite de retour est donc en non-urgence (10-16).

9. Documentation des interventions : rédaction du rapport d'intervention préhospitalière (RIP)

Toute intervention où un citoyen sollicite l'opinion du technicien ambulancier paramédic dans l'exercice de ses fonctions sur une décision liée à un problème de santé existant, même sans avoir été affecté par le CCS, est incluse dans ce qui est entendu par « contact-patient ». Toutes ces interventions doivent être déclarées au CCS. L'interaction avec le patient dont le contact n'a pas été généré par le CCS doit respecter en tous points les PICTAP.

Un rapport d'intervention clinique (AS-803) doit être rédigé pour toutes les interventions où le technicien ambulancier paramédic a eu contact avec un patient, ceci inclut : transports primaires **URGENTS, IMMÉDIATS** ou **NON URGENTS**, transports secondaires (interétablissements) avec ou sans escorte, retours à domicile et, tout particulièrement, les interventions qui se concluent par un refus de transport.

Un rapport complémentaire doit être rédigé dans les circonstances suivantes et transmis **au centre intégré (CI)** :

- a) En complément du RIP, lorsqu'il manque d'espace;
- b) Lors d'un incident ou d'un accident;
- c) Lors d'une intervention avec accès forcé;
- d) Lors de toute intervention où lorsqu'arrivé sur les lieux, aucun patient n'est trouvé;
- e) Lorsque les policiers refusent l'accès à la scène;
- f) Lors de scène à patients multiples.

La signature des deux techniciens ambulanciers-paramédics est requise sur le AS-803. De plus, le RIP doit être transmis au centre hospitalier dès que le formulaire est complété, et à l'employeur quotidiennement. Dans les situations où l'équipe est affectée à un autre appel avant que la rédaction soit complétée, et que l'équipe ne retourne pas à ce même centre hospitalier durant ce quart, le formulaire rempli sera remis à l'employeur avec une note à cet effet. La mention « note tardive » devra être inscrite au haut du formulaire, dans la section « plainte principale ».

Le superviseur clinique ayant effectué une appréciation du patient et/ou administré des soins en fonction des PICTAP doit remplir un AS-803; ce formulaire doit être distinct de celui des TAP qui prendront en charge le patient.

GÉNÉRALITÉS (suite)

En présence d'une situation à patients multiples, un rapport complémentaire (RC) doit être rédigé afin d'expliquer le triage et la gestion du site d'intervention. Ce RC doit être consigné chez l'employeur, une copie devra être acheminée **au CI**. Aucune copie ne doit être laissée au dossier du patient, puisqu'il n'est pas nominalisé.

L'ensemble des interventions enregistrées doit être transféré à l'équipe d'amélioration de la qualité **du CI** selon la procédure régionale ou locale. **Le MDSA doit être ouvert dès l'arrivée au chevet du patient, et ce, jusqu'à la prise en charge du patient par l'infirmière au triage. Seules les interventions traumatiques où il n'est pas indiqué et dicté que le MDSA soit apporté sur la scène ne seront pas enregistrées à partir du début de l'intervention.**

10. Consentement, aptitude, refus et modalités de transport

Lors d'une intervention ambulancière, un consentement de traitement et de transport doit être obtenu. Certains éléments doivent être mis en lumière :

- a) Un consentement, soit-il explicite ou implicite, doit être obtenu du patient pour que le technicien ambulancier paramédic effectue un transport;
- b) Le patient a le droit de consentir, en tout ou en partie, aux traitements offerts;
- c) Un consentement peut être donné ou retiré en tout temps;
- d) Une personne qui apparemment souffre d'un problème psychiatrique est présumée apte et peut, par le fait même, refuser d'être transportée dans un établissement;
- e) Le mineur de 13 ans et moins est automatiquement considéré inapte; un représentant de l'autorité parentale doit être recherché en temps utile;
- f) Le mineur de 14 à 17 ans peut consentir et refuser des soins sauf si le refus peut faire atteinte à son intégrité ou à sa survie;
- g) Le technicien ambulancier paramédic ne détient pas les informations nécessaires pour informer adéquatement le patient concernant le coût final lié au transport ambulancier;
- h) Le technicien ambulancier paramédic **ne doit jamais initier** une discussion pouvant se conclure en refus de traitement ou de transport. Lorsque le patient ou autre témoin exprime son désir de ne pas être transporté ou traité, le technicien ambulancier paramédic doit :
 - S'assurer que le MDSA est déjà en marche pour enregistrer le refus;
 - tenter d'obtenir le consentement du patient; si le technicien ambulancier paramédic en est incapable, il doit :
 - évaluer l'aptitude du patient : sa capacité de prendre une décision raisonnable;
 - s'assurer, lors de son appréciation de l'aptitude, qu'il évalue les trois sphères d'orientation, valide la compréhension du patient des présents événements et la raison du refus;
 - s'assurer de transmettre au meilleur de ses connaissances les conséquences possibles de l'absence de transport, traitement, selon les signes et symptômes, etc. pour permettre un consentement (ou refus) éclairé;
 - s'assurer de transmettre les informations de façon neutre, objective sans pression induite, et ce, pour permettre un consentement (ou refus) libre;

- tenter à nouveau d'obtenir le consentement du patient si le refus semble déraisonnable.
- lorsque le patient est apte et exerce son refus, le technicien ambulancier paramédic doit lire et faire signer la section de refus du formulaire AS-803. La lecture de la section « refus » doit faire partie de l'enregistrement sonore fait à l'aide du MDSA.

11. Transport sans consentement

- a) Une personne ne peut être transportée sans son consentement ou sans que la loi ou le tribunal l'autorise; dans certaines situations où le patient refuse de se rendre au CH receveur, la loi prévoit des exceptions pour assurer le bien-être et la sécurité du patient et de son entourage;
- b) Dès qu'une personne est amenée contre son gré dans un établissement, la présence des policiers est requise; les seuls intervenants autorisés par la loi à utiliser la force « nécessaire et raisonnable » sont les policiers.

- **Transport avec autorisation du tribunal**

En présence de motifs sérieux permettant de croire qu'une personne constitue un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé (quiconque démontre de l'intérêt pour la personne concernée), ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de son consentement, amenée et gardée dans un établissement pour y subir un examen psychiatrique.

- l'ordonnance émise par le tribunal en vue d'un examen psychiatrique prévoit généralement que la personne concernée par l'ordonnance sera confiée à la garde de l'établissement indiqué à l'ordonnance;
- cette ordonnance doit être exécutée par un agent de la paix et signifiée à la personne visée; celle-ci est alors considérée comme étant détenue;
- lorsque la personne visée peut se déplacer, son transport est effectué par le service de police, à l'endroit spécifié dans l'ordonnance;
- lorsque la personne visée ne peut se déplacer ou que son état de santé requiert un transport ambulancier ou encore qu'elle refuse de coopérer et que le moyen de transport jugé approprié par le policier est un véhicule ambulancier, les policiers ont recours aux SPU pour le transport sur civière si nécessaire, ceci pour la sécurité du patient ou celle d'autrui. Ils doivent alors obligatoirement accompagner la personne dans le véhicule ambulancier;
- au besoin et à la demande expresse d'un policier, les techniciens ambulanciers paramédics peuvent utiliser la technique de contentions;
- le technicien ambulancier paramédic doit s'assurer qu'il agit en conformité avec l'ordre de la Cour, s'il y a lieu;

GÉNÉRALITÉS (suite)

- le technicien ambulancier paramédic doit aviser le policier accompagnateur qu'il doit prendre place sur le siège capitaine situé dos au conducteur et boucler sa ceinture de sécurité. Le policier devrait prendre place à l'intérieur du module de soins avant l'entrée du patient et une fois à destination, il devrait quitter l'ambulance après la sortie du patient. Le tout afin d'éloigner le patient de l'armement (arme, poivre de Cayenne et autres) du policier. Lorsque le patient n'est pas menotté, que le policier est seul lors d'un transport longue distance, le policier peut suivre le véhicule ambulancier jusqu'au centre hospitalier.
- **Transport sans consentement et sans autorisation du tribunal**
 - si la personne présente un état mental dangereux pour elle-même ou pour autrui, demander l'intervention des ressources policières qui peuvent, selon la loi, l'amener, la détenir et l'escorter dans le véhicule ambulancier. Le législateur a prévu des intervenants en situation de crise qui peuvent, à la demande des policiers, venir aider ces derniers à éclaircir la situation et à obtenir la collaboration des personnes visées le cas échéant. Lorsque la personne visée ne peut se déplacer ou que son état de santé requiert un transport ambulancier ou encore qu'elle refuse de coopérer et que le moyen de transport jugé approprié par le policier est un véhicule ambulancier, les policiers ont recours aux SPU pour le transport sur civière si nécessaire, ceci pour la sécurité du patient ou celle d'autrui. Le transport ne doit se faire qu'avec l'accompagnement des policiers;
 - si la personne est agitée, violente, agressive et nécessite d'être immobilisée pour le transport, il faut se rappeler que les policiers sont les seuls intervenants autorisés par la loi à utiliser la force nécessaire minimale et raisonnable;
 - si les policiers ne sont pas présents sur les lieux, **attendre leur arrivée** avant toute intervention et assurer sa propre sécurité. Les policiers doivent s'assurer que le transport de la personne est sécuritaire pour elle-même comme pour les intervenants; le TAP doit demander au policier de signer le RIP dans la section Assistance policière;
 - le transport de la personne doit toujours se faire dans une position confortable et sécuritaire : **la position ventrale est proscrite**; la décision de la position de transport relève de la responsabilité du TAP. De plus, ce dernier est responsable de la surveillance et des soins à administrer au patient tout au long du transport;
 - dans chacun des cas où un policier ordonne un transport sans consentement, il est entendu que ce dernier demeure toujours présent, qu'il assume la responsabilité de l'opération et qu'il confie lui-même cette personne à l'établissement de santé;
 - aviser le policier qui accompagne la personne qu'il doit prendre place sur le siège capitaine situé dos au conducteur et boucler sa ceinture de sécurité. Le policier devrait prendre place à l'intérieur du module de soins avant l'entrée du patient et une fois à destination, il devrait quitter l'ambulance après la sortie du patient. Le tout afin d'éloigner le patient de l'armement (arme, poivre de Cayenne et autres) du policier. Lorsque le patient n'est pas menotté, que le policier est seul lors d'un transport longue distance, le policier peut suivre le véhicule ambulancier jusqu'au centre hospitalier;
 - bien documenter le transport et noter les informations suivantes au sujet du/des policier(s) : numéro d'événement, service(s), numéro(s) du/des véhicule(s), matricule(s);

GÉNÉRALITÉS (suite)

- le technicien ambulancier paramédic doit, même si la personne est sous contention, prodiguer les soins nécessaires en regard à sa condition et demeurer auprès d'elle.

- **Transport sans consentement de la personne considérée inapte**

Lorsque le patient est inapte à consentir aux soins ou à les refuser,

1. En situation urgente :

- si la vie de la personne est en danger et que le consentement aux soins ne peut être obtenu du patient ou de son représentant, le consentement n'est pas nécessaire pour administrer les soins requis par la situation urgente;
- dans une telle situation, lorsque le patient inapte exprime son refus, le technicien ambulancier paramédic fait appel aux policiers pour l'accompagnement du patient dans le transport et pour la maîtrise de celui-ci lorsque requis.

2. En situation non urgente :

- c'est en principe le **mandataire, tuteur ou curateur** de la personne inapte qui consent aux soins, son conjoint, un proche parent ou même une personne qui démontre un intérêt particulier pour cette personne qui peut également consentir pour elle s'il n'y a personne de désigné officiellement;
- en l'absence d'une telle personne, le refus de la personne doit être respecté et seul le tribunal pourra ordonner des soins ou un transport;
- cependant, si un majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, le technicien ambulancier paramédic peut, si la situation le requiert, faire appel aux services policiers. En effet, un agent de la paix ayant des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui est alors autorisé par la loi à amener contre son gré une personne. L'article 8 de la loi P-038 demande que le policier ait recours à un intervenant d'un service d'aide en situation de crise lorsque celui-ci est disponible en temps utile, pour évaluer la situation.

- **Représentant du patient**

Lorsque le patient est inapte, le Code civil, à l'article 15 dicte qui peut, en son nom, exprimer son consentement à des soins, en ordre hiérarchique :

- Mandataire;
- Tuteur;
- Curateur;
- Conjoint légal;
- Membre de la famille;
- Toute personne intéressée.

GÉNÉRALITÉS (suite)

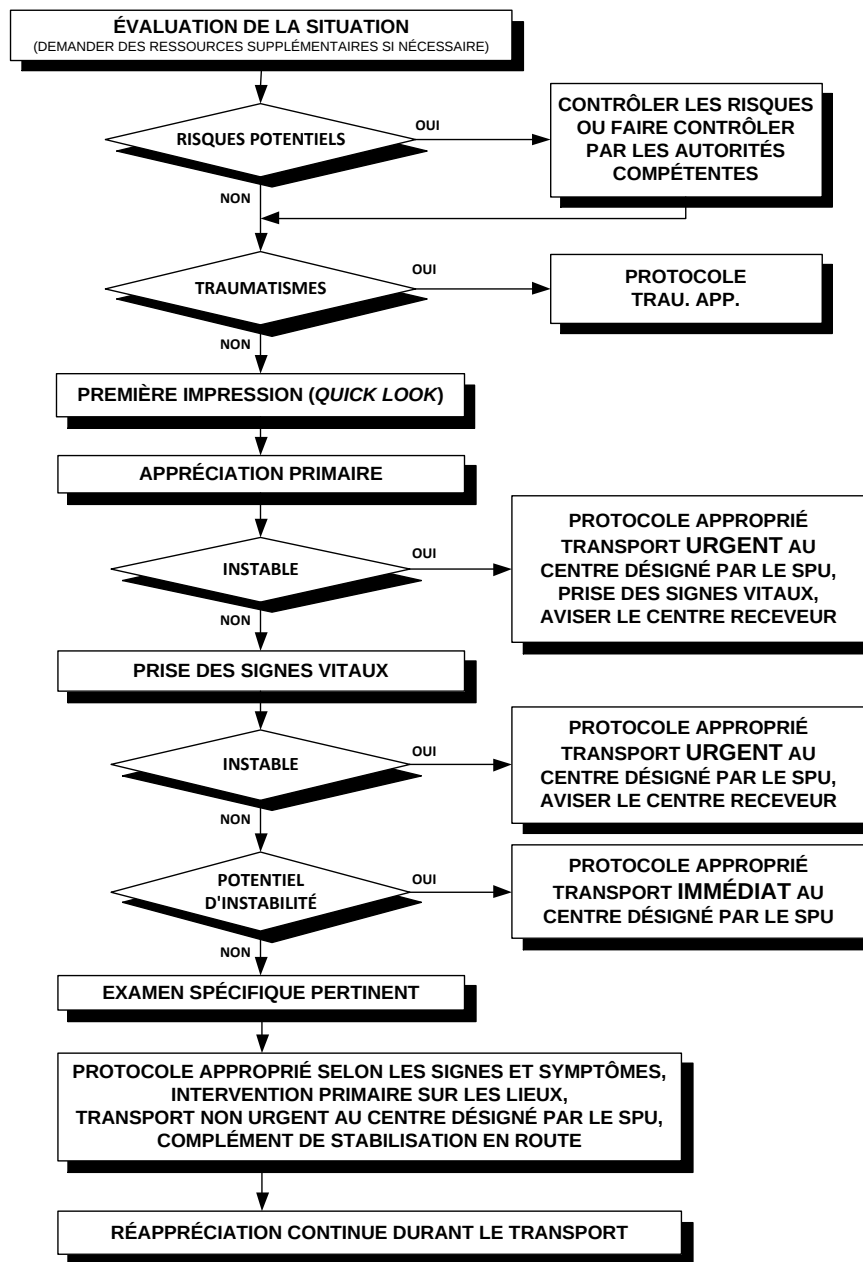
La loi d'interprétation (L.R.Q., chapitre I-16) dicte, à l'article 61.1 :

« Sont des conjoints les personnes liées par un mariage ou une union civile.

Sont assimilés à des conjoints, à moins que le contexte ne s'y oppose, les conjoints de fait. Sont des conjoints de fait deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui font vie commune et se présentent publiquement comme un couple, sans égard, sauf disposition contraire, à la durée de leur vie commune. Si, en l'absence de critère légal de reconnaissance de l'union de fait, une controverse survient relativement à l'existence de la communauté de vie, celle-ci est présumée dès lors que les personnes cohabitent depuis au moins un an ou dès le moment où elles deviennent parents d'un même enfant. »

Protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière

APPRÉCIATION DE LA CONDITION CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE



Dès qu'un patient présente une atteinte des fonctions vitales (appréciation primaire ou signes vitaux), procéder immédiatement à l'intervention appropriée et au transport vers un centre désigné par le service préhospitalier d'urgence (SPU). Si l'état du patient le permet, poursuivre l'appréciation pendant le transport.

1. Évaluation de la situation

- a) Sécuriser les lieux (dangers potentiels).
- b) Évaluer le nombre de patients (mécanisme de l'incident, triage, etc.).
- c) Sécuriser les espaces de travail.
- d) Demander les ressources supplémentaires nécessaires.
- e) Noter tous les détails pertinents sur l'intervention des premiers répondants ou des premiers intervenants.
- f) Appliquer les protections universelles. Lorsque le patient présente une maladie infectieuse avec risque de transmission, ou que le TAP identifie que le patient présente un risque spécifique, les mesures appropriées de protection contre les infections doivent alors être respectées.

2. Si traumatisme, se référer au protocole TRAU. APP. (Appréciation de la condition clinique préhospitalière en traumatologie)

3. Obtention d'une première impression (*quick look*)

4. Appréciation primaire

L' : (État de conscience)	présence ou absence de réaction.
A : (Airway)	ouverture des voies respiratoires.
B : (Breathing)	respiration.
C : (Circulation)	pouls.
D : (Disability)	désordre neurologique : niveau de conscience « AVPU ».
E : (Expose)	exposer, découvrir la partie affectée seulement.

Si instable, (voir page 3)

- o protocole approprié;
- o transport **URGENT** au centre désigné par le SPU;
- o prise de signes vitaux si la situation le permet;
- o aviser le centre receveur de l'arrivée du patient.

5. Prise des signes vitaux

Si signes vitaux instables :

- o protocole approprié;
- o transport **URGENT** au centre désigné par le SPU;
- o aviser le centre receveur de l'arrivée du patient.

6. Potentiel d'instabilité

Si potentiel d'instabilité :

- o protocole approprié;
- o transport **IMMÉDIAT** au centre désigné par le SPU.

Appréciation de la condition clinique préhospitalière

(suite)

7. Examen spécifique pertinent

- o auscultation;
- o glucométrie capillaire;
- o examen neurologique.

8. Stabilisation

- o application du protocole approprié selon les signes et symptômes du patient;
- o intervention primaire sur les lieux et complément de stabilisation en route.

9. Communication et transport

- o selon la situation, aviser le Centre de communication santé, ou se référer au support médical à distance (SMD);
- o aviser le centre receveur selon la procédure régionale (préavis);
- o transport **NON URGENT** au centre désigné par le SPU.

10. Réappréciation avant le départ et durant le transport

- o histoire de cas O.P.Q.R.S.T. et S.A.M.P.L.E.;
- o surveillance continue et réappréciation sériée des signes vitaux.

O.	Début (Onset)	S.	<u>S</u> ignes et symptômes (<u>S</u> igns and symptoms)
P.	<u>P</u> rovocation (Provocation), <u>P</u> allier	A.	<u>A</u> llergies (Allergies)
Q.	<u>Q</u> ualité (Quality), <u>Q</u> uantité	M.	<u>M</u> édicaments avec et sans prescription (Medication with and without prescription)
R.	<u>R</u> adiation (Radiation), Région de la douleur, Récurrence	P.	<u>P</u> assé médical pertinent (Pertinent past history)
S.	<u>S</u> évérité (Severity)	L.	<u>L</u> a dernière prise d'aliments (Last oral intake)
T.	<u>T</u> emps (Time)	E.	<u>E</u> vénements déclencheurs (Events leading to the injury or illness)

* Porter une attention particulière à la documentation de la prise de médicaments affectant la coagulation telle que des anticoagulants (warfarine (Coumadin), acénocoumarol (Sintrom), dabigatran (Pradaxa), rivaroxaban (Xarelto), apixaban (Eliquis), edoxaban (Lixiana), énoxaparine (Lovenox), daltéparine (Fragmin), fondaparinux (Arixta) tinzaparine (Innohep), etc.) et d'antiplaquettaires (AAS, clopidogrel (Plavix), ticlopidine (Ticlid), prasugrel (Effient), ticagrelor (Brilinta), AAS/dipyridamol (Aggrenox)). Ces médicaments peuvent aggraver toute pathologie liée à un saignement malgré l'absence de saignement évident important lors de la prise en charge.

Dans toute situation, le technicien ambulancier paramédic doit éliminer l'instabilité ou le potentiel d'instabilité avant de conclure que le patient n'est pas à risque.

1. Patient instable : tout patient qui présente un ou plusieurs des signes suivants :

- Hypotension (adulte : TA sys. < 100) - Cyanose - Diaphorèse - Détresse/insuffisance respiratoire - Altération de l'état de conscience (« V », « P » ou « U ») - Altération significative du pouls (adulte : < 50/min ou > 150/min) - Altération significative de la FR (adulte : < 8/min ou > 36/min) - Altération significative de la saturation (< 85 %)	Transport URGENT au centre désigné par le SPU. Aviser le centre receveur de l'arrivée de l'ambulance.
--	---

Tout patient qui présente des signes et symptômes d'instabilité doit être transporté au centre receveur en « transport **URGENT** ».

2. Potentiellement instable : tout patient qui présente un ou plusieurs des signes et symptômes suivants :

- Douleur thoracique chez le patient de plus de 35 ans - Hémorragie digestive avec signes vitaux normaux - Saignement vaginal (1 serviette ou plus aux 15 minutes) - Céphalée intense et/ou subite avec ou sans histoire de syncope - Dysfonction neurologique aiguë (confusion, paralysie, parésie)	Transport IMMÉDIAT au centre désigné par le SPU.
--	--

Tout patient qui présente des signes et symptômes d'instabilité potentielle doit être transporté au centre receveur en « transport **IMMÉDIAT** » à moins d'indication contraire dans le protocole spécifique.

Remarque

Tout patient identifié comme étant victime d'un IAMEST ou d'un AVC aigu selon les critères préhospitaliers doit être dirigé vers le CH désigné en transport URGENT, mais ceci n'en fait pas un patient instable.

Appréciation de la stabilité du patient (suite)

3. Tout patient qui ne présente aucun des signes et symptômes mentionnés ci-dessus peut être considéré stable si les signes vitaux ne changent pas pendant le transport.

Remarques :

À noter que la liste des présentations correspondant à des situations où la condition clinique doit être jugée instable ou potentiellement instable n'est pas exhaustive. Tout signe ou symptôme que le technicien ambulancier paramédic juge comme mettant en doute la stabilité du patient doit amener celui-ci à agir comme si le patient était instable ou potentiellement instable.

Première impression

Le TAP forme sa première impression sur l'état de stabilité du patient en recherchant rapidement les indices visuels sur l'état du patient et de la situation (position du patient, capacité à faire des phrases complètes, coloration, présence de tirage ou de diaphorèse, quantité de sang sur la scène, etc.). Ensuite, en complétant son appréciation primaire et son examen spécifique, il valide ou invalide celle-ci.

Appréciation primaire

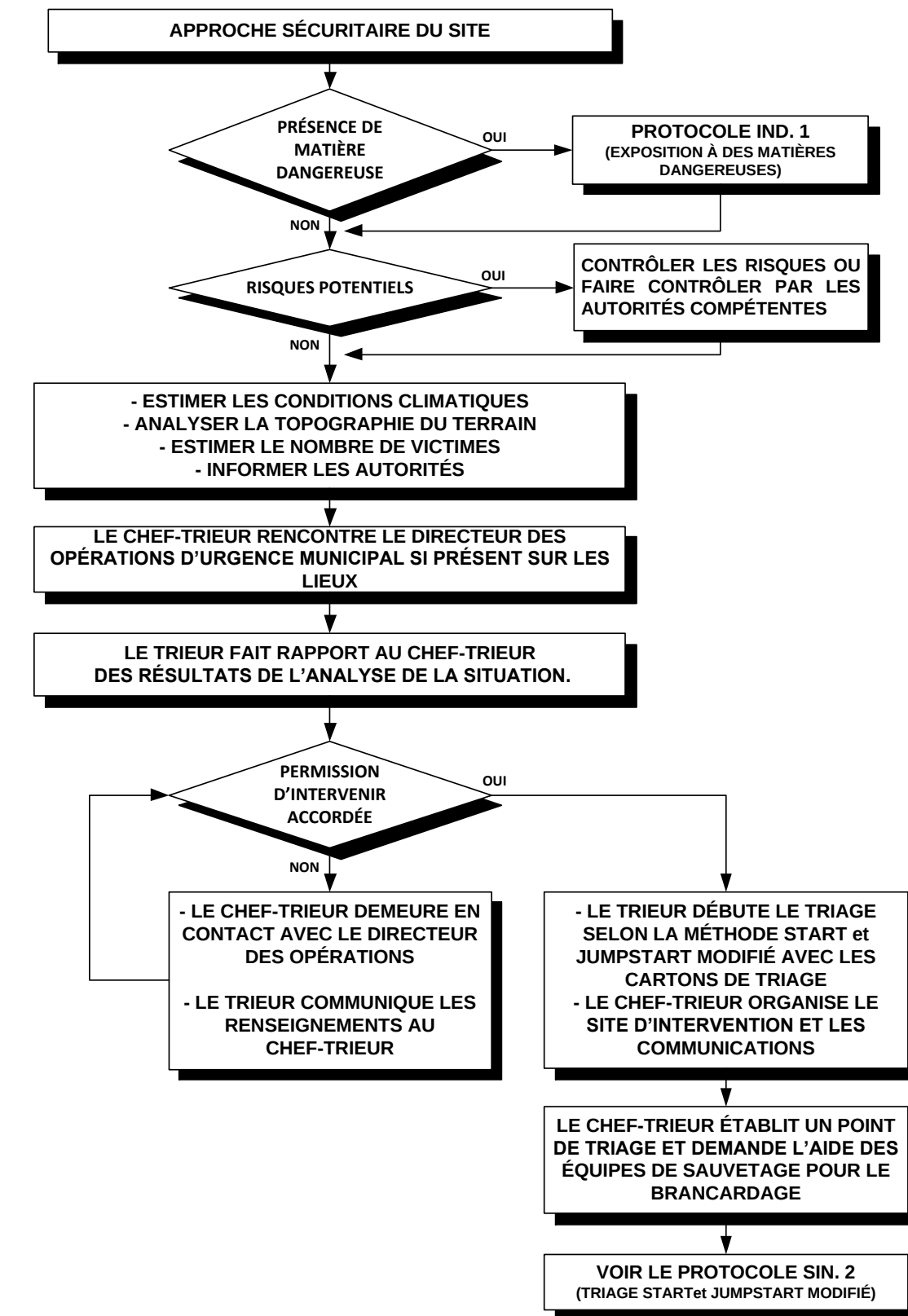
L'appréciation primaire chez le patient conscient et chez le patient inconscient s'effectue différemment malgré que l'ensemble des étapes doit être complété.

Obtention de l'histoire

La documentation de l'histoire présente et des antécédents médicaux s'obtient simultanément à la prise de signes vitaux et de l'examen physique.

SITUATIONS DE SINISTRE

INTERVENTION SUR UN SITE DE SINISTRE COMPORTANT PLUSIEURS VICTIMES



Ce protocole s'applique au premier véhicule arrivé sur les lieux d'un sinistre.

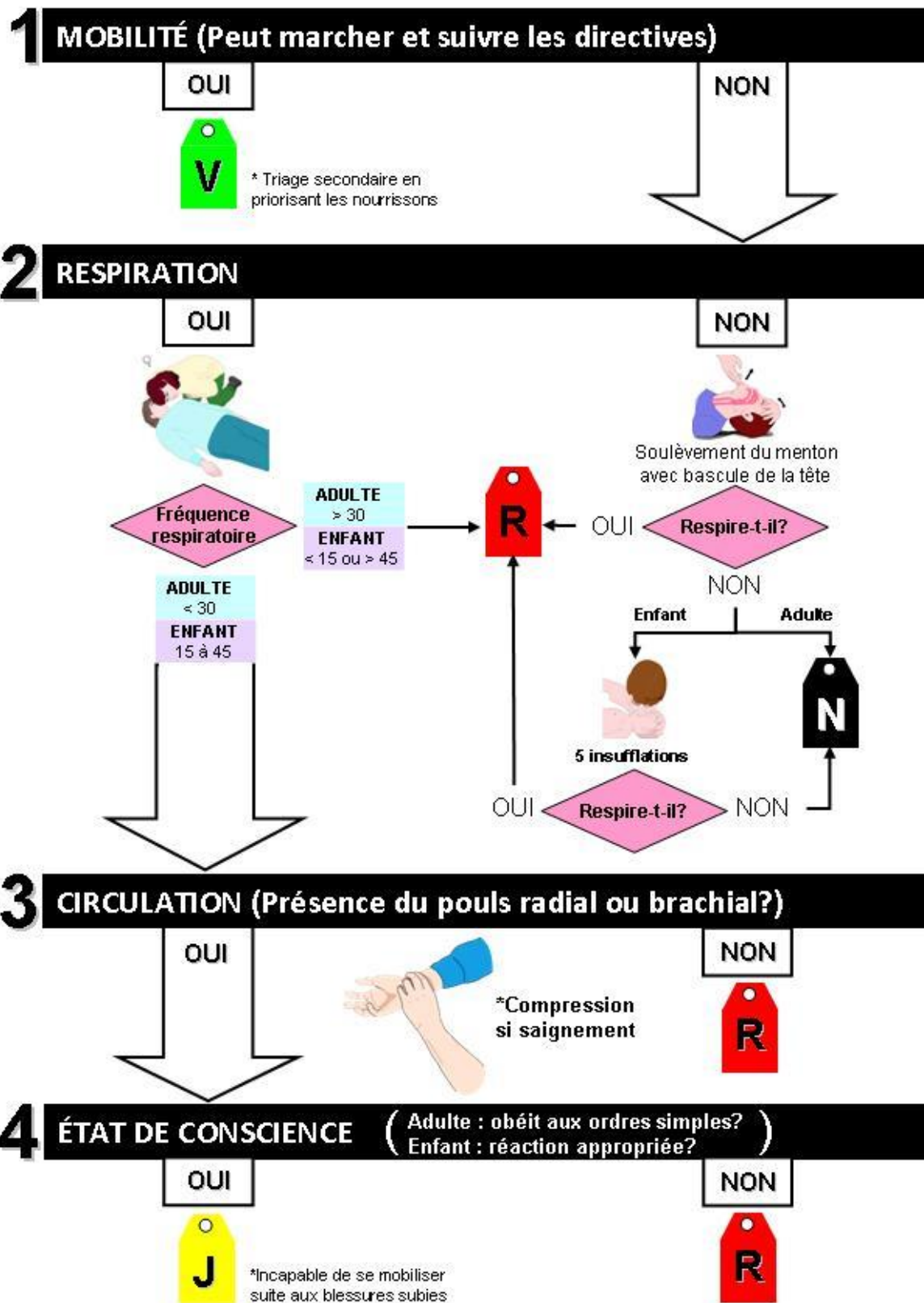
- 1. Approche sécuritaire du site par les techniciens ambulanciers paramédics**
 - a) Identifier la présence de matières dangereuses. Si présente, se référer au protocole IND. 1 (Exposition à des matières dangereuses).
 - b) Identifier la présence de risques.
 - c) Estimer les conditions climatiques.
 - d) Analyser la topographie du terrain.
 - e) Estimer le nombre de patients.
 - f) Informer les autorités compétentes selon la politique régionale.
- 2. Le chef-trieur rencontre le directeur des opérations d'urgence de la municipalité lorsque disponible sur les lieux.**
- 3. Le trieur fait rapport au chef-trieur des résultats de l'analyse de la situation. Ce dernier les transmet au Centre de communication santé.**
- 4. Permission d'intervenir refusée**
 - a) Le chef-trieur reste en contact continu avec le directeur des opérations d'urgence.
 - b) Le trieur communique les renseignements pertinents au chef-trieur.
- 5. Permission d'intervenir accordée**
 - a) Le trieur débute le triage selon la méthode START et JUMPSTART modifié (pour les enfants sans signe de puberté) avec les cartons de triage.
 - b) Le chef-trieur organise le site d'intervention afin de faciliter l'arrivée des autres ambulances et organise les communications.
- 6. Le chef-trieur établit un point de triage et demande l'aide des équipes de sauvetage pour faire le brancardage des patients, s'il y a lieu.**
- 7. Se référer au protocole SIN. 2 (Protocole START et JUMPSTART modifié)**
- 8. Les autres véhicules ambulanciers se rapportent au chef-trieur.**

Remarques :

Les techniciens ambulanciers paramédics déterminent ensemble qui occupera les rôles de chef-trieur et de trieur.

Le chef-trieur peut être remplacé à tout moment de l'intervention par un autre TAP plus expérimenté ou par un superviseur clinique de l'entreprise. Le nouveau chef-trieur avise le Centre de communication santé du transfert de responsabilité.

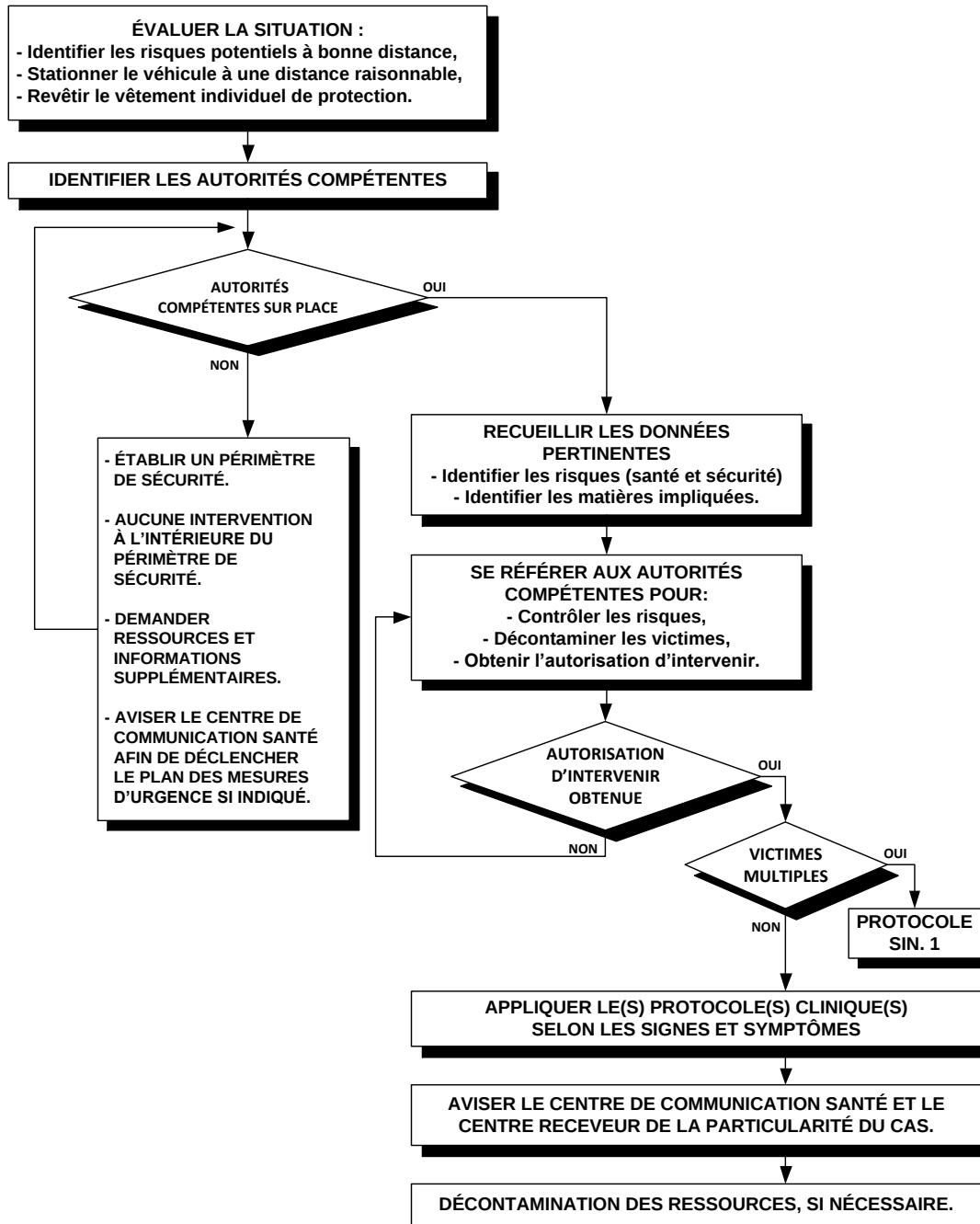
Start et JumpStart modifié



1. Voir Algorithme page précédente.
2. Pour les situations d'électrification/électrocution multiples appliquer le triage inversé – Se référer au protocole ENV. 4 (Électrification/Électrocution)

PROBLÈMES INDUSTRIELS

EXPOSITION À DES MATIÈRES DANGEREUSES- INTERVENTION GLOBALE



Lors d'une intervention comportant des matières dangereuses, l'évaluation de la scène devient particulièrement importante puisqu'il en va de la sécurité des intervenants. Une attention particulière doit donc être portée à cette étape dans le protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière. Cette évaluation est décrite ci-dessous afin de s'assurer que le technicien ambulancier paramédic ne prenne aucun risque qui pourrait s'avérer préjudiciable à sa santé ou à sa sécurité.

Le sauvetage et la décontamination des patients exposés à des matières dangereuses doivent être effectués par les autorités compétentes (service d'incendie ou équipe spécialisée). **La responsabilité du technicien ambulancier paramédic** est de s'assurer que ces étapes ont été effectuées **avant la prise en charge du patient**.

1. Évaluer la situation

- a) Identifier les risques potentiels à bonne distance :
 - du site industriel (se référer aux personnes compétentes);
 - de l'accident routier : respecter un périmètre de sécurité (règle du pouce).
- b) Stationner le véhicule ambulancier à une distance raisonnable (estimer les conditions climatiques, analyser la topographie du terrain);
- c) Revêtir le vêtement de protection individuel.

2. Identifier les autorités compétentes et s'y référer

- a) Service d'incendie ou responsable du site industriel ou toute autorité reconnue.

3. Recueillir les données pertinentes

- a) Identifier les risques (santé et sécurité);
- b) Identifier les matières impliquées : plaque, fiche signalétique, « Guide de mesures d'urgence ».

4. Se référer aux autorités responsables (pompier ou policier)

En l'absence d'autorités responsables :

- a) Établir et faire respecter le périmètre de sécurité;
- b) Ne faire aucune intervention à l'intérieur du périmètre de sécurité;
- c) Demander les ressources et les informations supplémentaires et aviser le Centre de communication santé afin de déclencher le plan des mesures d'urgence.

Exposition à des matières dangereuses (suite)

5. Une réponse positive aux trois conditions énumérées ci-après doit être obtenue avant de continuer le protocole

- a) L'intoxication est sans risque ou les risques ont été contrôlés;
- b) Les patients ont été décontaminés sur le site;
- c) L'autorisation d'intervenir a été obtenue des autorités compétentes.

Si l'une de ces conditions n'a pas été remplie, se référer aux autorités compétentes avant toute intervention.

6. En présence de plusieurs patients, se référer au protocole SIN. 1 (Intervention sur un site de sinistre comportant plusieurs patients).

7. Effectuer la prise en charge du patient en respectant les règles de sécurité prescrites et en appliquant le ou les protocoles cliniques selon les signes et symptômes.

8. Aviser le Centre de communication santé et le centre receveur de la particularité du cas.

9. Aviser le personnel administratif de toute exposition des ressources à des matières dangereuses, afin de permettre la décontamination des ressources et des équipements avant la remise en service.

10. Rapporter toute situation avec le maximum d'informations afin de permettre un suivi médical adéquat.

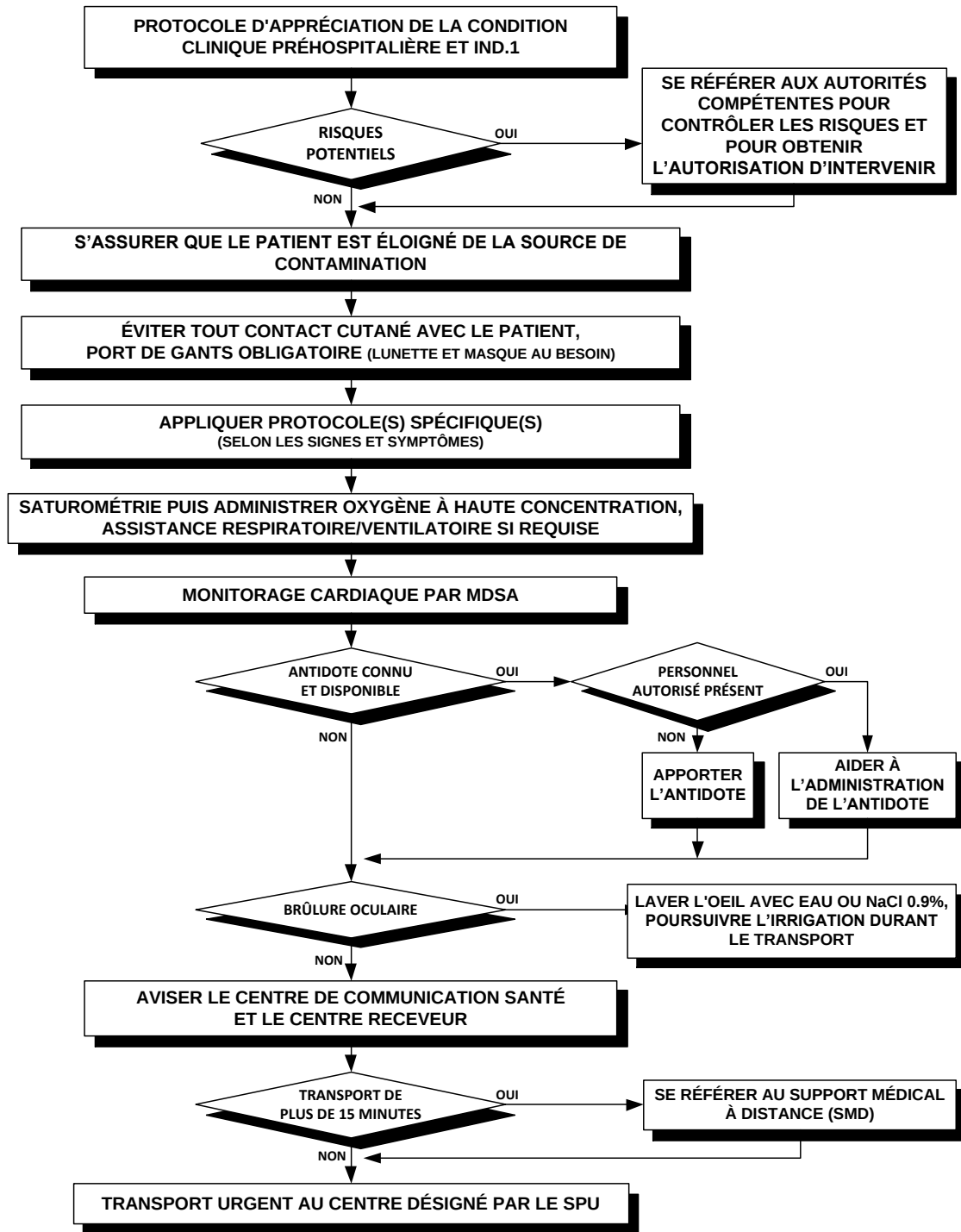
**Le vêtement de protection individuel (VPI)
n'est pas un vêtement de protection
contre les matières dangereuses.
Rester vigilant et respecter
les consignes établies par les autorités compétentes.**

Remarques :

S'assurer d'une ventilation forcée dans le module de soins.

La règle du pouce donne une appréciation de la « distance raisonnable » du site à laquelle un intervenant devrait se tenir : lorsque le bras est étendu et qu'on ferme un oeil, le pouce tenu droit devant devrait couvrir l'ensemble de la scène.

EXPOSITION CUTANÉE À DES SUBSTANCES TOXIQUES



1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière et au protocole IND. 1 (Exposition à des matières dangereuses – Intervention globale).
2. Identifier les risques potentiels, le type d'intoxication et l'agent causal, si possible.
3. S'assurer que le patient soit éloigné de la source de contamination.
4. Éviter tout contact cutané avec le patient.
5. Port de gants obligatoire; lunette et masque protecteur, si nécessaire.
6. Poursuivre le protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière et appliquer le ou les protocoles cliniques selon les signes et symptômes.
7. Prendre une saturométrie et administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.
8. Assistance respiratoire/ventilatoire par ballon-masque ou Oxylator™, si requis.
9. Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.
10. Si antidote connu et disponible :
 - a) Assister le personnel autorisé à administrer l'antidote si présent;
 - b) En l'absence de personne autorisée, contacter le support médical à distance (SMD) et apporter l'antidote au centre receveur.
11. Si brûlure oculaire, laver l'œil avec de l'eau ou du NaCl 0,9 % et poursuivre l'irrigation durant le transport.
12. Aviser le Centre de communication santé et aviser le centre désigné par le SPU.
13. Si transport > 15 minutes, se référer au support médical à distance (SMD).
14. Transport URGENT au centre désigné par le SPU.
15. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.

Exposition cutanée à des substances toxiques (suite)

Renseignements requis :

- ☐ Nature du contaminant (fiche signalétique).
- ☐ Durée de l'exposition au contaminant.
- ☐ Délai depuis la contamination.

Remarques :

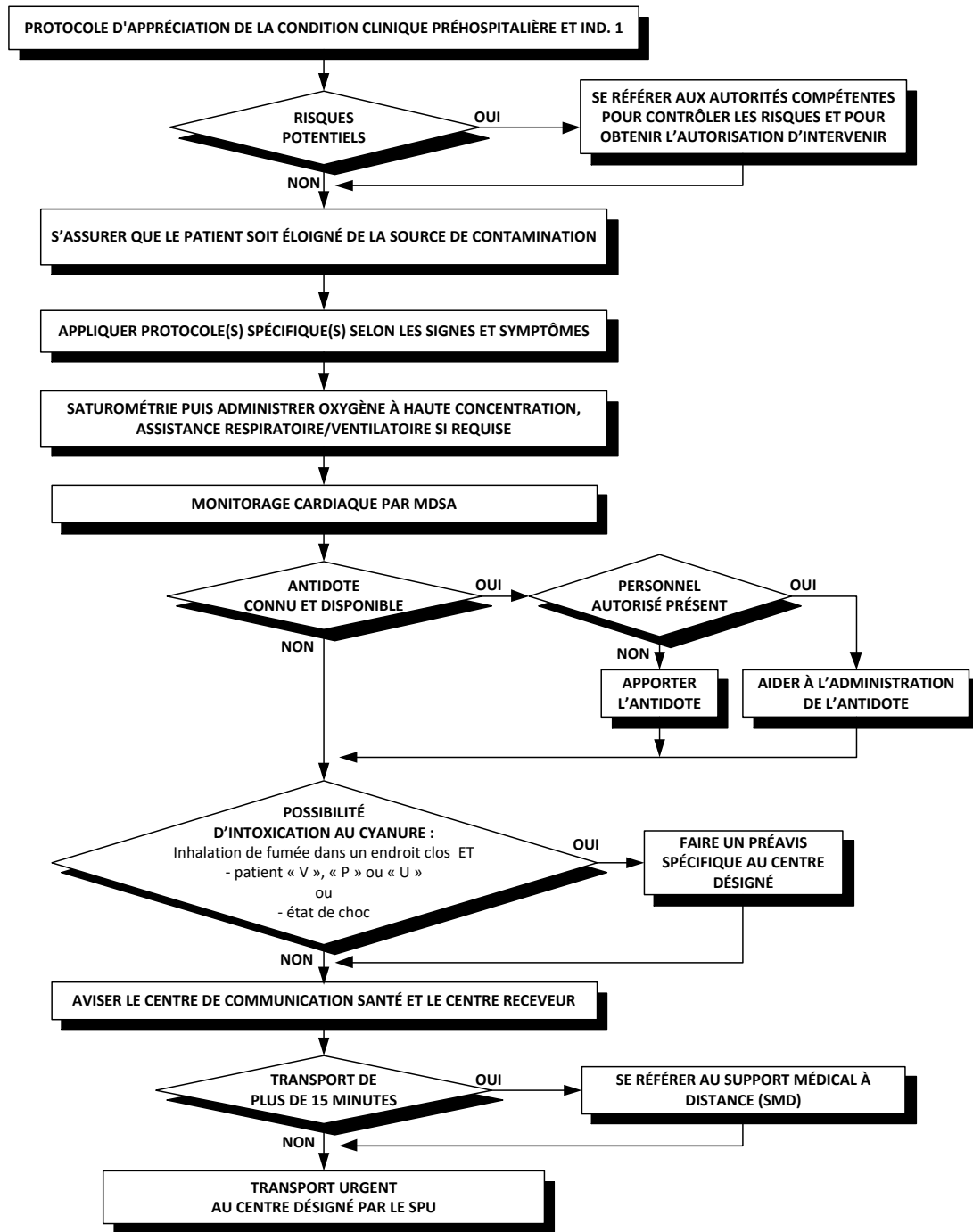
Dans les cas d'intoxication par substances toxiques, ne jamais ventiler le patient par la technique de bouche à masque; utiliser le ballon-masque ou l'Oxylator™.

Si le technicien ambulancier paramédic reçoit des instructions d'un intervenant du Centre antipoison du Québec (CAP) lors d'une intervention, il doit suivre ses recommandations, même si celles-ci sont contradictoires ou absentes des présents protocoles, tout en respectant les limites de son champ de pratique. Par contre, le TAP ne doit pas lui-même initier un contact avec le CAP.

Principes de décontamination :

- o s'assurer que la partie affectée a été découverte;
- o si la substance est une poudre, broser le patient;
- o rincer la partie affectée avec **une grande quantité d'eau** sans contaminer les régions saines.

INHALATION DE VAPEURS OU DE SUBSTANCES TOXIQUES



1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière et au protocole IND. 1 (Exposition à des matières dangereuses – Intervention globale).
2. Identifier les risques potentiels, le type d'intoxication et l'agent causal, si possible.
3. S'assurer que le patient soit éloigné de la source de contamination.
4. Continuer le protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière et appliquer le ou les protocoles cliniques selon les signes et symptômes.
5. Prendre une saturométrie et administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.
6. Assistance respiratoire/ventilatoire par ballon-masque ou Oxylator™, si requis.
7. Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.
8. Si antidote connu et disponible :
 - a. Assister le personnel autorisé à administrer l'antidote si présent;
 - b. En l'absence de personne autorisée, contacter le support médical à distance (SMD) et apporter l'antidote au centre receveur.
9. Évaluer la possibilité d'une intoxication au cyanure : inhalation de fumée dans un endroit clos avec altération de conscience (« V », « P » ou « U ») ou choc. Si présence, faire un préavis spécifique au centre désigné.
10. Aviser le Centre de communication santé et aviser le centre désigné par le SPU.
11. Si transport > 15 minutes, se référer au support médical à distance (SMD).
12. Transport URGENT au centre désigné par le SPU.
13. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.

Renseignements requis :

- ☐ Nature du contaminant (fiche signalétique).
- ☐ Durée de l'exposition au contaminant.
- ☐ Délai depuis la contamination.

Remarque :

Dans les cas d'intoxication par substances toxiques, ne jamais ventiler le patient par la technique de bouche à masque; utiliser le ballon-masque ou l'Oxylator™.

Si le technicien ambulancier paramédic reçoit des instructions d'un intervenant du Centre antipoison du Québec (CAP) lors d'une intervention, il doit suivre ses recommandations, même si celles-ci sont contradictoires ou absentes des présents protocoles, tout en respectant les limites de son champ de pratique. Par contre, le TAP ne doit pas lui-même initier un contact avec le CAP.

SITUATIONS DE RÉANIMATION

Généralités sur les situations de réanimation

Les principes suivants s'appliquent sur toutes les situations où le patient est en arrêt cardiorespiratoire.

Arrivée au chevet

Le MDSA doit être ouvert dès que l'ACR est suspecté : à la sortie du véhicule ambulancier si appel pour une situation d'ACR ou d'inconscience selon le CCS, ou à la vue du patient dans les autres situations.

Ventilation

La ventilation du patient avant l'intubation doit être faite au masque de poche avec oxygène à haute concentration sauf si contre-indication en lien avec la sécurité du TAP (ex. : intoxication au cyanure, intoxication par inhalation de substance toxique ou maladie respiratoire sévère d'origine infectieuse - MRSI), dans ces situations, l'utilisation de l'Oxylator™ en mode manuel ou du ballon-masque est requise.

Pour la ventilation, succion ou utilisation du Combitube®, lorsque le patient est porteur d'une trachéostomie, se référer au protocole TECH. 14 (Trachéostomie).

Lorsque l'intubation est indiquée, trois tentatives d'intubation doivent être effectuées **sur place** avant l'abandon du Combitube®.

Une fois le patient intubé, lorsque 2 intervenants sont disponibles et que le patient demeure en ACR, la ventilation asynchrone doit être effectuée.

Pour tout patient intubé, un collet cervical doit être installé avant le déplacement du patient sur la planche. La tête du patient devra aussi être immobilisée.

Oxylator™ et ACR :

L'Oxylator™ ne doit être utilisé que pour les patients de 25 kg ou plus.

Chez le patient qui demeure en arrêt cardiorespiratoire, l'Oxylator™ ne doit être utilisé qu'en **déplacement et transport**). De plus, lorsque deux intervenants sont disponibles lors du transport, l'utilisation de l'Oxylator™ n'est pas recommandée, la ventilation asynchrone n'étant pas possible avec cet outil. L'Oxylator™ peut être utilisé en mode manuel, **en déplacement et transport** pour le patient en ACR, lorsque le TAP est seul pour effectuer la RCR.

L'Oxylator™ peut être utilisé pour ventiler le patient réanimé, en mode automatique si la tension artérielle systolique (TAS) est supérieure à 100 mmHg ou en mode manuel si la TAS est inférieure à 100 mmHg, qu'il soit intubé ou non.

Massage cardiaque et prise de pouls

Le technicien ambulancier paramédic doit être **CERTAIN** qu'il perçoit un pouls (la prise de pouls doit être unique et avoir une durée maximale de 10 secondes) avant de décider de ne pas entrer dans le protocole de réanimation ou de sortir de celui-ci. Dans le doute, il doit procéder ou continuer la réanimation.

Si un pouls est présent chez l'adulte, sortir du protocole de réanimation et considérer l'intubation avec le Combitube®, si pertinent; les critères d'inclusion et d'exclusion doivent être respectés.

Généralités sur les situations de réanimation (suite)

Dès que le Combitube® est inséré, à chaque analyse, effectuer un changement du technicien ambulancier paramédic au massage lorsque possible.

Une prise de pouls doit être effectuée durant la technique de VPO.

Une prise de pouls doit être effectuée lors de la présence de tout signe évident de retour à une circulation spontanée (bouge, toussé, respire, etc.).

Déplacement

Durant toute la réanimation, les TAP doivent limiter les interruptions de la RCR. Durant l'évacuation, les éléments spécifiques suivants doivent être respectés :

- Lors du déplacement du patient de la scène au véhicule ambulancier, lorsqu'il y a impossibilité de continuer la RCR (ex. : escalier), la période d'arrêt doit être la plus courte possible;
- Il est recommandé de ne pas interrompre la RCR pour une durée supérieure à 10 secondes. Par contre, de façon exceptionnelle, pour la sortie vers le véhicule, une période de 30 secondes maximale est considérée acceptable; lors d'un déplacement sans civière, où il est possible de déposer la planche au sol à tout moment (ex. : long corridor), la durée du déplacement (arrêt de la RCR) **ne doit pas excéder** 30 secondes;
- Dans les deux cas, avant de reprendre le déplacement, la période de RCR effectuée doit durer environ 2 minutes.

En transport, si le MDSA avise qu'un rythme défibrillable est présent (Alerte : « Vérifier patient ») et que ceci ne semble pas être des artéfacts de mouvement et/ou de massage, après arrêt du véhicule ambulancier, une autre analyse doit être effectuée. Si « Choc conseillé », un choc doit être administré puis la RCR doit être débütée à nouveau. Si « Choc non conseillé », la RCR est poursuivie. Au moment de la reprise de la RCR, le transport est initié à nouveau. Ceci peut être répété aux 5 minutes.

Ne **JAMAIS** faire d'analyse, ni de choc en déplacement (ex. : lorsque la civière ou le véhicule ambulancier est en mouvement).

Défectuosité du MDSA

Lors du constat d'une défectuosité du MDSA qui ne peut être réglée sur place, faire appel au CCS pour obtenir le plus rapidement possible le support d'une autre ressource détenant un DEA ou MDSA.

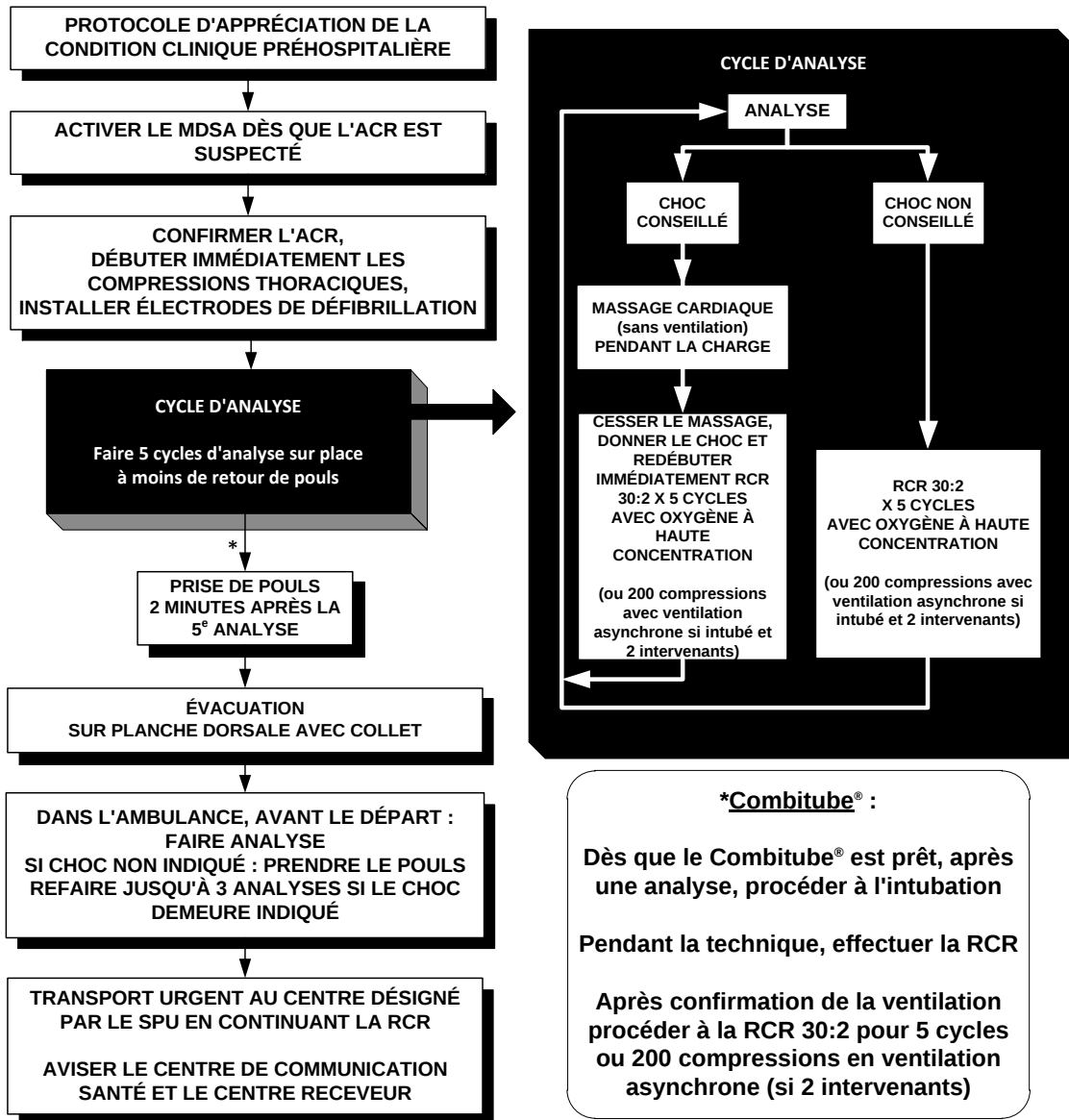
Lors d'un retour de pouls de plus de 30 secondes :

- Valider le besoin d'assistance ventilatoire/respiratoire en quantifiant la fréquence respiratoire et en appréciant le statut respiratoire (amplitude, cyanose, saturométrie en continu);
- Chez le patient dont l'état de conscience est à « A » ou « V », administrer de l'oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie);
- Chez le patient dont l'état de conscience est « P » ou « U », administrer de l'oxygène à haute concentration;
- Assurer une vérification constante de la présence du pouls carotidien;
- S'assurer de toujours visualiser le rythme au moniteur et réagir en conséquence d'une récédive d'arythmie maligne (FV, TV);

Généralités sur les situations de réanimation (suite)

- Si le patient subit un nouvel arrêt cardiaque, recommencer le protocole au début;
- Intuber par Combitube® selon TECH. 6 au besoin. Le patient peut être intubé suite à un ACR même si sa respiration est supérieure à 8/min, en autant que les autres critères d'intubation soient présents;
- Prendre les signes vitaux complets (pouls, TA, FR) à toutes les 5 minutes et effectuer la surveillance du rythme cardiaque et saturation en continu (imprimer le tracé lors du retour de pouls);
- Compléter le(s) protocole(s) approprié(s) débuté(s) avant l'ACR (ex. : AAS si douleur thoracique, épinéphrine si réaction anaphylactique, salbutamol si difficulté respiratoire, etc.);
- Considérer le patient instable; l'évacuation de ce patient doit être prioritaire;
- Aviser le centre hospitalier désigné par les SPU de votre arrivée avec un patient réanimé.

ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE D'ORIGINE MÉDICALE - ADULTE



MÉDICAMENTS :

- ACR lors d'anaphylaxie : Épinéphrine 0,5 mg I.M. (cuisse) dès que possible après la première tentative d'intubation
- ACR lors d'intoxication aux opiacés : Naloxone 2 mg I.N. (2 X 1 mg par narine) dès que possible après la première tentative d'intubation.

Critère d'inclusion :

Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale (sans traumatisme à haute vélocité, sans traumatisme pénétrant ou sans exsanguination) chez le patient adulte (avec présence de signe(s) de puberté).

L'ACR est maintenant défini par la présence de l'inconscience associée à une respiration absente ou anormale. L'intervenant-santé doit effectuer une prise de pouls pour le confirmer.

Critères d'exclusion :

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 2 (Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable - Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures).

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 3 (Directives de non-initiation de la réanimation).

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 4 (Mort évidente).

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.

- a) Activer le moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) dès que l'ACR est suspecté;
- b) Confirmer l'ACR, débiter immédiatement les compressions thoraciques (sans ventilation) et procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation.

2. Dès que les électrodes sont installées, procéder à l'analyse sans RCR :

- a) Si « Choc non conseillé » : procéder à la RCR 30:2 avec oxygène à haute concentration pour 5 cycles (approximativement deux minutes) et terminer par les compressions;
- b) Si « Choc conseillé » : durant la charge, procéder au massage cardiaque (sans ventilation) et assurer la sécurité des intervenants. Une fois la charge complétée, donner le choc et débiter immédiatement la RCR avec oxygène à haute concentration pour approximativement deux minutes (5 cycles de 30:2) et terminer par les compressions (ou 200 compressions en ventilation asynchrone lorsque le patient est intubé et que 2 intervenants sont disponibles).

3. Répéter l'étape 2 jusqu'à ce que 5 analyses soient complétées (sur place) ou qu'il y ait retour de pouls.

4. Procéder à une prise de pouls après 2 minutes de RCR suite à la 5^e analyse.

5. Procéder à l'évacuation du patient. Le patient doit être placé sur planche dorsale avec un collet cervical (et immobilisateurs de tête) pour l'évacuation.

6. Dans le véhicule ambulancier, avant le départ, procéder à une analyse, puis répéter l'étape 2 jusqu'à « Choc non conseillé » ou un maximum de 3 chocs additionnels. Dans le cas d'un « Choc non conseillé », effectuer une prise de pouls. Poursuivre la RCR si absence de pouls.

7. Transport URGENT au centre désigné par le SPU, en poursuivant la RCR si le patient n'est pas réanimé.

Arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine médicale – Adulte (suite)

Dès que tous les équipements et que le Combitube® sont prêts, après une analyse, procéder à l'intubation (sans ventilation avant l'intubation). Pendant la technique, effectuer le massage cardiaque. Après la tentative, procéder à la RCR 30:2 pour 5 cycles ou 200 compressions en ventilation asynchrone si le patient est intubé et que 2 intervenants sont disponibles.

Remarques :

Protocole approprié :

Les ACR dont l'origine est l'asphyxie (pendaison, strangulation, noyade, incendie, etc.) doivent être inclus dans le protocole RÉA. 1. Les ACR dont la cause probable est une hémorragie massive doivent être traitées dans le protocole RÉA. 3.

Ventilation et intubation :

Lorsqu'une obstruction des voies respiratoires supérieures est identifiée et qu'il y a absence de pouls, il est indiqué de procéder au protocole RÉA. 1. Par contre, l'intubation au Combitube® ne doit être faite que lorsque l'obstruction a été levée.

Exceptionnellement dans une situation de vomissements incoercibles, il est acceptable d'intuber le patient aussitôt que le Combitube® est prêt sans que ceci soit à la suite d'une analyse/défibrillation. (Voir protocole RÉA. 11 – Vomissements incoercibles)

Massage :

La RCR, pour une période d'environ deux minutes, s'effectue chez l'adulte avec un ratio de 30:2 (5 cycles) lorsque le patient n'est pas intubé ou qu'il est intubé mais qu'un seul intervenant est disponible, ou par une série de 200 compressions avec ventilation asynchrone si 2 intervenants sont disponibles et que le patient est intubé. La fréquence des compressions doit être entre 100 et 120 par minute.

Spécificités :

Lors d'un ACR dans le contexte d'une anaphylaxie, administrer une dose d'épinéphrine de 0,5 mg IM dans la cuisse aussitôt que possible après la première tentative d'intubation.

Lors d'un ACR dans le contexte d'une intoxication suspectée aux opioïdes, administrer une dose de 2 mg de naloxone : IN: 1,0 mg par narine pour un total de 2 mg ou 2 mg IM aussitôt que possible après la première tentative d'intubation.

Chez la femme enceinte de 20 semaines ou plus, lors de la RCR, on doit déplacer l'utérus vers la gauche. Pour ce faire, un intervenant doit prendre à une ou deux mains l'abdomen de la patiente et le tirer vers la gauche.

Déplacements :

Le déplacement du patient ne doit être initié que lorsque la prise de pouls, deux minutes après la 5^e analyse a été effectuée. Les 2 techniciens ambulanciers paramédics doivent demeurer au chevet du patient durant toute cette intervention.

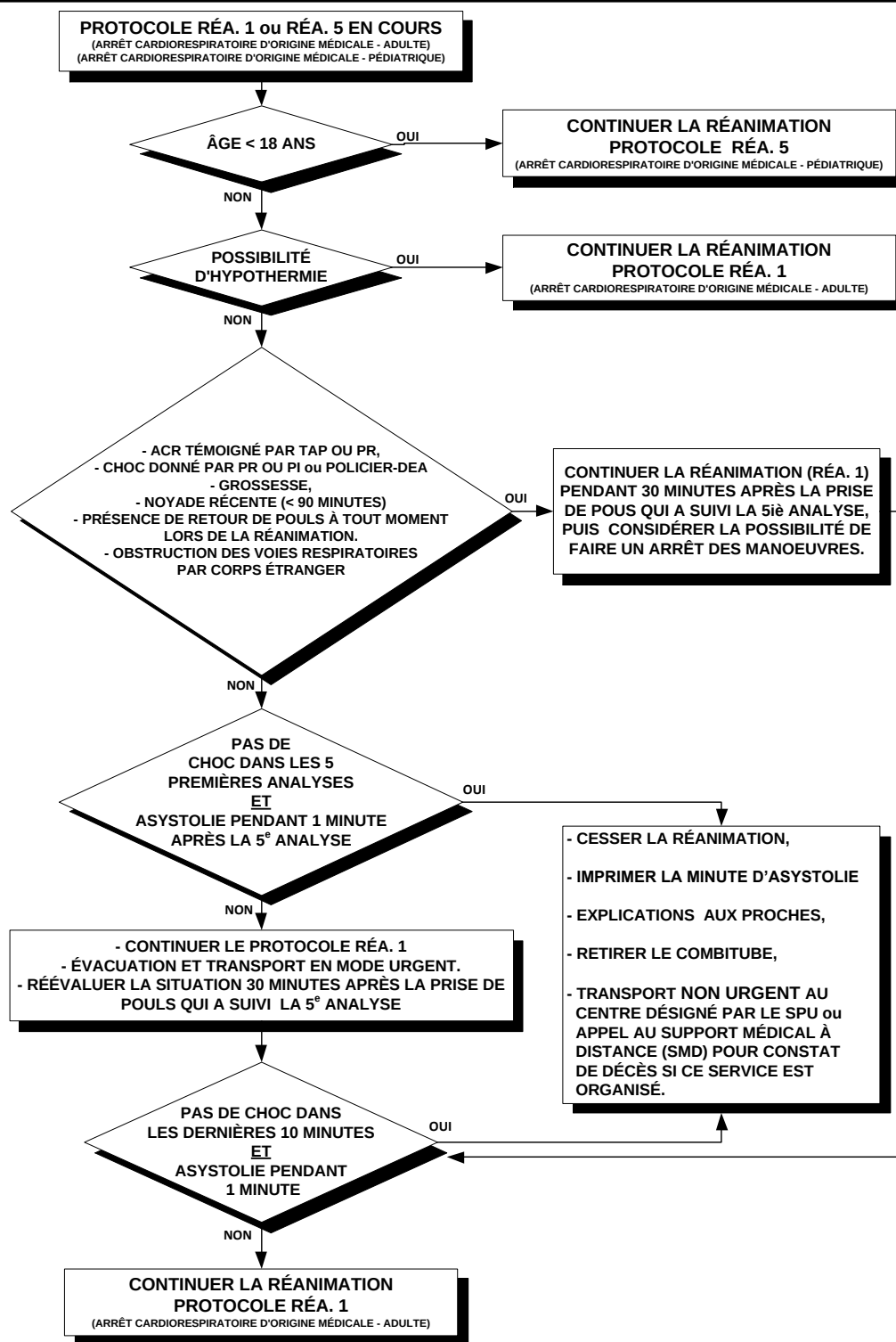
Arrêt des manœuvres :

Le protocole d'arrêt des manœuvres doit être considéré/confirmé après les 2 minutes de RCR suivant la 5^e analyse.

Récidive :

Si le patient est réanimé et qu'il subit un nouvel ACR, recommencer le protocole au début.

ARRÊT DES MANŒUVRES LORS D'ACR D'ORIGINE MÉDICALE



Critère d'inclusion :

Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale (protocole RÉA. 1 en cours).

Critères d'exclusion absolus

Âge < 18 ans.

Possibilité d'hypothermie;

Patient porteur de DAVG (à moins d'avis contraire de la part de l'hôpital d'appartenance).

Critères d'exclusion initiaux

ACR témoigné par les techniciens ambulanciers paramédics ou premiers répondants.

Choc donné par PI, PR ou policier-DEA.

Grossesse.

Noyade récente (< 90 minutes).

Présence de retour de pouls (30 secondes) à tout moment lors de la réanimation.

Obstruction des voies respiratoires par corps étranger.

1. Le protocole RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Adulte) doit déjà être en application.

2. Si choc donné lors d'une ou plusieurs des cinq premières analyses du protocole RÉA. 1, rythme autre qu'asystolie au moniteur après la prise de pouls 2 minutes après la 5^e analyse, possibilité d'hypothermie ou patient âgé de moins de 18 ans :

- o continuer le protocole RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale - Adulte) et procéder à l'évacuation et au transport en mode URGENT.

3. En l'absence de critères d'exclusion (initiaux et absolus) :

Si aucun choc donné lors des cinq premières analyses ET absence d'activité électrique (asystolie) au MDSA pendant 1 minute après la prise du pouls 2 minutes après la 5^e analyse :

- o cesser les manœuvres de réanimation;
- o imprimer la minute d'asystolie;
- o expliquer aux proches, si présents, la raison de l'arrêt des manœuvres;
- o retirer le Combitube®;
- o transport NON URGENT au centre désigné par le SPU ou appel au support médical à distance (SMD) pour constat de décès lorsque disponible.

Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine médicale

(suite)

4. Réévaluer la situation 30 minutes après la prise de pouls 2 minutes après la cinquième analyse faite sur place

- a) Si aucun choc donné dans les 10 dernières minutes et asystolie au MDSA pendant 1 minute, sauf si possibilité d'hypothermie ou patient âgé de moins de 18 ans :
 - o cesser les manœuvres de réanimation;
 - o imprimer la minute d'asystolie;
 - o expliquer aux proches, si présents, la raison de l'arrêt des manœuvres;
 - o retirer le Combitube®;
 - o transport **NON URGENT** au centre désigné par le SPU, ou appel pour constat de décès à distance lorsque disponible.
- b) Si choc donné dans les dix dernières minutes, présence de rythme électrique au MDSA ou possibilité d'hypothermie ou patient âgé de moins de 18 ans :
 - o continuer RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Adulte).

Remarques :

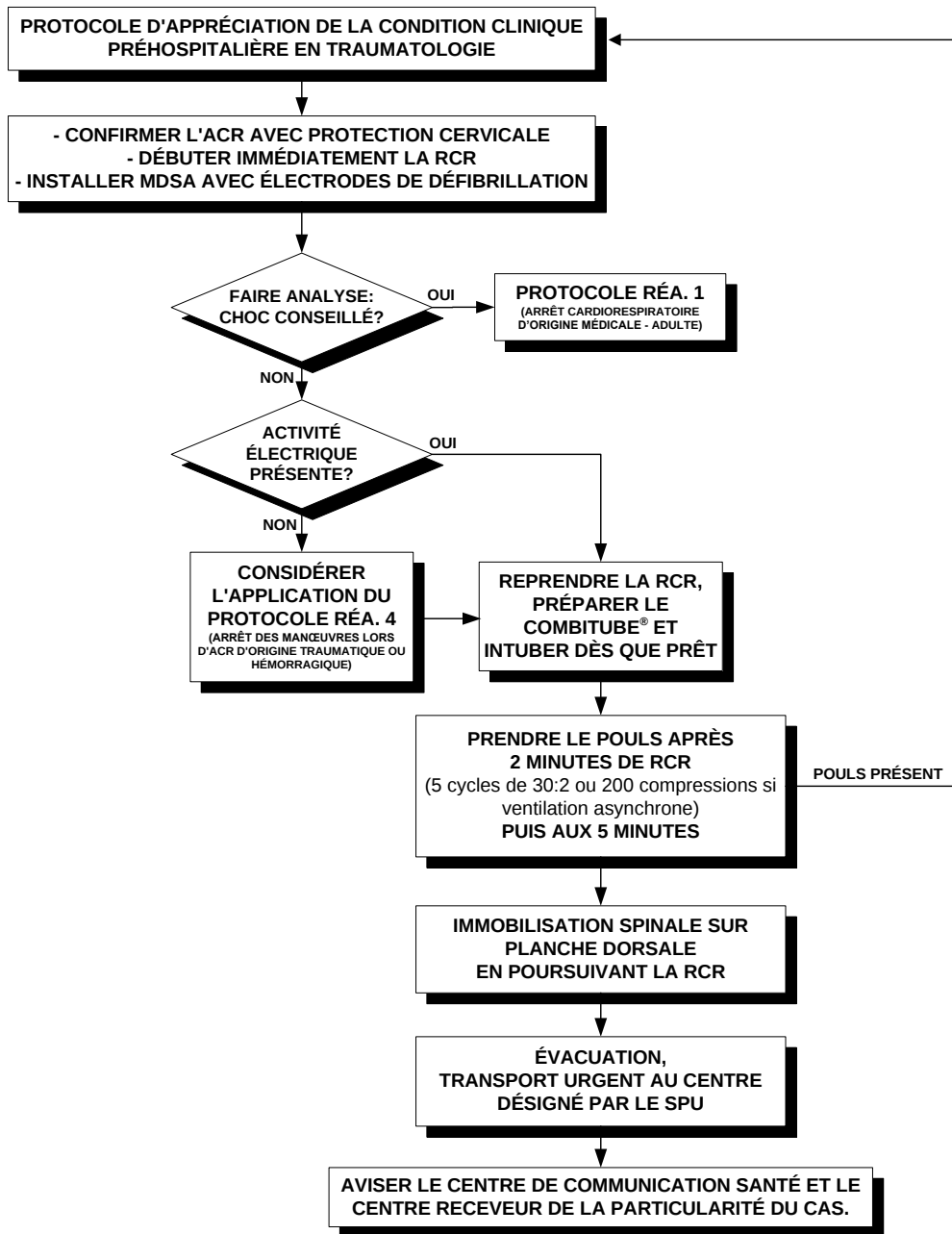
Critère d'exclusion absolu : situation où l'arrêt des manœuvres ne doit jamais être appliqué.

Rappel : le patient avec présence de signe(s) de puberté est inclus dans le protocole adulte correspondant. Ceci implique qu'un patient âgé de moins de 18 ans peut être inclus dans le protocole RÉA. 1.

Si les proches s'opposent à l'arrêt des manœuvres après avoir été informés de l'inutilité de celles-ci, continuer le protocole RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Adulte).

Chez un patient porteur d'un stimulateur cardiaque, une asystolie accompagnée uniquement de spicules (ligne verticale) générés par un stimulateur cardiaque doit être traitée comme une asystolie. La présence de spicules accompagnées d'un rythme électro-entraîné (QRS) demande, de la part du TAP, de procéder à la réanimation.

ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE D'ORIGINE TRAUMATIQUE OU HÉMORRAGIQUE - ADULTE



Critères d'inclusion :

Tout arrêt cardiorespiratoire (ACR) dans un contexte traumatique **avec cinétique à risque ou impact à haute vitesse** (traumatisme fermé) ou traumatisme pénétrant chez le patient adulte (avec présence de signe(s) de puberté).

Sera aussi inclus tout ACR dont la cause probable est une hémorragie interneⁱ ou externe, chez le patient adulte (avec présence de signe(s) de puberté) avec ou sans traumatisme à haute vitesse.

L'ACR est maintenant défini par la présence de l'inconscience associée à une respiration absente ou anormale. L'intervenant-santé doit effectuer une prise de pouls pour le confirmer.

Critères d'exclusion :

Tout ACR dont la situation clinique suggère que l'ACR a précédé un impact à basse vitesse.

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 2 (Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable - Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures).

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 4 (Mort évidente).

- 1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière en traumatologie.**
- 2. Confirmer l'ACR avec protection cervicale, débiter immédiatement la RCR et procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation.**
- 3. Demander une analyse :**
 - a) Si présence de rythme défibrillable « Choc conseillé », référer à RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale - Adulte);
 - b) Si absence d'activité électrique (asystolie), considérer l'application du protocole RÉA. 4 (Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine traumatique);
 - c) Si activité électrique, débiter la RCR à nouveau et procéder à l'étape suivante.
- 4. Préparer le Combitube® et procéder à l'intubation immédiatement lorsque celle-ci est prête.**
- 5. Prendre le pouls après le premier 2 minutes de RCR (5 cycles de 30:2 ou 200 compressions si ventilation asynchrone) et ensuite à toutes les 5 minutes.**
- 6. Procéder à l'immobilisation spinale complète du patient sur planche dorsale en poursuivant la RCR.**

ⁱ Voir Remarques (Critère d'inclusion)

Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique ou hémorragique – Adulte (suite)

7. Procéder à l'évacuation du patient.
8. Transport **URGENT** au centre désigné par le SPU en poursuivant la RCR, si le patient n'est pas réanimé.

Remarques :

Critère d'inclusion :

Pour inclure le patient dans le protocole RÉA. 3 « Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique ou hémorragique », l'hémorragie doit être significative et clairement documentée (hématémèse ou rectorragies abondantes, lacération avec saignement significatif, etc.) autrement le protocole RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale) doit être appliqué.

Ventilation et intubation :

S'il est impossible de ventiler adéquatement en ouvrant les voies respiratoires avec les techniques respectant la position neutre de la tête, il est acceptable de faire une bascule de la tête.

Trois tentatives d'intubation doivent être effectuées **sur place** avant le départ du véhicule ambulancier; 5 cycles de RCR 30:2 doivent être faits entre deux tentatives.

Déplacements :

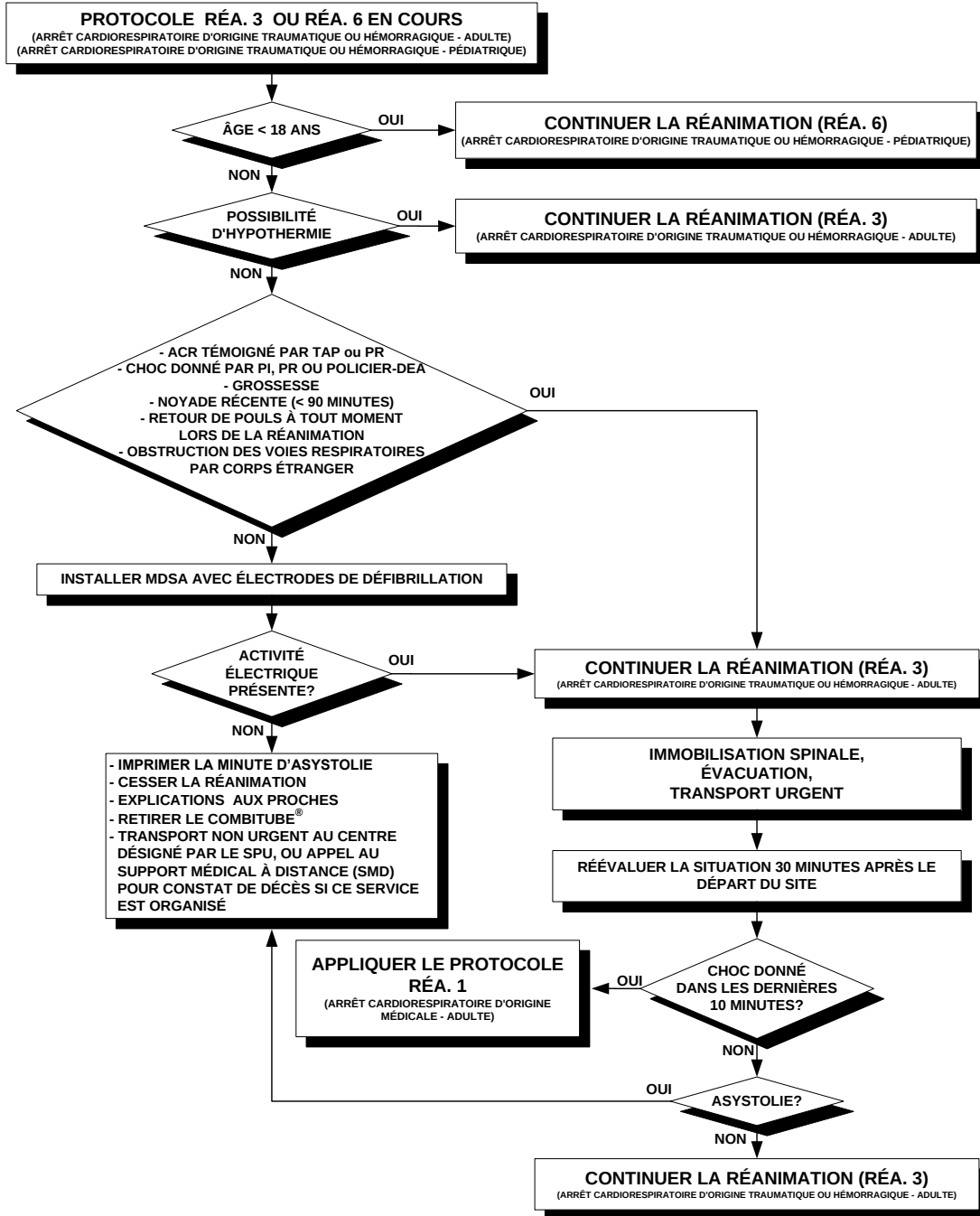
Le déplacement du patient ne doit être initié que lorsque le patient est intubé ou que les 3 tentatives d'intubation ont été effectuées. Les 2 techniciens ambulanciers paramédics doivent demeurer au chevet du patient durant toute cette intervention.

Spécificités :

Le protocole d'arrêt des manœuvres doit être considéré/confirmé après le constat d'une asystolie lors de l'analyse initiale.

Si le patient est réanimé et qu'il subit un nouvel arrêt cardiaque, recommencer le protocole au début.

ARRÊT DES MANŒUVRES LORS D'ACR D'ORIGINE TRAUMATIQUE OU HÉMORRAGIQUE



Critère d'inclusion :

Arrêt cardiorespiratoire traumatique **avec cinétique à risque ou** impact à haute vitesse (traumatisme fermé), traumatisme pénétrant ou dont la cause probable de l'ACR est une hémorragie interne ou externe. (Protocole RÉA. 3 en cours).

Critères d'exclusion absolus

Âge < 18 ans.

Possibilité d'hypothermie.

Patient porteur de DAVG (à moins d'avis contraire de la part de l'hôpital d'appartenance).

Critères d'exclusion initiaux

ACR témoigné par les techniciens ambulanciers paramédics ou premiers répondants.

Choc donné par PI, PR ou policier-DEA.

Possibilité d'hypothermie.

Grossesse.

Noyade récente (< 90 minutes).

Présence de retour de pouls (30 secondes) à tout moment lors de la réanimation.

Obstruction des voies respiratoires par corps étranger.

1. **Le protocole RÉA. 3 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique - Adulte) doit déjà être en application.**
2. **Lorsqu'après la demande d'analyse, aucun choc n'est recommandé et qu'une asystolie est présente à l'écran et en absence de critères d'exclusion (initiaux et absolus) :**
 - o cesser les manœuvres de réanimation;
 - o imprimer la minute d'asystolie;
 - o expliquer aux proches, si présents, la raison de l'arrêt des manœuvres;
 - o transport **NON URGENT** au centre désigné par le SPU ou appel pour constat de décès à distance lorsque disponible.

Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine traumatique ou hémorragique (suite)

3. Réévaluer la situation 30 minutes après le départ du site :

- a) Si aucun choc donné dans les dix dernières minutes et aucune activité électrique (asystolie) pendant 1 minute, sauf si possibilité d'hypothermie ou patient âgé de moins de 18 ans :
 - o cesser les manœuvres de réanimation;
 - o imprimer la minute d'asystolie;
 - o expliquer aux proches, si présents, la raison de l'arrêt des manœuvres;
 - o retirer le Combitube®;
 - o procéder au transport **NON URGENT** au centre désigné par le SPU, ou appel au support médical à distance (SMD) pour constat de décès lorsque disponible.
- b) Si choc donné dans les dix dernières minutes :
 - o Référer au protocole RÉA. 1 Arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine médicale – Adulte) et RÉA. 2 (Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine médicale).
- c) Si rythme au MDSA autre qu'une asystolie, possibilité d'hypothermie ou patient âgé de moins de 18 ans:
 - o continuer RÉA. 3 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique – Adulte).

Remarques :

Critère d'exclusion absolu : situation où l'arrêt des manœuvres ne doit jamais être appliqué.

Rappel : le patient avec présence de signe(s) de puberté est inclus dans le protocole adulte correspondant. Ceci implique qu'un patient âgé de moins de 18 ans peut être inclus dans le protocole RÉA. 3 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique – Adulte).

Si les proches s'opposent à l'arrêt des manœuvres après avoir été informés de l'inutilité de celles-ci, continuer le protocole RÉA. 3 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique – Adulte).

Chez un patient porteur d'un stimulateur cardiaque, une asystolie accompagnée (uniquement) de spicules (ligne verticale) générés par le stimulateur cardiaque doit être traitée comme une asystolie. La présence de spicules accompagnées d'un rythme électro-entraîné (QRS) demande de la part du TAP, de procéder à la réanimation.

ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE D'ORIGINE MÉDICALE (PÉDIATRIQUE)

PROTOCOLE D'APPRÉCIATION DE LA CONDITION CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE

ACTIVER LE MDSA DÈS QUE L'ACR EST SUSPECTÉ

POULS
PRÉSENT

NON

DÉBUTER IMMÉDIATEMENT LA RCR
AVEC OXYGÈNE À HAUTE
CONCENTRATION ET INSTALLER
ÉLECTRODES DE DÉFIBRILLATION

EFFECTUER 2 MINUTES DE RCR AVANT LA
PREMIÈRE ANALYSE SAUF SI L'ACR
SURVIENT EN PRÉSENCE DU TAP

CYCLE D'ANALYSE

Faire 5 analyses à moins de
retour de pouls

PRISE DE POULS :
FAIRE 2 MINUTES DE RCR APRÈS LA 5^e
ANALYSE ET PRISE DE POULS

ÉVACUATION SUR PLANCHE DORSALE
(ou Pédi-Pac)
ET COLLET CERVICAL (si intubé)

DANS L'AMBULANCE AVANT LE DÉPART:
- FAIRE ANALYSE,
REFAIRE JUSQU'À 3 CYCLES D'ANALYSE
SI LE CHOC DEMEURE INDIQUÉ.

TRANSPORT URGENT AU CENTRE DÉSIGNÉ
PAR LE SPU EN CONTINUANT LA RCR,
AVISER LE CENTRE DE COMMUNICATION
SANTÉ ET LE CENTRE RECEVEUR

POULS < 60
ET ÉTAT DE
CONSCIENCE = U

NON

PROTOCOLE
APPROPRIÉ

RCR SELON NORMES FMCQ
AVEC OXYGÈNE À HAUTE
CONCENTRATION

INSTALLER ÉLECTRODES DE
DÉFIBRILLATION MAIS
PAS D'ANALYSE À MOINS QUE LE
POULS NE DISPARAISSE

INSTALLER COMBITUBE® SI
APPLICABLE

VÉRIFIER POULS AUX 2 MINUTES

ÉVACUATION ET TRANSPORT
URGENT

AVISER CCS ET CENTRE RECEVEUR

CYCLE D'ANALYSE :

ANALYSE

CHOC
CONSEILLÉ

CHOC NON
CONSEILLÉ

MASSAGE CARDIAQUE
(sans ventilation)
PENDANT LA CHARGE

CESSER LE MASSAGE,
DONNER LE CHOC ET
REDÉBUTER
IMMÉDIATEMENT RCR

30:2 x 5 CYCLES
ou
15:2 x 10 CYCLES
avec oxygène à haute
concentration

(ou 200 compressions
avec ventilation
asynchrone si intubé et 2
intervenants)

RCR

30:2 x 5 CYCLES
ou
15:2 x 10 CYCLES avec
oxygène à haute
concentration

(ou 200 compressions
avec ventilation
asynchrone si intubé et
2 intervenants)

* COMBITUBE® :

Si l'enfant mesure plus de 4 pieds (1 m 22)
préparer le Combitube® approprié, procéder à
l'intubation immédiatement après l'analyse suivante et
compléter la séquence par 2 minutes de RCR.

Vérifier la présence du pouls pendant le test de VPO

Critère d'inclusion :

Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale (incluant les situations médicales où le pouls est < 60/min ET état d'éveil - échelle AVPU - est à « U ») chez le patient pédiatrique (absence de signe de puberté). Les nouveau-nés sont exclus du présent protocole.

L'ACR est maintenant défini par la présence de l'inconscience associée à une respiration absente ou anormale. L'intervenant-santé doit effectuer une prise de pouls pour le confirmer.

Critères d'exclusion :

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 2 (Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable – Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures).

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 3 (Directives de non-initiation de la réanimation).

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 4 (Mort évidente).

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.

- a) Activer le moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) dès que l'ACR est suspecté.
- b) Confirmer l'ACR :
 - o pour les enfants avec pouls palpable < 60/minute et dont l'état d'éveil (sur l'échelle AVPU) est à « U », débiter la RCR avec oxygène à haute concentration selon les normes de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (sauf si en hypothermie) et installer les électrodes de défibrillation. Intuber le patient avec Combitube® si applicable (étapes 4 et 5) puis procéder ensuite à l'étape 8 en vérifiant la présence du pouls à toutes les 2 minutes;
 - o pour les enfants qui sont sans pouls, débiter immédiatement la RCR avec oxygène à haute concentration et procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation et passer à l'étape suivante.

2. Effectuer 2 minutes de RCR (avant la première analyse) sauf si l'ACR survient en présence du TAP. Dans cette situation, procéder immédiatement à l'étape suivante.**3. Procéder à l'analyse :**

- a) Si « Choc non conseillé », procéder à la RCR 30:2 pour 5 cycles ou 15:2 pour 10 cycles (2 intervenants disponibles) avec oxygène à haute concentration et terminer par les compressions;
- b) Si « Choc conseillé » : durant la charge, procéder au massage cardiaque (sans ventilation) et assurer la sécurité des intervenants. Une fois la charge complétée, donner le choc et débiter immédiatement la RCR pour 5 cycles de 30:2 ou 10 cycles de 15:2 avec oxygène à haute concentration et terminer par les compressions ou par une série de 200 compressions avec ventilation asynchrone si 2 intervenants sont disponibles et que le patient est intubé.

Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Pédiatrique (0 à puberté) (suite)

4. Si l'enfant mesure plus de 4 pieds (1,22 m), préparer le Combitube® approprié et procéder à l'intubation immédiatement après l'analyse suivante et compléter la séquence par 2 minutes de RCR.
5. Lors du test de VPO, procéder à une prise de pouls :
 - o S'il y a présence de pouls avec fréquence > 60/min, sortir du protocole et se référer au protocole d'appréciation clinique préhospitalière;
 - o S'il y a présence de pouls avec fréquence < 60/minute et d'un état d'éveil (sur l'échelle AVPU) à U, procéder à la RCR selon les normes de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC et vérifier le pouls toutes les 2 minutes;
 - o S'il y a absence de pouls, procéder à l'étape suivante.
6. Répéter l'étape 3 jusqu'à ce que 5 analyses soient complétées (sur place) ou qu'il y ait retour de pouls.
7. Procéder à une prise de pouls après 2 minutes de RCR suite à la 5^e analyse.
8. Procéder à l'évacuation du patient. Le patient doit être placé sur planche dorsale (ou Pedi-Pac®) avec un collet cervical (avec immobilisateurs de tête) si intubé pour l'évacuation.
9. Dans le véhicule ambulancier, avant le départ, procéder à une analyse, puis répéter l'étape 3 jusqu'à « Choc non conseillé » ou un maximum de 3 chocs additionnels. Dans le cas d'un « Choc non conseillé », effectuer une prise de pouls. Poursuivre la RCR si absence de pouls.
10. Transport URGENT au centre désigné par le SPU, en poursuivant la RCR si le patient n'est pas réanimé.

**Chez l'enfant en arrêt cardiorespiratoire,
toujours suspecter la présence d'une obstruction
des voies respiratoires.**

Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Pédiatrique (0 à puberté) (suite)

Remarques :

Spécificités pédiatriques :

La RCR, pour une période d'environ deux minutes par séquence, s'effectue chez l'enfant avec un ratio de 15:2 (10 cycles) en présence de deux intervenants disponibles pour effectuer la RCR, 30:2 (5 cycles) lorsqu'un seul est disponible ou par une série de 200 compressions avec ventilation asynchrone si 2 intervenants sont disponibles et que le patient est intubé.

Si les électrodes pédiatriques et/ou réductrices d'énergie ne sont pas disponibles, les électrodes adultes doivent être utilisées et appliquées en antéro-postérieur.

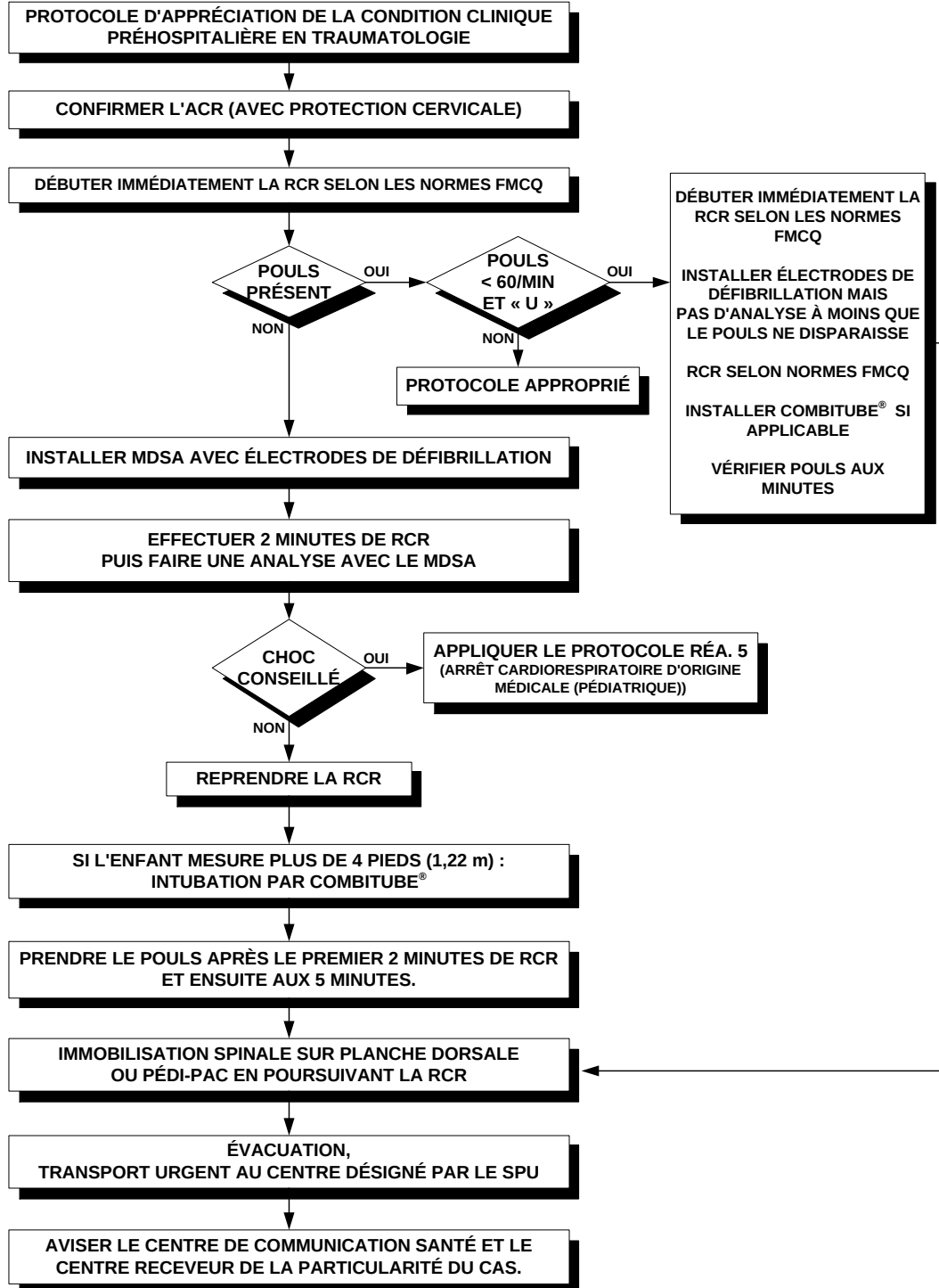
Lors d'un ACR dans le contexte d'une anaphylaxie, administrer une dose d'épinéphrine I.M. dans la cuisse aussitôt que possible après la première tentative d'intubation qu'elle soit réussie ou non.

Si poids < 25 kg : administrer épinéphrine 0,30 mg;

Si poids ≥ 25 kg : administrer épinéphrine 0,50 mg.

Le protocole d'arrêt des manœuvres ne peut être appliqué d'emblée pour les patients de moins de 18 ans.

ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE D'ORIGINE TRAUMATIQUE OU HÉMORRAGIQUE (PÉDIATRIQUE)



RÉA. 6 Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique ou hémorragique – Pédiatrique (0 à puberté)

RÉA. 6

Critère d'inclusion :

Tout arrêt cardiorespiratoire dans un contexte traumatique avec **cinétique à risque** ou impact à haute vitesse ou traumatisme pénétrant chez le patient pédiatrique (absence de signe de puberté).

Sera aussi inclus tout ACR dont la cause probable est une hémorragie interneⁱ ou externe avec ou sans traumatisme à haute vitesse.

L'ACR est maintenant défini par la présence de l'inconscience associée à une respiration absente ou anormale. L'intervenant-santé doit effectuer une prise de pouls pour le confirmer.

Critères d'exclusion :

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 2 (Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable – Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures).

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 4 (Mort évidente).

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière en traumatologie.**
2. **Confirmer l'ACR avec protection cervicale.**
3. **Débuter immédiatement la RCR selon les normes de la FMCQ :**
 - a) pour les enfants avec pouls palpable dont la fréquence est < 60/min et dont l'état d'éveil (sur l'échelle AVPU) est à « U », procéder immédiatement à la RCR avec oxygène à haute concentration selon les normes de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (sauf si en hypothermie) et installer les électrodes de défibrillation. Intuber le patient avec Combitube® si applicable (étape 6) et procéder ensuite à l'étape 8 en vérifiant la présence du pouls à toutes les 2 minutes;
 - b) pour les enfants sans pouls, procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation et passer à l'étape suivante.
4. **Demander une analyse après avoir effectué 2 minutes de RCR :**
 - o si présence de rythme défibrillable « Choc conseillé », se référer à RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Pédiatrique);
 - o si absence de rythme défibrillable « Choc non conseillé », procéder à l'étape suivante.
5. **Débuter à nouveau la RCR.**
6. **Si l'enfant mesure plus de 4 pieds (1,22 m), préparer le Combitube® approprié et procéder à l'intubation immédiatement lorsque celui-ci est prêt.**

ⁱ Voir Remarques

Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique ou hémorragique – Pédiatrique (0 à puberté) (suite)

7. Prendre le pouls après le premier 2 minutes de RCR et ensuite à toutes les 5 minutes.
8. Procéder à l'immobilisation spinale complète du patient sur planche dorsale ou Pedi-Pac® en poursuivant la RCR.
9. Procéder à l'évacuation du patient.
10. Transport URGENT au centre désigné par le SPU en poursuivant la RCR, si le patient n'est pas réanimé.

Remarques :

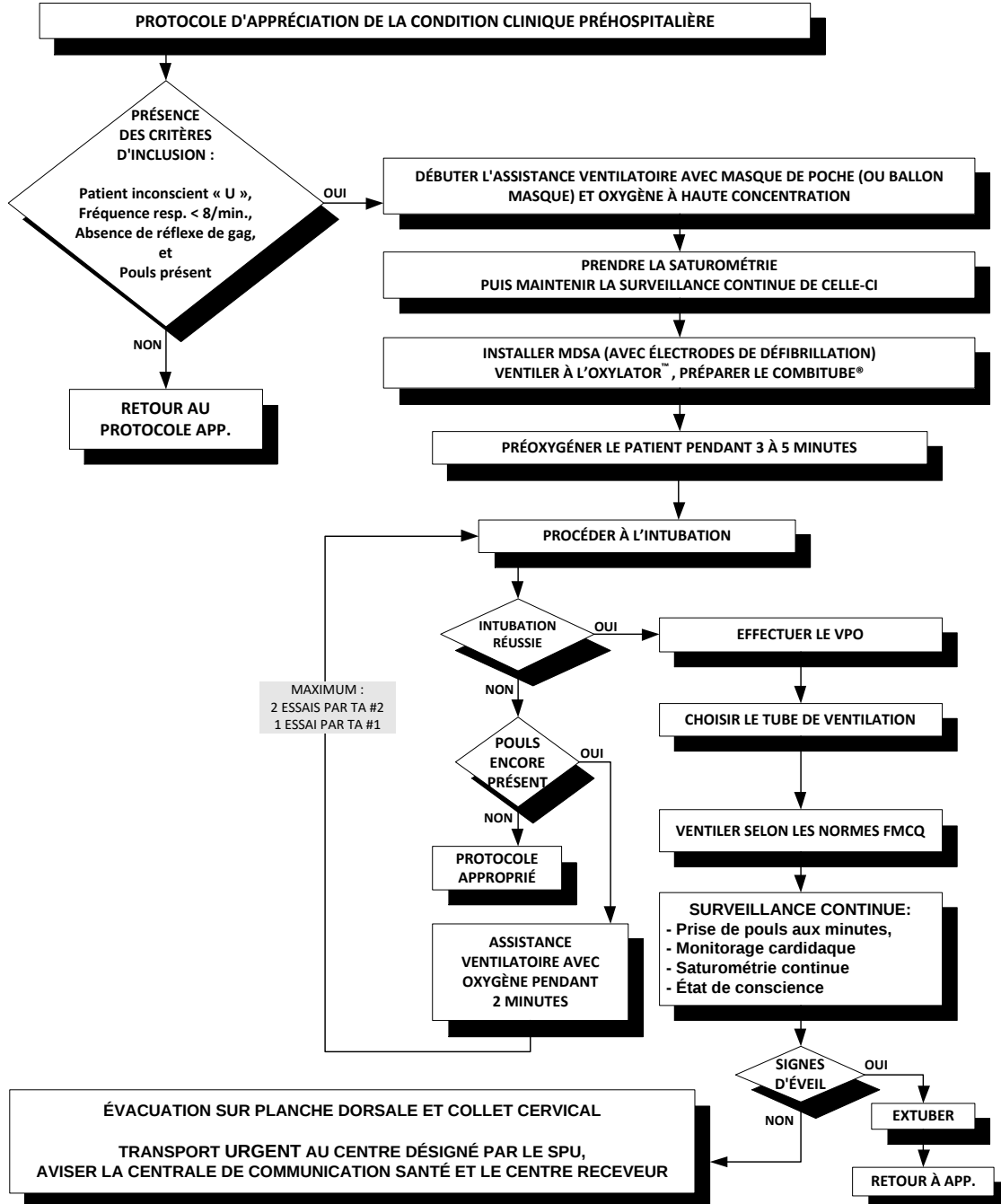
Spécificités pédiatriques et traumatiques :

Pour inclure le patient dans le protocole RÉA. 6 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique ou hémorragique), l'hémorragie doit être significative (hématémèse ou rectorragies abondantes, lacération avec saignement significatif, etc.) et clairement documentée, autrement le protocole RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale) doit être appliqué.

S'il est impossible de ventiler adéquatement en ouvrant les voies respiratoires avec les techniques respectant la position neutre de la tête, il est acceptable de faire une bascule de la tête.

Le protocole d'arrêt des manœuvres ne peut être appliqué pour les patients de moins de 18 ans.

INTUBATION AU COMBITUBE® DU PATIENT EN HYPOVENTILATION



Critères d'inclusion spécifiques

Inconscience « U ».

ET

Fréquence respiratoire < 8/min.

ET

Absence de réflexe de Gag.

ET

Présence de pouls carotidien.

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Confirmer la présence des critères d'inclusion.**
3. **Débuter l'assistance ventilatoire avec masque de poche et oxygène à haute concentration sauf si contre-indication en lien avec la sécurité du TAP; dans ces situations, l'utilisation du ballon-masque ou de l'Oxylator™ est requise.**
4. **Prendre la saturométrie aussitôt que possible. Maintenir la surveillance en continu de celle-ci.**
5. **Installer les électrodes de défibrillation et préparer l'Oxylator™, débiter le support ventilatoire avec Oxylator™, puis préparer et vérifier le Combitube®.**
6. **Pendant la préparation de l'équipement nécessaire à l'intubation, préoxygéner le patient pour une durée de 3 à 5 minutes dans le but d'atteindre une saturation $\geq 96\%$ ou de la meilleure saturation obtenue précédemment.**
7. **Procéder à l'intubation avec le Combitube®, au moment où tous les équipements requis sont prêts.**
8. **Le TAP # 1 est responsable du choix du tube de ventilation et de l'auscultation. La procédure de validation du choix du tube de ventilation doit inclure le VPO, l'auscultation et le détecteur d'EtCO₂.**
9. **Si la tentative d'intubation est non réussie, reconfirmer la présence du pouls et effectuer l'assistance ventilatoire avec oxygène à haute concentration jusqu'à stabilisation du statut respiratoire (minimum 2 minutes), puis tenter l'insertion à nouveau. Deux essais par le TAP # 2 et un essai par le TAP # 1 sont nécessaires avant d'abandonner les tentatives.**
10. **Ventiler le patient selon les normes de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.**
11. **La surveillance du patient suite à une intubation pour insuffisance respiratoire doit toujours comporter tous les éléments suivants :**
 - a) **Prise de pouls à toutes les minutes;**
 - b) **Monitoring cardiaque en continu;**
 - c) **Saturométrie en continu;**
 - d) **État de conscience.**

UTILISATION DU DISPOSITIF D'ETCO₂ CHEZ LE PATIENT INTUBÉ AU COMBITUBE® PRÉSENTANT UN POULS (RÉA. 7)

1. SURVEILLANCE DE LA SaO₂ EN CONTINU ET POSE DES ÉLECTRODES DE DÉFIBRILLATION
2. INSERTION DU COMBITUBE®
3. TEST DU VPO

PLACER L'ETCO₂ SUR LE CONDUIT DE VENTILATION IDENTIFIÉ PAR LE TEST VPO

BRANCHER LE BALLON VENTILATOIRE À L'ETCO₂ ET DONNER 4 À 6 VENTILATIONS ET AUSCULTER

L'ETCO₂
DEVIENT-IL
JAUNE ?

OUI

VENTILER PAR CE CONDUIT

NON

DÉPLACER L'ETCO₂ SUR L'AUTRE CONDUIT ET DONNER 4 À 6 VENTILATIONS ET AUSCULTER

L'ETCO₂
DEVIENT-IL
JAUNE ?

OUI

VENTILER PAR CE CONDUIT

NON

CONSIDÉRER L'ENSEMBLE DES ÉLÉMENTS SUIVANTS ET FAITES LE CHOIX FINAL DE TUBE DE VENTILATION*:

- PRÉSENCE OU ABSENCE DE POULS CAROTIDIEN;
- SATURATION;
- PROBLÈME AVEC LE DÉTECTEUR D'ETCO₂:
 - LANGUETTE RETIRÉE, LE CAS ÉCHÉANT;
 - EMBALLAGE OUVERT PLUS DE 24 HEURES;
 - DÉTECTEUR D'ETCO₂ EXPOSÉ À DES LIQUIDES;
- INTÉGRITÉ DES BALLONETS DU COMBITUBE®.
- PRÉSENCE D'HYPOTENSION (DIMINUTION DU MÉTABOLISME).

* Si non concluant, extuber et reprendre la ventilation au ballon-masque et optimiser la saturation. Refaire une tentative d'intubation par la suite.

Intubation au Combitube® du patient en hypoventilation (suite)

12. Si l'état de conscience du patient s'améliore avec présence de Gag ou efforts de vomissements ou agitation, procéder à l'extubation du patient, se référer à TECH. 6 (Tube orotrachéal à double voie - COMBITUBE® et COMBITUBE® SA).
13. Réévaluer l'ABC et procéder au support ventilatoire nécessaire.
14. Procéder à l'évacuation du patient. Le patient doit être placé sur planche dorsale avec un collet cervical (et immobilisateurs de tête) pour l'évacuation.
15. Transport URGENT au centre désigné par le SPU.
16. Maintenir la ventilation du patient et la surveillance continue; réévaluation sériee des signes vitaux, si possible.

Remarques :

La **préoxygénation** est applicable dans les cas médicaux seulement. **L'intubation du patient hypoventilé demeure applicable ainsi que l'utilisation de l'EtCO₂ chez les patients traumatisés.**

Il faut être vigilant lors de l'évaluation du patient en hypoventilation (RR < 8/min), car il pourrait s'agir d'un patient en ACR avec respiration agonale qui demande à être défibrillé.

Le patient réanimé post ACR dont l'ACR a été confirmé par les TAP, peut être intubé par Combitube® s'il répond aux critères d'inclusion et d'exclusion, même si son rythme respiratoire est supérieur ou égal à 8.

Le technicien ambulancier paramédic doit être CERTAIN qu'il a un pouls pour continuer le protocole RÉA. 7 (Intubation au Combitube® du patient en hypoventilation). Dans le doute, se référer au protocole de réanimation approprié.

Les critères d'inclusion et d'exclusion habituels pour le Combitube® sont applicables, voir TECH. 6 (Tube orotrachéal à double voie - COMBITUBE® et COMBITUBE® SA).

La stabilisation du statut respiratoire fait référence à l'atteinte d'une saturation ≥ 96 % ou de la meilleure saturation obtenue précédemment.

Le collet cervical doit être installé avant le déplacement du patient sur la planche. La tête du patient devra ensuite être **immobilisée sur celle-ci pour le déplacement.**

RÉA. 8 Protocole de prise en charge lors d'intervention de réanimation en cours avec DEA*

1. Activer le moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) dès que l'ACR est suspecté;
2. Appliquer le protocole de réanimation approprié.
3. Si le protocole applicable est RÉA. 3 ou RÉA. 6 (Arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine traumatique ou hémorragique – Adulte ou Pédiatrique), effectuer le transfert du DEA au MDSA le plus rapidement possible, effectuer la première analyse et prendre en charge la réanimation.
4. Si le protocole applicable est RÉA. 1 ou RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine médicale – Adulte ou Pédiatrique), prioriser l'intubation et procéder à l'étape suivante.
5. Si le patient ne peut être intubé (< 4 pieds/1,22 m ou présence de critères d'exclusion), passer à l'étape 8.
6. Si le patient peut être intubé (> 4 pieds/1,22 m), préparer l'intubation pendant que le partenaire procède, en verbalisant, à la vérification des manœuvres de réanimation en cours. Si les manœuvres sont inadéquates, prendre en charge le patient immédiatement.
7. Au moment où l'intubation est prête :
 - a) L'intervenant DEA ou PR fait une dernière analyse en présence des TAP et donne un choc, si indiqué; l'intervenant DEA est dirigé à reprendre immédiatement le massage cardiaque;
 - b) Procéder à l'intubation selon TECH. 6 (Tube orotrachéal à double voie - Combitube® et Combitube® SA).
8. Pendant l'intubation, un intervenant DEA ou PR demeure au massage cardiaque et le transfert d'appareil est effectué (du DEA au MDSA).
9. Si le patient ne peut être intubé, prendre en charge la réanimation après une analyse. Si les manœuvres sont inadéquates, prendre en charge le patient immédiatement.
10. Continuer le protocole RÉA. 1 ou RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire médical – Adulte ou Pédiatrique) comme si vous étiez rendu à votre deuxième analyse.

Remarques :

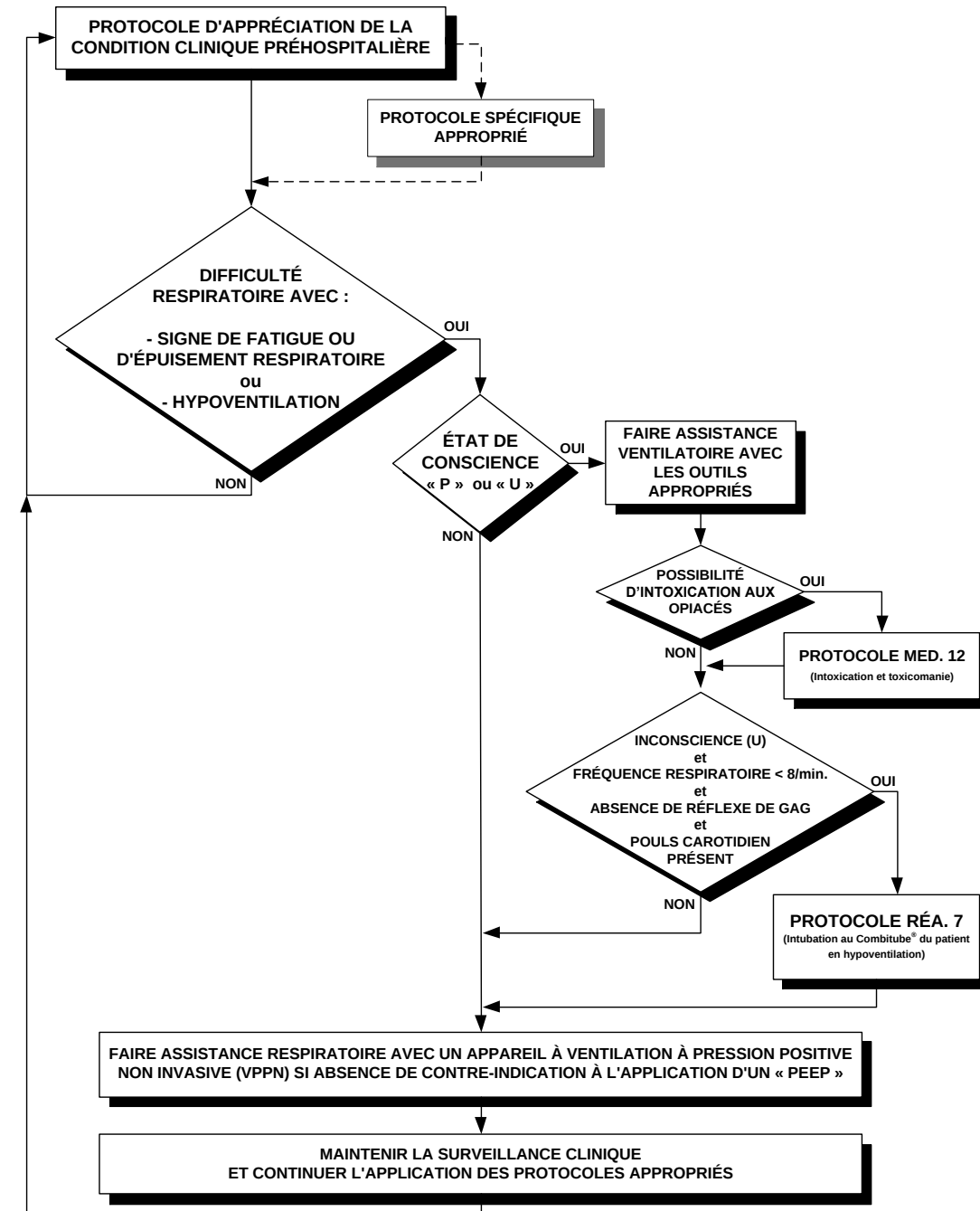
L'intervenant DEA indique aux techniciens ambulanciers paramédics :

- o la présence de témoins (vu ou entendu);
- o le nombre d'analyse(s);
- o le nombre de choc(s) donné(s);
- o l'heure (si connue) de l'effondrement du patient;
- o l'heure du début des manœuvres de réanimation.

Le technicien ambulancier paramédic qui a pris en charge le patient favorise l'intégration des intervenants DEA ou PR dans l'intervention en poursuivant la RCR en alternance avec les TAP.

*DEA : défibrillateur externe automatisé.

ASSISTANCE RESPIRATOIRE OU VENTILATOIRE



Critères d'inclusion

Difficulté respiratoire avec une ou plusieurs des conditions cliniques suivantes :

- Signes de fatigue ou d'épuisement respiratoire;
- Hypoventilation.

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière et au protocole spécifique, le cas échéant.**
2. **Confirmer la présence des critères d'inclusion.**
3. **Évaluer l'état de conscience selon l'échelle AVPU :**
 - a) Si l'état de conscience est « P » ou « U » : passer à l'étape no 4.
 - b) Si l'état de conscience est « A » ou « V » : passer à l'étape no 7.
4. **Débuter l'assistance ventilatoire avec les outils appropriés (masque de poche puis Oxylator™ ou, à défaut, avec un ballon masque).**

Pour l'Oxylator™, en présence de perméabilité des voies aériennes :

- a) Ajuster la bague de pression de ventilation au niveau le plus bas, soit :
 - Oxylator EMX™ : 20 cm H₂O;
 - Oxylator EM-100™ : 25 cm H₂O.
- b) S'il y a absence de critère d'exclusion à la « PEEP » (TAs < 100 mm Hg, ACR, traumatisme crânien inconscient, asthme décompensé < 40 ans), utiliser le mode automatique. Autrement, appliquer le mode manuel.

MODE AUTOMATIQUE

Augmenter la pression de ventilation à raison de 5 cm H₂O jusqu'à l'obtention d'un temps inspiratoire de 1 seconde minimum, jusqu'au soulèvement du thorax. Ne pas excéder une pression de ventilation de 35 cm H₂O.

MODE MANUEL

Suivre les recommandations de fréquence ventilatoire suivantes :

- i. **Adulte** : une ventilation aux 5 à 6 secondes (10-12 ventilations à la minute);
- ii. **Pédiatrie** : une ventilation aux 3 à 5 secondes (12 à 20 ventilations à la minute);
- iii. **ACR** : avec dispositif de protection des voies respiratoires en place, ventilation asynchrone avec la RCR : une ventilation aux 6 secondes (10 ventilations à la minute).

Si le patient est tachypnéique, respecter la fréquence respiratoire compensatoire du patient à moins d'être en présence d'insuffisance respiratoireⁱ. Si une assistance est requise dans ce cadre, respecter les fréquences respiratoires mentionnées plus haut, tout en synchronisant chaque ventilation assistée avec une inspiration.

ⁱ Définition : insuffisance respiratoire associée à une tachypnée : situation clinique où la tachypnée est inefficace et associée avec une altération de l'état de conscience ou une désaturation, malgré un supplément d'oxygène à haute concentration.

Assistance respiratoire ou ventilatoire (suite)

- c) Ne pas installer des courroies élastiques au masque relié à l'Oxylator™, le masque doit être tenu en place avec l'aide des mains afin d'exercer une surveillance constante de la perméabilité des voies aériennes et de l'efficacité de la ventilation.
 - d) Si indiqué, le système de nébulisation en assistance respiratoire/ventilatoire (NAVR) doit être utilisé pour administrer les médicaments requis.
- 5. Considérer la possibilité d'une intoxication aux opiacés, se référer au protocole MED. 12 (Intoxication volontaire ou involontaire et toxicomanie), au besoin.**
- 6. Vérifier la présence des critères d'intubation au Combitube® du patient en hypoventilation, se référer au protocole RÉA. 7 (Intubation au Combitube® du patient en hypoventilation). Si non applicable, passer à l'étape 7 du présent protocole.**
- 7. Débuter l'assistance respiratoire à l'aide d'une « C-PAP » à usage unique à moins d'être en présence de critères d'exclusion (moins de 18 ans, apnée ou hypoventilation (≤ 10), non perméabilité des voies aériennes, hypotension (TAs < 100), état de conscience « P » ou « U », traumatisme) :**
- a) Pendant la préparation de l'équipement pour l'assistance respiratoire, administrer de l'oxygène à la plus haute concentration possible;
 - b) Débuter la C-PAP à **15 L/min**;
 - c) Augmenter la C-PAP de 5 L/min à toutes les 3 à 5 minutes (plus ou moins) jusqu'à l'atteinte des objectifs cliniques;
 - d) Si indiqué, le système de nébulisation en assistance respiratoire/ventilatoire (NAVR) doit être utilisé pour administrer les médicaments requis;
- 8. Maintenir la surveillance clinique et continuer l'application des protocoles appropriés.**

Remarques :

Si, pendant l'application du protocole APP., le patient doit être ventilé immédiatement (ex. : hypoventilation ou apnée), le TAP doit débuter l'assistance ventilatoire avec les méthodes de base (masque de poche, Oxylator™, ou à défaut le ballon-masque) et appliquer les protocoles appropriés en simultané. Le monitoring cardiaque et la saturométrie en continu sont requis.

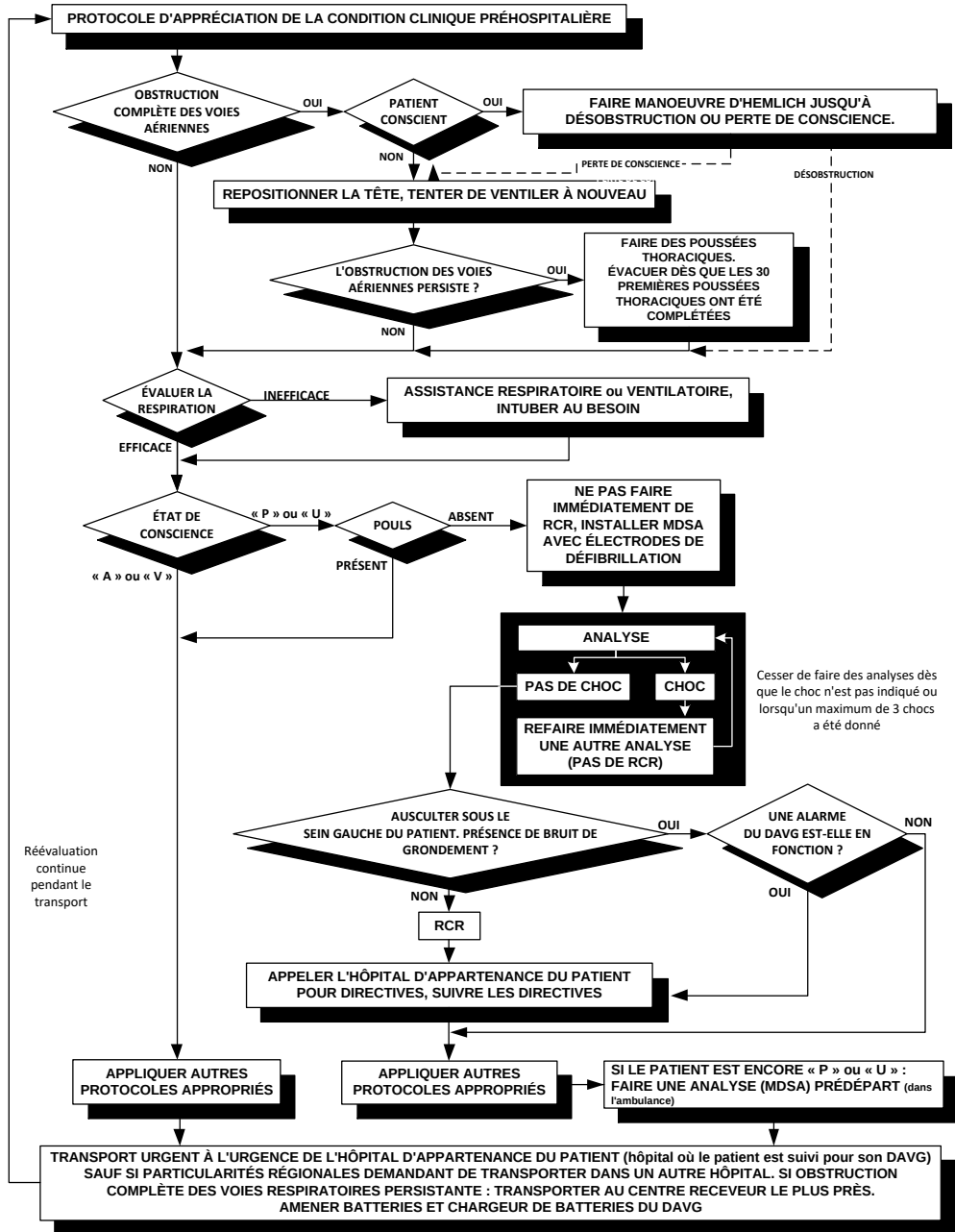
Les objectifs de l'assistance respiratoire/ventilatoire sont :

- Le maintien d'une saturation en oxygène de $\geq 94\%$;
- L'amélioration de la performance ventilatoire avec ou sans atteinte des objectifs de saturation (meilleure amplitude, diminution de la fatigue, meilleur état d'éveil, etc.).

Ne jamais utiliser le mode « inhalation (bouton INH) » en mode manuel (ni en mode automatique), car ceci génère une « PEEP ». La « PEEP » est automatiquement générée en mode automatique.

Les fréquences de ventilation présentées au point 4 b) sont applicables indépendamment de l'outil de ventilation (ex. : masque de poche, ballon-masque).

Patient avec Dispositif d'Assistance Ventriculaire Gauche (DAVG)



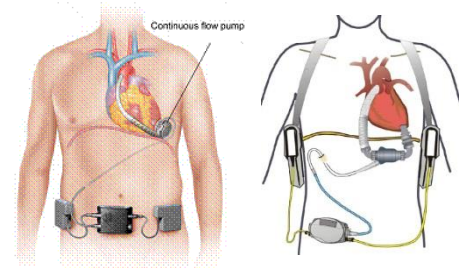
RÉA. 10 Protocole de réanimation en présence de dispositif d'assistance ventriculaire gauche (DAVG)

RÉA. 10

Critère d'inclusion :

Patient porteur d'un dispositif d'assistance ventriculaire gauche (DAVG) de type Heartmate II ou HeartWare.

S'il faut couper les vêtements, il faut être extrêmement vigilant afin de ne pas couper les câbles de la pompe.



1. Assurer la sécurité de la scène.
2. Si des directives différentes de ce protocole vous sont transmises, elles doivent être appliquées si elles font suite à :
 - un appel à l'hôpital d'appartenance par un proche (l'hôpital d'appartenance est l'hôpital où le patient est suivi pour son DAVG);
 - une directive écrite par l'hôpital d'appartenance disponible au chevet;
 - une directive écrite par le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence disponible au chevet.
3. Se référer au protocole d'appréciation clinique préhospitalière :
 - a) Si histoire d'obstruction complète des voies respiratoires (OCVR) :
 - Chez le patient conscient :
 - Procéder aux manœuvres de Heimlich jusqu'à désobstruction ou jusqu'à ce que le patient devienne inconscient.
 - Chez le patient inconscient :
 - Tenter de ventiler;
 - Si obstruction, repositionner la tête et tenter de ventiler à nouveau pour reconfirmer qu'il s'agit bien d'un OCVR;
 - Initier l'évacuation dès qu'un cycle de 30 poussées thoraciques a été complétées et continuer les poussées thoraciques, pendant le transport, jusqu'à ce que l'obstruction soit levée.
 - b) Évaluer la respiration/ventilation et faire de l'assistance respiratoire ou ventilatoire au besoin avec oxygène (N.B. : La saturométrie capillaire en O₂ ne fonctionnera pas);
 - c) L'absence de pouls peut être normale. Ne pas faire immédiatement de RCR, même si le pouls est absent, sauf si histoire d'OCVR;
 - d) Évaluer l'état de conscience selon l'échelle AVPU.
4. Si l'état de conscience est à « A » ou « V », passer à l'étape 7. Si l'état de conscience du patient est à « P » ou « U », passer à l'étape suivante.

Protocole de réanimation en présence de dispositif d'assistance ventriculaire gauche (DAVG) (suite)

5. Patient avec un état de conscience à « P » ou « U » :

- a) Pouls présent :
 - Passer à l'étape no 7.
- b) Pouls absent :
 - Appliquer le MDSA avec électrodes de défibrillation et faire une analyse :
 - Si choc indiqué :
 - Donner le choc puis procéder immédiatement à une 2^e analyse sans période de RCR.
 - Si choc indiqué à nouveau, donner le choc puis faire immédiatement une 3^e analyse puis passer à l'étape suivante (6).
 - Si choc non indiqué, passer à l'étape suivante (6).

6. Vérifier que le DAVG fonctionne en auscultant sous le sein gauche du patient (Rechercher un bruit de grondement. Ce bruit s'entend facilement s'il est présent.) :

Grondement présent :

- Si une alarme du DAVG est en fonction, si la communication n'est pas déjà en cours ou qu'une communication précédente n'a pas permis de donner cette information (alarme) appeler l'hôpital d'appartenance ou faire appeler ce dernier par un proche afin d'expliquer la situation et voir si une conduite précise est à effectuer (le numéro de téléphone est habituellement disponible auprès des proches du patient, sur le patient ou dans la carte d'appel. Sinon, demander au CCS);
- Passer à l'étape 7.

Grondement absent :

- Débuter la RCR et si la communication n'est pas déjà en cours ou qu'une communication précédente n'a pas permis de donner cette information (alarme), appeler l'hôpital d'appartenance ou faire appeler ce dernier par un proche afin d'expliquer la situation et voir si une conduite précise est à effectuer (le numéro de téléphone est habituellement disponible auprès des proches du patient, sur le patient ou dans la carte d'appel. Sinon, demander au CCS);
- Passer à l'étape 8.

7. Appliquer les autres protocoles appropriés (hypoglycémie, difficulté respiratoire, paralysie, etc.) le cas échéant.

- Si présence d'une douleur thoracique chez patient conscient, faire un ECG, mais ne pas administrer de nitroglycérine.
- L'AAS peut être administré (si état de conscience à « A » ou « V »).
- Le DAVG peut causer des artéfacts sur l'ECG.
- Si les critères d'inclusion sont présents, la CPAP peut être utilisée même si la TAS ne peut être documentée.

Protocole de réanimation en présence de dispositif d'assistance ventriculaire gauche (DAVG) (suite)

8. Évacuation et transport directement vers l'hôpital d'appartenance. Si RCR en cours, faire une analyse (MDSA) prédépart dans le véhicule. Aviser le centre receveur selon la procédure régionale (préavis). Si le patient est en obstruction complète des voies respiratoires, à moins que l'hôpital d'appartenance soit à égal distance ou presque, il faut transporter à l'urgence de l'hôpital le plus proche afin qu'une désobstruction soit tentée.
9. Réévaluation continue de l'état du patient pendant le transport.
10. Transporter le patient à l'hôpital d'appartenance même en présence de décès apparent ou constaté (sauf si particularité régionale demandant de transporter dans un autre hôpital).
11. Apporter les piles (batteries) et le chargeur de piles du DAVG.

Remarques :

- Les électrodes sont appliquées en position antérieure-postérieure ou en position antérolatérale. Dans la dernière méthode, l'électrode de gauche doit être positionnée plus au niveau axillaire gauche qu'à l'habitude. Cette position diminue les risques d'interférence avec la pompe ou le « pacemaker-défibrillateur » qui est souvent présent chez ce type de patient.
- Il peut être normal de ne pas percevoir de pouls palpable chez les porteurs d'un DAVG. Si la pompe fonctionne (cela peut être confirmé en auscultant l'hypochondre gauche du patient, le fonctionnement de la pompe produit un bruit de grondement facilement audible), il ne faut pas faire de RCR « même si le pouls est absent », car cela pourrait endommager les connexions vasculaires entre le DAVG et le cœur et provoquer une hémorragie interne fatale. Cependant, si la pompe ne fonctionne pas, il faut procéder au massage thoracique.
- Il est impossible de prendre une tension artérielle en employant les méthodes habituelles (appareil électronique (MDSA) ou sphygmomanomètre et stéthoscope). Cependant, il est possible que la famille dispose d'un doppler vasculaire qui permet la prise d'une pression artérielle moyenne qui est normalement entre 70 et 90. Ces patients n'ont pas de pression systolique et diastolique.
- Il est impossible de mesurer la saturation transcutanée en oxygène SpO₂ chez les patients porteurs d'un DAVG. L'évaluation de la respiration et de la ventilation doit se baser sur d'autres critères : état de conscience, coloration, fréquence respiratoire, utilisation des muscles accessoires et capacité de faire des phrases complètes.
- Si la situation est prise en charge par des techniciens ambulanciers paramédics en soins avancés, les médicaments prévus au protocole peuvent être administrés. Les autres protocoles reliés à la bradycardie symptomatique et la tachycardie symptomatique peuvent être également appliqués (cardioversion-pace externe). Pour ce qui est de la bradycardie, 85 % des patients avec un DAVG ont un pace-défibrillateur interne et donc, il est peu probable que l'utilisation du pacemaker externe soit nécessaire. Cependant, si la situation clinique le nécessite, il peut être appliqué.
- À moins d'un avis contraire de l'hôpital d'appartenance, les protocoles d'arrêt des manœuvres RÉA. 2 et RÉA. 4 ne s'appliquent pas au patient porteur d'un DAVG.

Critère d'inclusion :

Vomissements incoercibles : régurgitation du bolus alimentaire après trois tentatives successives de ventilation lors d'une intervention auprès d'un patient en arrêt cardiorespiratoire.

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Se référer au protocole de réanimation applicable.
3. Lors du constat des vomissements incoercibles, libérer les voies respiratoires supérieures.
4. Cesser toute ventilation, continuer la réanimation avec le massage cardiaque seulement.
4. Prioriser la préparation du Combitube®.
5. Lorsque le Combitube® et ses accessoires sont prêts et vérifiés, procéder immédiatement à l'insertion du Combitube® indépendamment de la séquence.
6. Valider la position du Combitube® et faire le choix final du tube de ventilation.
7. Continuer le protocole de réanimation applicable là où il a été interrompu.

Remarques :

La « libération » des voies respiratoires supérieures dans le présent contexte implique l'utilisation des techniques suivantes : positionnement adéquat (bascule de la tête), balayage digital, le cas échéant ainsi que la succion.

PROBLÈMES ENVIRONNEMENTAUX

ACCIDENT DE PLONGÉE

PROTOCOLE D'APPRÉCIATION DE LA
CONDITION CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE

IMMOBILISER LA COLONNE VERTÉBRALE, SI NÉCESSAIRE

RETIRER LA VICTIME DE L'EAU OU FAIRE
RETIRER PAR LES AUTORITÉS COMPÉTENTES

RETIRER L'ÉQUIPEMENT RESPIRATOIRE,
TOURNER LE PATIENT SUR LE DOS,
RETIRER OU DÉTACHER LES VÊTEMENTS
CONTRAIGNANTS

ASSISTANCE RESPIRATOIRE / VENTILATOIRE LORSQUE REQUISE

PRENDRE UNE SATUROMÉTRIE PUIS
ADMINISTRER DE L'OXYGÈNE
AVEC MASQUE À HAUTE CONCENTRATION

MONITORAGE CARDIAQUE PAR MDSA

PRÉSENCE
DE CRITÈRE
D'INSTABILITÉ OU
D'INSTABILITÉ
POTENTIELLE

OUI

TRANSPORT URGENT AU
CENTRE DÉSIGNÉ PAR LE SPU

NON

TRANSPORT IMMÉDIAT AU
CENTRE DÉSIGNÉ PAR LE SPU

L'opérateur de caisson a priorité au niveau des directives et de la prise en charge du patient jusqu'au transfert de responsabilité au centre receveur.

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Protection cervicale, si nécessaire.**
3. **Retirer le patient ou faire retirer le patient de l'eau par les autorités compétentes.**
4. **Retirer l'équipement respiratoire et tourner le patient sur le dos.**
5. **Retirer ou détacher les vêtements contraignants.**
6. **Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.**
7. **Prendre une saturométrie et administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.**
8. **Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.**
9. **Transport IMMEDIAT au centre désigné par le SPU si aucun critère d'instabilité.**
10. **Transport URGENT si présence de critère d'instabilité ou d'instabilité potentielle au centre désigné par les SPU.**
11. **Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.**

Renseignements requis :

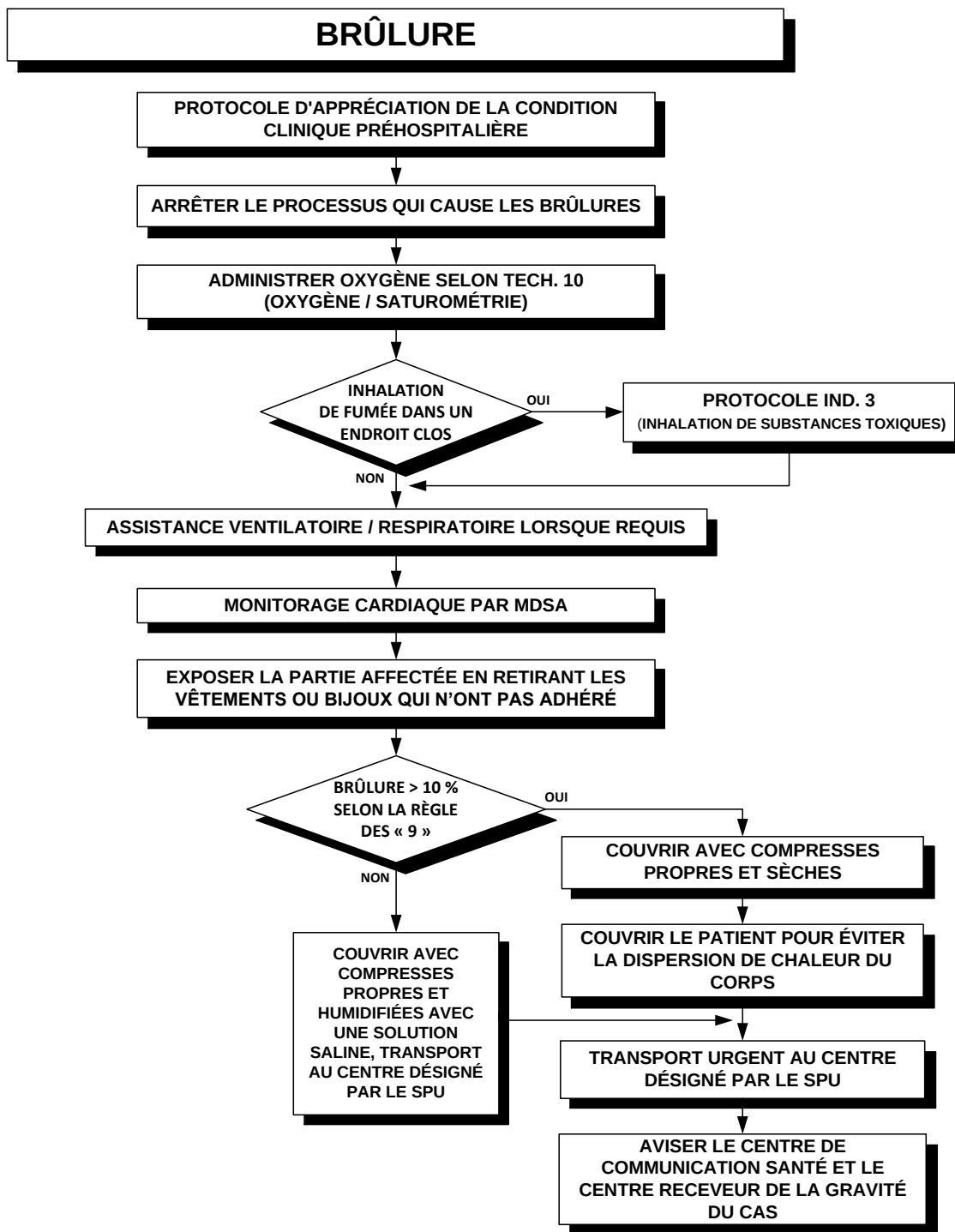
- ☐ Profondeur de la plongée.
- ☐ Durée de la plongée.
- ☐ Nombre de plongées.
- ☐ Temps écoulé depuis la plongée.
- ☐ Informations sur la remontée.
- ☐ Mélange de gaz utilisé.
- ☐ Transport aérien dans les 24-48 heures après la plongée.

Remarques :

Les signes et symptômes peuvent apparaître plusieurs heures après la plongée. S'il y a diminution des symptômes, le patient doit quand même être transporté à l'hôpital.

Si un traumatisme est soupçonné, appliquer les techniques de traumatologie, soit l'immobilisation cervicale, etc.

Si possible, demander à un compagnon de plongée d'accompagner le patient afin qu'il puisse fournir des renseignements supplémentaires à l'équipe d'urgence, au besoin.



Critère d'inclusion :

Brûlure thermique, électrique ou chimique.

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Arrêter le processus qui cause les brûlures.
3. Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène / Saturométrie).
4. Si inhalation de fumée dans un endroit clos, se référer à IND. 3 – Inhalation de substances toxiques.
5. Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis (ne pas utiliser le masque de poche si brûlure chimique).
6. Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.
7. Exposer la partie affectée en retirant les vêtements ou bijoux qui n'ont pas adhéré.
8. Couvrir les brûlures avec des compresses stériles et sèches (les compresses humidifiées avec une solution saline peuvent être appliquées si la brûlure est inférieure à 10 % de la superficie du corps en utilisant la règle des « 9 », voir page suivante).
9. Si brûlure importante, (> 10 %) couvrir le patient pour éviter la dispersion de la chaleur du corps, transport URGENT au centre désigné par le SPU.
10. Transport IMMEDIAT (dans un environnement chaud) au centre désigné par le SPU si aucun critère d'instabilité.
11. Aviser le Centre de communication santé de la gravité du cas et aviser le centre désigné par le SPU.
12. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.

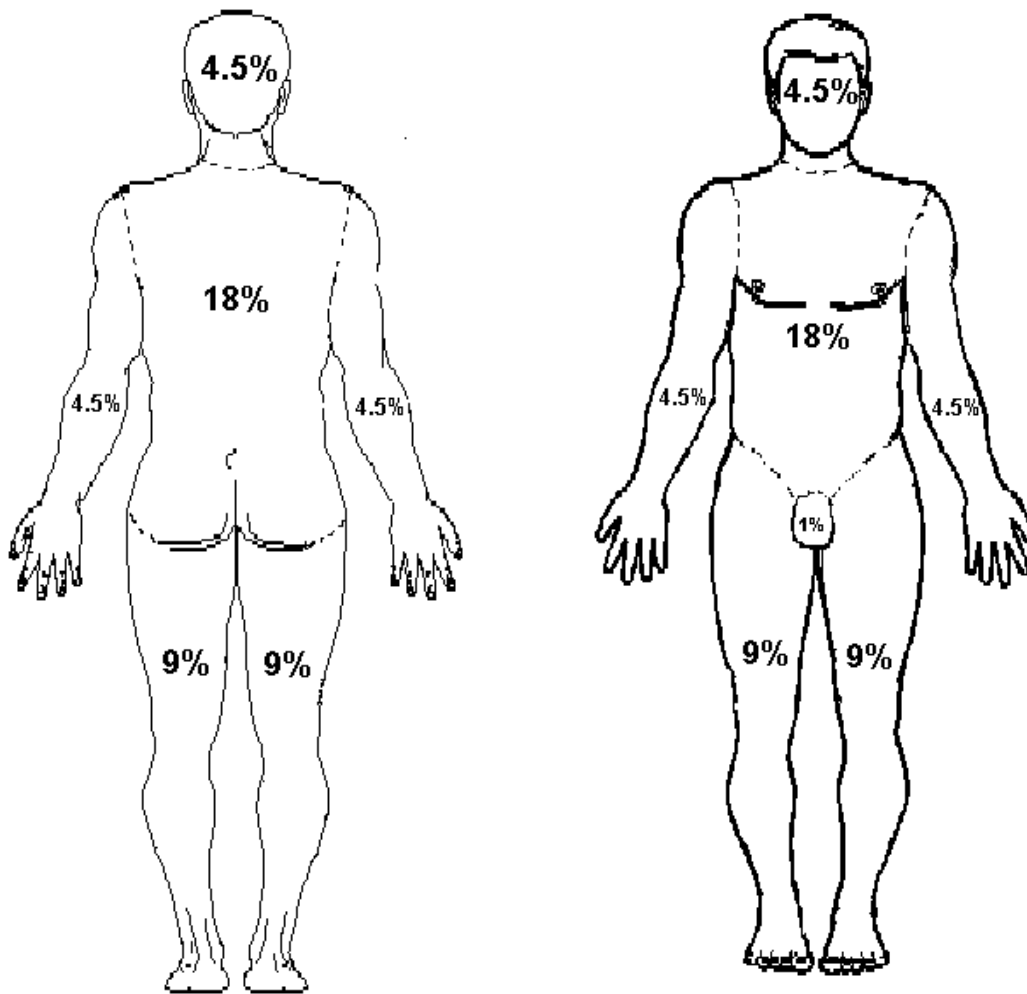
Renseignements requis :

- ☐ Mécanismes de brûlure.
- ☐ Présence de fumée importante.
- ☐ Si brûlure chimique, identification de la matière brûlée pour évaluation du risque d'inhalation toxique.
- ☐ Possibilité de trauma associé.
- ☐ Durée d'exposition.

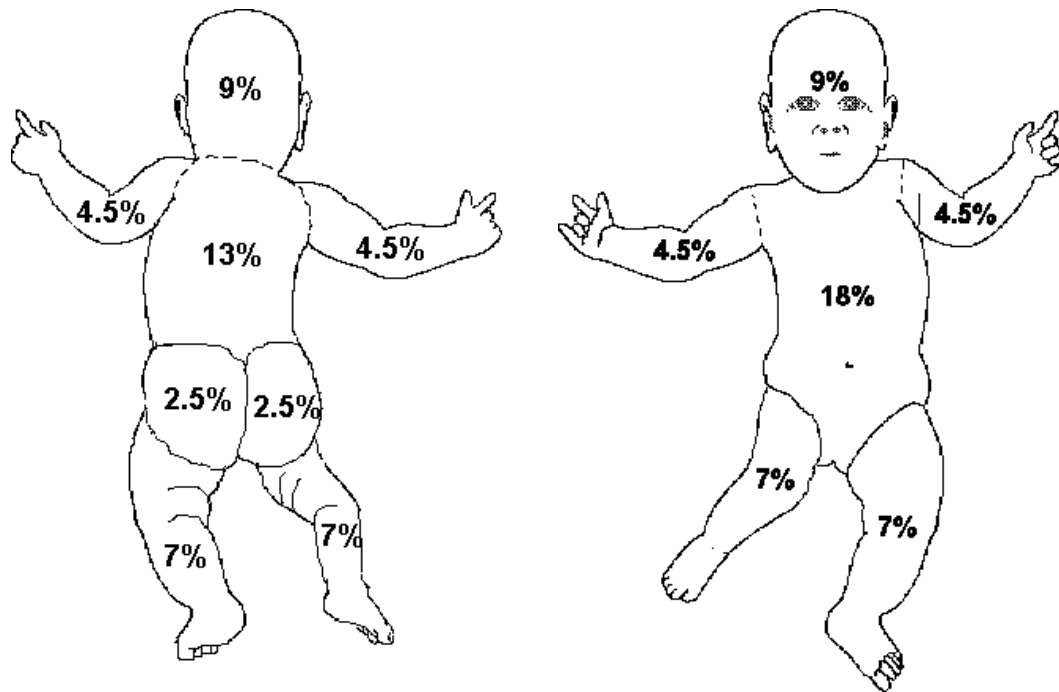
Remarque :

Les signes de brûlure du système respiratoire incluent des brûlures nasales et oro-pharyngées, des bruits anormaux de la respiration, une coloration noire de la langue ou de la base des narines et des expectorations noirâtres. Ces signes sont des indices d'éventuelles complications respiratoires. Ne jamais percer les cloques. Les brûlures de grandes superficies et du visage avec difficulté respiratoire doivent être considérées comme des brûlures nécessitant des soins spécialisés et nécessitent un transport **URGENT**.

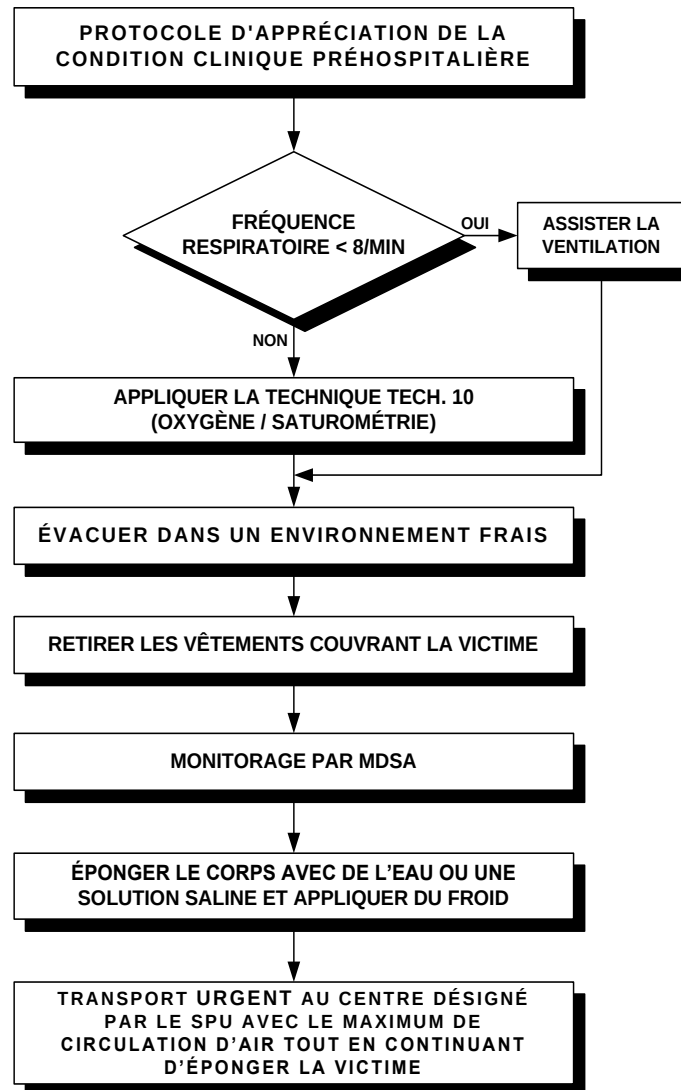
Règle des « 9 » - Adulte



Règle des « 9 » - Pédiatrique (5 ans et moins)



COUP DE CHALEUR

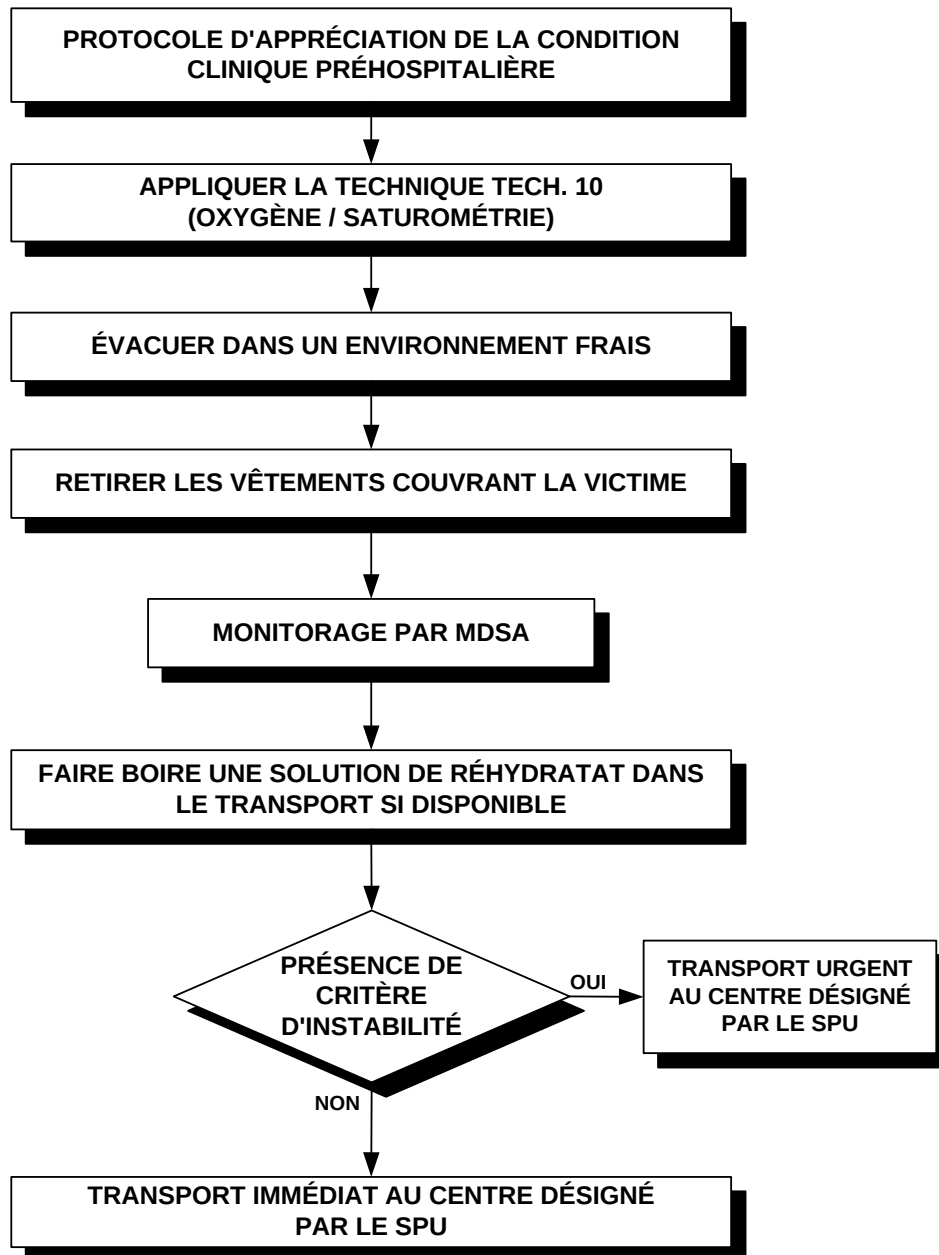


Critère d'inclusion :

Patient exposé à un environnement chaud, avec ou sans exercice, **avec** changement de l'état de conscience ou état confusionnel/combatif.

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.**
3. **Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie).**
4. **Évacuer le patient dans un environnement frais.**
5. **Retirer les vêtements couvrant le patient.**
6. **Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.**
7. **Rafrâchir le patient en épongeant tout le corps avec de l'eau ou une solution saline et/ou en appliquant du froid au niveau axillaire et/ou inguinal, si disponible, pendant le transport.**
8. **Transport dans l'ambulance avec le maximum de circulation d'air tout en continuant d'éponger le patient.**
9. **Transport URGENT au centre désigné par le SPU.**
10. **Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.**

CRAMPES / ÉPUISEMENT PAR LA CHALEUR



Critère d'inclusion :

Patient exposé à un environnement chaud, avec ou sans exercice, qui présente une faiblesse généralisée avec ou sans crampes musculaires, **sans** changement de l'état de conscience ou état confusionnel/combatif.

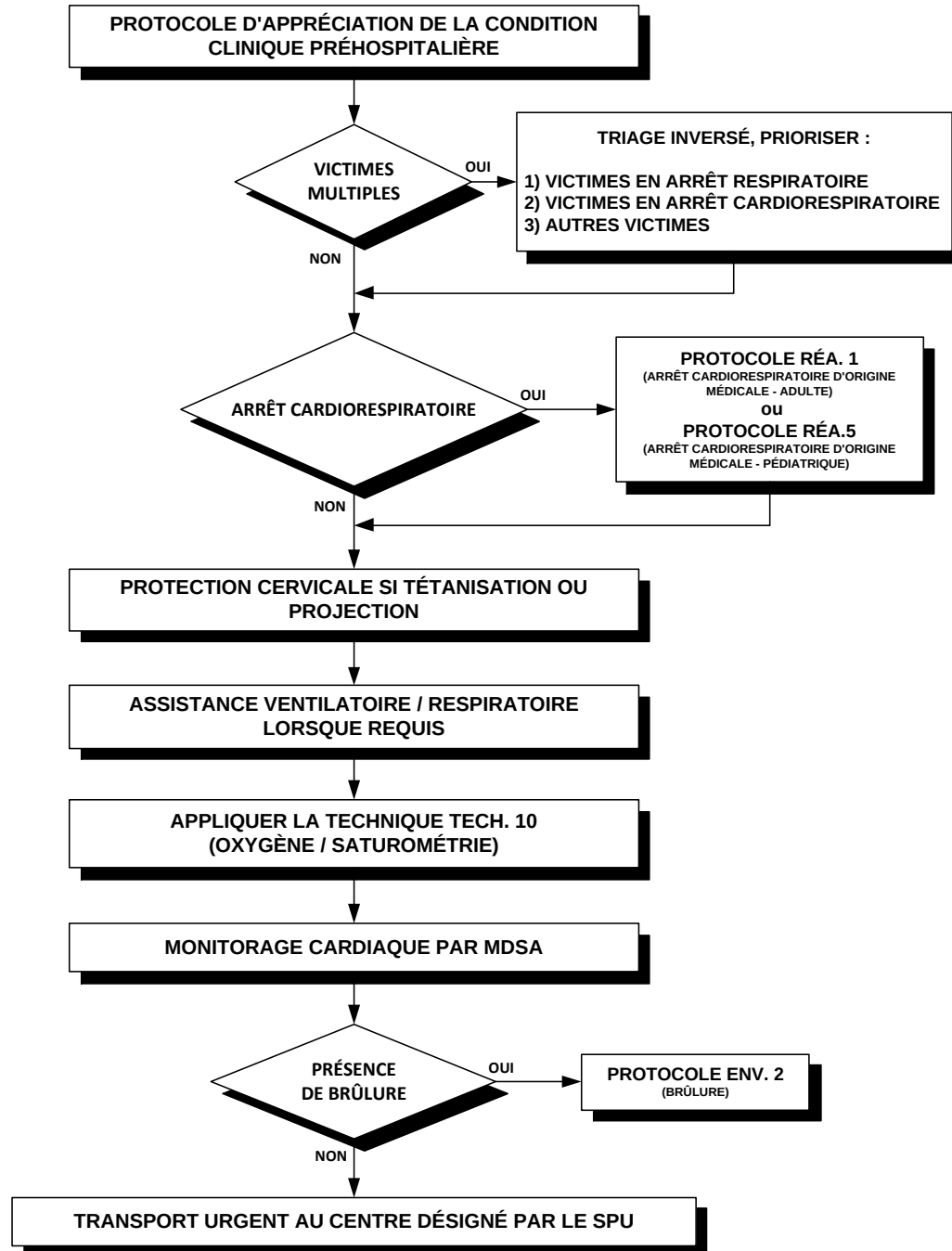
1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie).**
3. **Évacuer le patient dans un environnement frais.**
4. **Retirer les vêtements couvrant le patient.**
5. **Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.**
6. **Faire boire une solution de réhydratation dans le transport, si disponible.**
7. **Transport IMMÉDIAT au centre désigné par le SPU si aucun critère d'instabilité.**
8. **Transport URGENT si présence de critère d'instabilité ou d'instabilité potentielle au centre désigné par les SPU.**
9. **Surveillance continue et réappréciation sériée des signes vitaux.**

Remarque :

Le terme solution de réhydratation fait référence aux boissons sportives. En absence de celle-ci, faire boire du jus de fruits, boissons gazeuses ou eau.

Si non traité, l'épuisement par la chaleur peut progresser vers le coup de chaleur.

ÉLECTRISATION / ÉLECTROCUTION



Critères d'inclusion :

Brûlure par arc électrique ou toute personne atteinte par une décharge électrique.

L'environnement du patient électrisé pose un risque pour les intervenants. Le technicien ambulancier paramédic doit toujours assurer sa protection avant d'intervenir. **Le circuit électrique doit être interrompu par du personnel qualifié.** Le technicien ambulancier paramédic doit se tenir à distance de la source électrique durant l'intervention.

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **S'il s'agit d'un incident d'électrisation avec patients multiples, le principe de triage inversé doit être appliqué : intervenir auprès des patients qui sont en arrêt respiratoire dans un premier temps, ceux en arrêt cardiorespiratoire ensuite et en dernier lieu auprès des autres patients.**
3. **Si arrêt cardiaque, se référer au protocole RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale - Adulte) ou RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale - Pédiatrique).**
4. **Protection cervicale si histoire de tétanisation ou de projection.**
5. **Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.**
6. **Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie).**
7. **Monitoring cardiaque d'emblée, même si patient traumatisé.**
8. **Si présence de brûlures, se référer au protocole ENV. 2 (Brûlures).**
9. **Transport URGENT au centre désigné par le SPU.**
10. **Surveillance continue et réappréciation sériée des signes vitaux.**

L'électricité peut causer des blessures internes graves sans signe externe, elle peut aussi causer des arythmies cardiaques ou mener à un arrêt cardiorespiratoire. Toute personne ayant été atteinte par une décharge électrique devrait obligatoirement être transportée dans un centre désigné pour surveillance.

Renseignements requis :

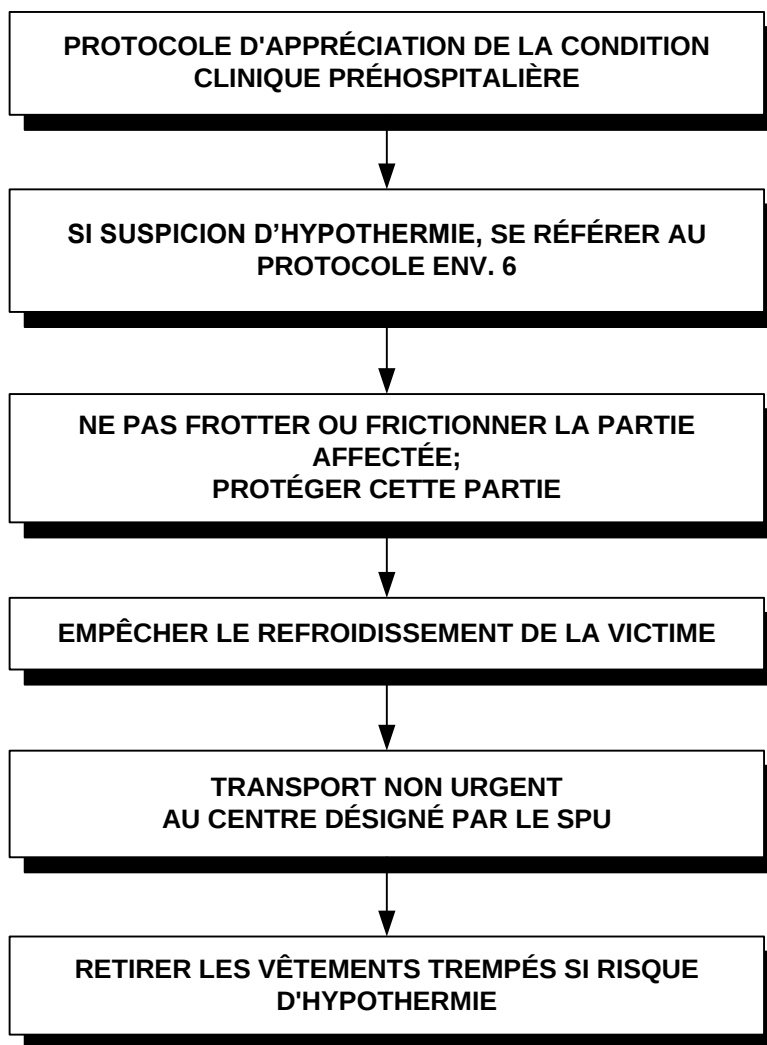
- ☐ Obtenir une histoire des circonstances d'électrisation, histoire de syncope, intensité et nature du courant (voltage, ampérage).
- ☐ Surveiller les signes de traumatisme. L'électrisation peut provoquer une tétanisation : une contraction violente des muscles pouvant projeter le patient.

Remarques :

La sévérité des blessures dépend de la durée d'exposition et de la quantité d'énergie.

Il est important de porter une attention particulière à toute anomalie ou changement du rythme cardiaque. Lors du constat d'une telle situation, documenter l'arythmie en imprimant une bande de rythme qui devra être remise au centre hospitalier.

ENGELURE



Critère d'inclusion :

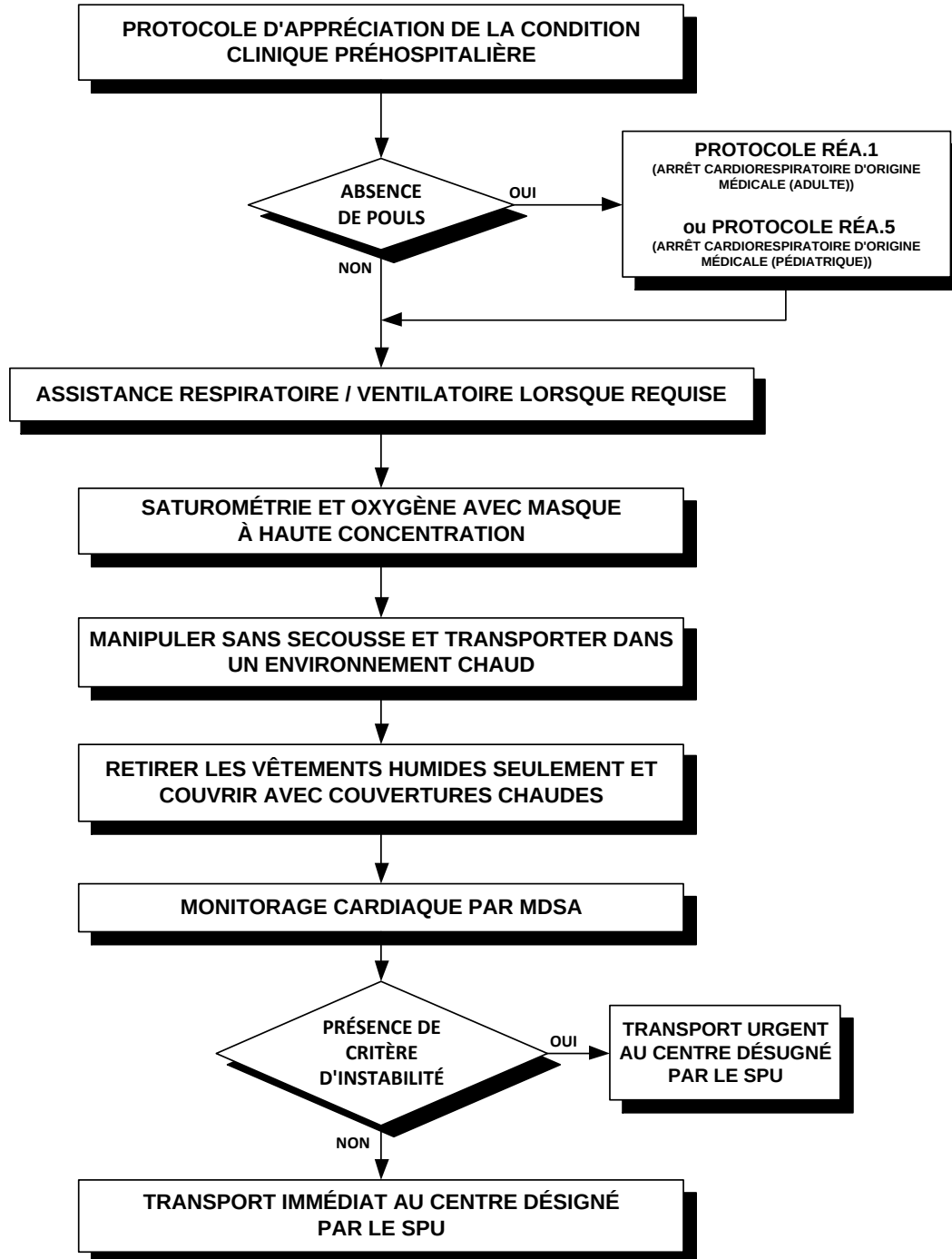
Partie froide au toucher ou changement de couleur de la partie affectée avec histoire d'exposition au froid.

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Si suspicion d'hypothermie, se référer au protocole ENV. 6 (Hypothermie).**
3. **Si risque d'hypothermie, retirer les vêtements trempés.**
4. **Ne pas frotter ni frictionner la partie affectée. Tenter de la protéger.**
5. **Empêcher le refroidissement du patient.**
6. **Transport NON URGENT au centre désigné par le SPU.**
7. **Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.**

Remarque :

L'engelure est par définition une lésion due au froid, elle est donc généralement localisée à l'endroit qui a été exposé à un environnement froid ou à une source de froid. Il faut distinguer l'engelure de l'hypothermie, puisqu'elle peut survenir sans hypothermie et n'affecter qu'une partie du corps.

HYPOTHERMIE



Critère d'inclusion :

Ce protocole doit être appliqué seulement dans les situations où le patient est trouvé dans un environnement froid et que son corps est froid. (voir Remarques)

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière. Si ACR, se référer au protocole RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire médical – Adulte) ou RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire médical – Pédiatrique).**
2. **Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.**
3. **Prendre une saturométrie et administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.**
4. **Manipuler sans secousse et retirer de l'environnement froid.**
5. **Retirer les vêtements humides seulement et couvrir avec des couvertures (en laine et/ou métallisées) en priorisant les régions du thorax, de l'abdomen et de la tête.**
6. **Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.**
7. **Transport IMMEDIAT au centre désigné par le SPU si aucun critère d'instabilité. Augmenter la température du véhicule.**
8. **Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.**

Renseignements requis :

- ☐ Prise d'alcool ou médicament.
- ☐ Durée de l'exposition au froid.

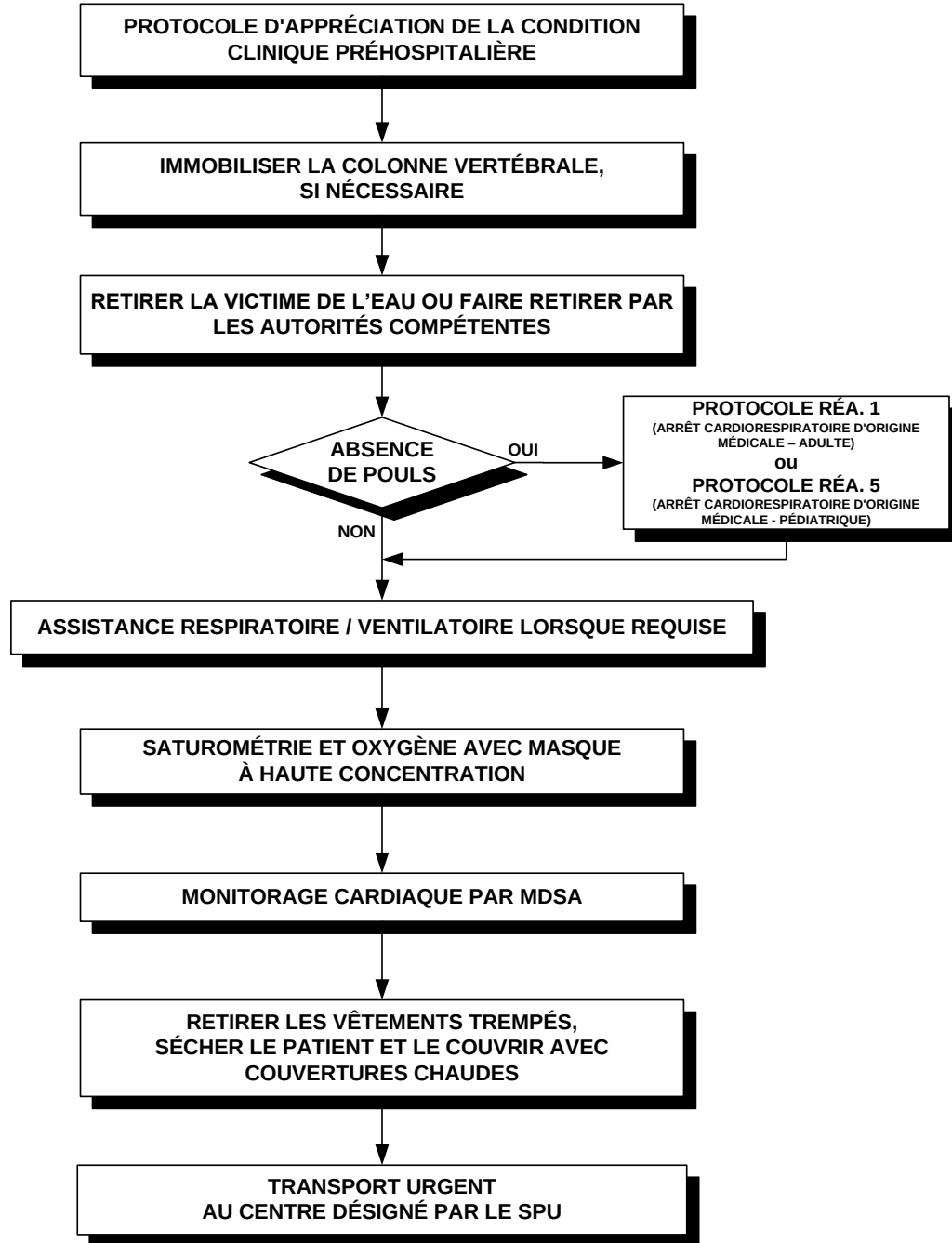
Remarques :

Tout patient exposé à un environnement froid ou présentant des signes de refroidissement devrait être considéré hypothermique, particulièrement s'il s'agit d'un jeune enfant ou d'une personne âgée. Une atteinte du niveau de conscience peut être le seul signe laissant présager une hypothermie. Considérer le risque d'engelure.

Le patient doit être transporté avec le minimum de secousses à cause du risque d'apparition d'arythmie cardiaque sévère. Garder, si possible, le patient en position horizontale afin de diminuer le risque d'arythmie.

Noter bien que lors d'une situation d'hypothermie, les extrémités du patient peuvent être en vasoconstriction, ce qui souvent, ne permet pas une lecture de saturométrie.

SUBMERSION



1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Protection cervicale, si nécessaire.
3. Retirer le patient ou faire retirer le patient de l'eau par les autorités compétentes.
4. Si ACR, se référer au protocole RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Adulte) ou RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale - Pédiatrique).
5. Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.
6. Prendre une saturométrie et administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.
7. Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.
8. Retirer les vêtements trempés, sécher le patient et le couvrir pour éviter la déperdition de chaleur corporelle.
9. Transport URGENT au centre désigné par le SPU.
10. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.

**Ce protocole ne doit être appliqué que s'il ne présente aucun risque pour la sécurité du technicien ambulancier paramédic.
Si possibilité de traumatisme, placer le patient sur une planche dorsale avec protection cervicale avant de le retirer de l'eau
(cette technique facilitera aussi la sortie du patient).**

Si le patient est en ACR, le TAP devra juger quelle est la façon la plus appropriée de sortir le patient.

Renseignements requis :

- ☐ Durée de submersion.
- ☐ Circonstances de l'événement.

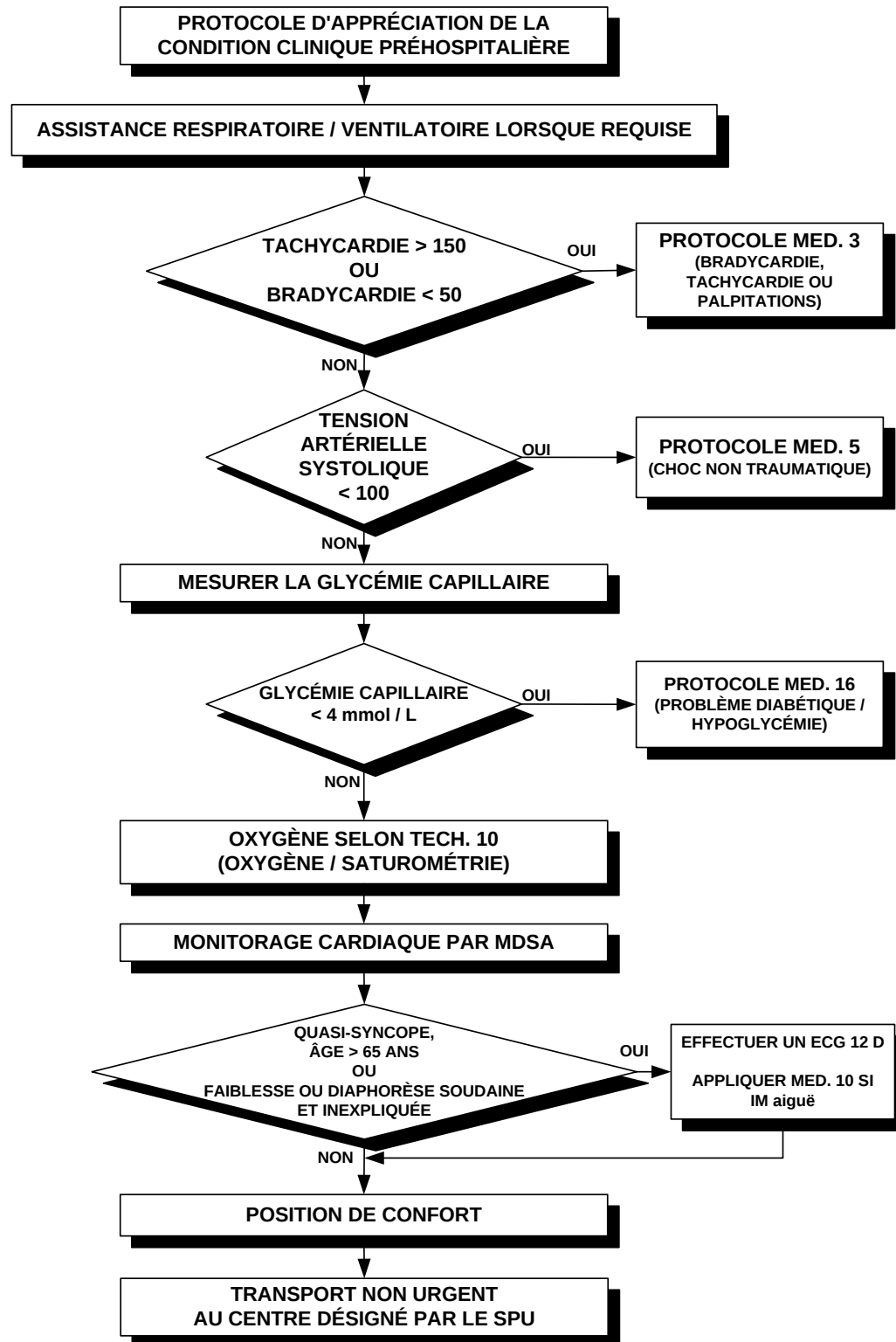
Remarques :

Certaines situations de submersion peuvent s'accompagner d'hypothermie. Dans ces circonstances, se référer au protocole ENV. 6 (Hypothermie).

Noter bien que lors d'une situation d'hypothermie, les extrémités du patient peuvent être en vasoconstriction, ce qui souvent, ne permet pas une lecture de saturométrie.

PROBLÈMES MÉDICAUX

Ø PLAINTES SPÉCIFIQUES : FAIBLESSE



Critères d'inclusion :

Le patient doit présenter au moins un des signes et symptômes suivants :

- Épisode ou sensation de faiblesse généralisée sans perte de conscience;
- Épisode de faiblesse avec pâleur;
- Épisode de faiblesse avec diaphorèse;
- Quasi-syncope, étourdissement ou malaise généralisé.

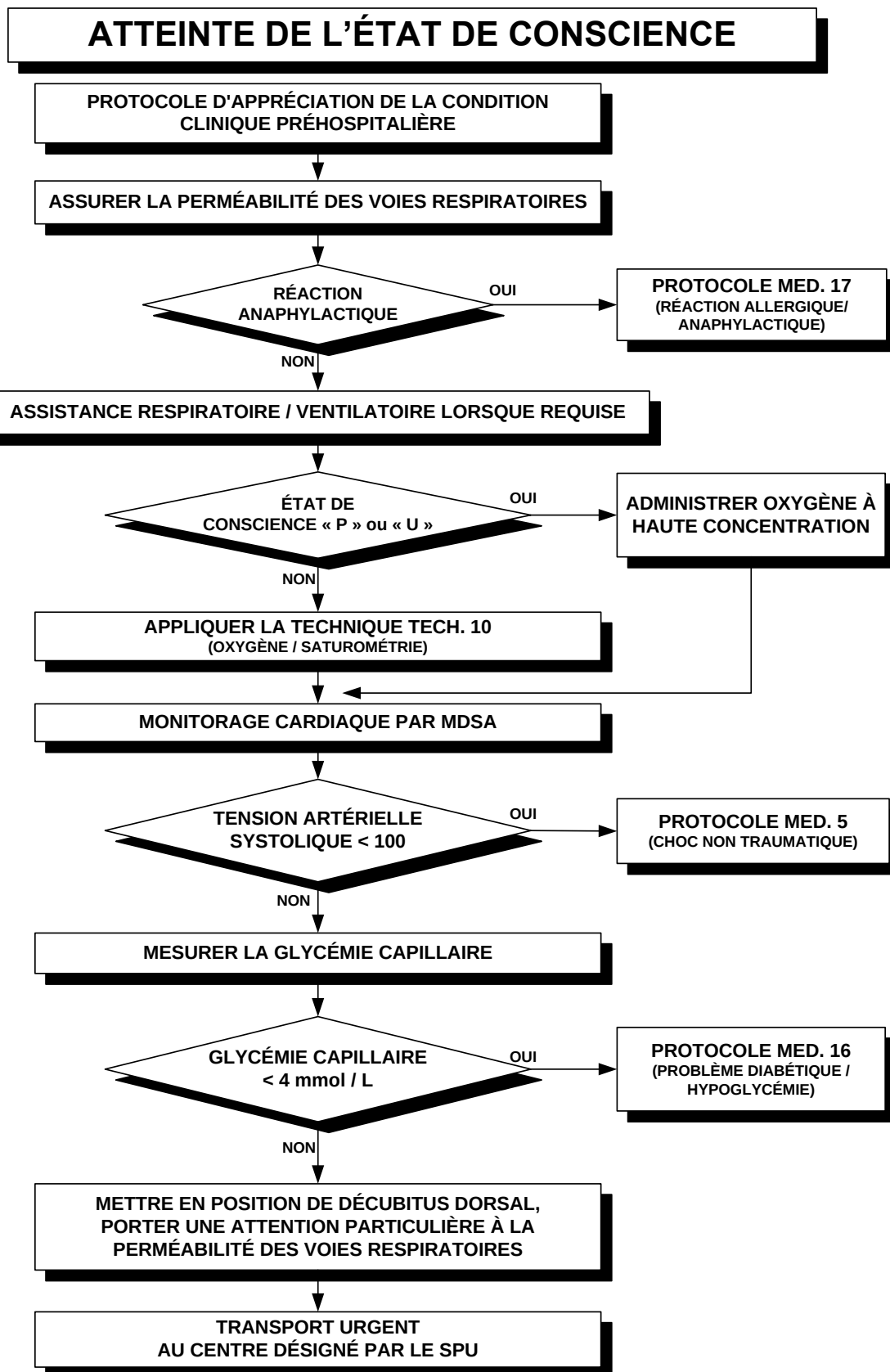
Critères d'exclusion :

Le patient ne doit présenter aucun signe ou symptôme pouvant orienter le technicien ambulancier paramédic vers l'application d'un autre protocole plus spécifique.

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.**
3. **Si présence d'une tachycardie > 150 par minute ou d'une bradycardie < 50 par minute, se référer au protocole MED. 3 (Bradycardie, tachycardie ou palpitations).**
4. **Si tension artérielle systolique < 100, se référer au protocole MED. 5 (Choc non-traumatique) et transport URGENT au centre désigné par le SPU.**
5. **Considérer le risque d'hypoglycémie et faire une glucométrie capillaire; se référer au protocole MED. 16 (Problèmes diabétiques – Hypoglycémie) au besoin.**
6. **Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie).**
7. **Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.**
8. **Effectuer un ECG 12 dérivations, chez le patient de 18 ans ou plus ayant présenté un épisode de quasi-syncope ou chez le patient de 65 ans et plus, si faiblesse ou diaphorèse soudaine inexpliquée.**
9. **Position de confort.**
10. **Transport NON URGENT au centre désigné par le SPU.**
11. **Surveillance continue et réappréciation sériée des signes vitaux.**

Remarque :

L'ECG 12 dérivations ne doit pas être effectué si l'état de conscience est à « P » ou « U » sur l'échelle d'AVPU, si le patient est en détresse/insuffisance respiratoire ou si l'origine de la plainte est traumatique, afin de ne pas retarder le transport.



Critère d'inclusion :

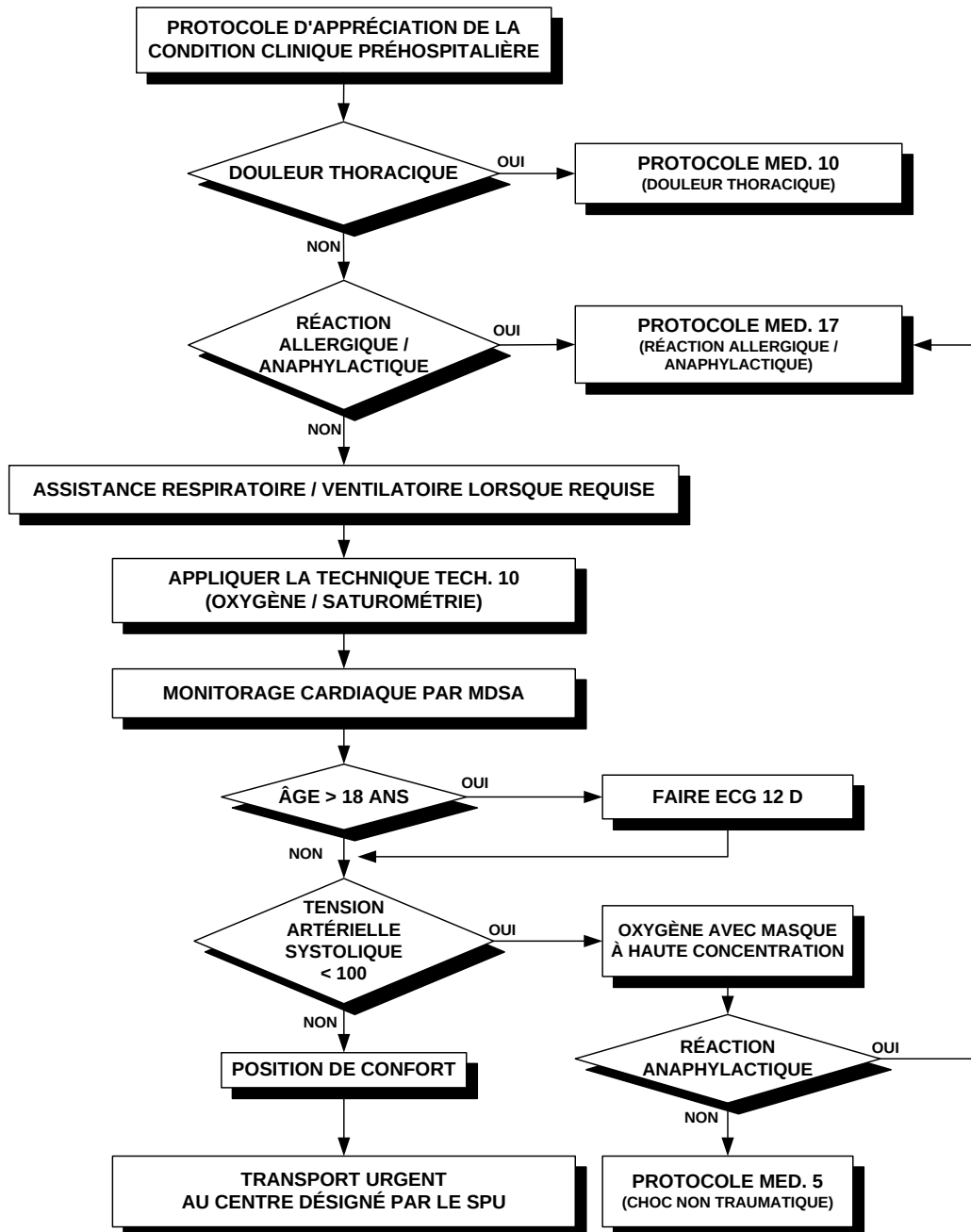
Patient avec niveau de conscience « V », « P » ou « U ».

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Assurer la perméabilité des voies respiratoires.**
3. **Évaluer la possibilité d'une réaction anaphylactique si agent causal suspecté ou confirmé, se référer au protocole MED. 17 (Réaction allergique/Anaphylactique).**
4. **Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.**
5. **Prendre une saturométrie et administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration lorsque le patient présente un état de conscience à « P » ou « U ».**
6. **Lorsque le patient présente un état de conscience à « V », administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie).**
7. **Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.**
8. **Si tension artérielle < 100, se référer au protocole MED. 5 (Choc non-traumatique) et transport URGENT au centre désigné par le SPU.**
9. **Considérer le risque d'hypoglycémie et faire une glucométrie capillaire; se référer au protocole MED. 16 (Problèmes diabétiques – hypoglycémie) au besoin.**
10. **Placer le patient en décubitus dorsal et porter une attention particulière à la perméabilité des voies respiratoires.**
11. **Transport URGENT au centre désigné par le SPU.**
12. **Surveillance continue et réappréciation sériée des signes vitaux.**

Renseignements requis :

- ☐ Circonstances de l'événement.
- ☐ Antécédents médicaux.

BRADYCARDIE, TACHYCARDIE OU PALPITATIONS



Critères d'inclusion :

Fréquence cardiaque de moins de 50/min

ou

Fréquence cardiaque de plus de 150/min

ou

Toute bradycardie ou tachycardie symptomatique

ou

Sensation de palpitation.

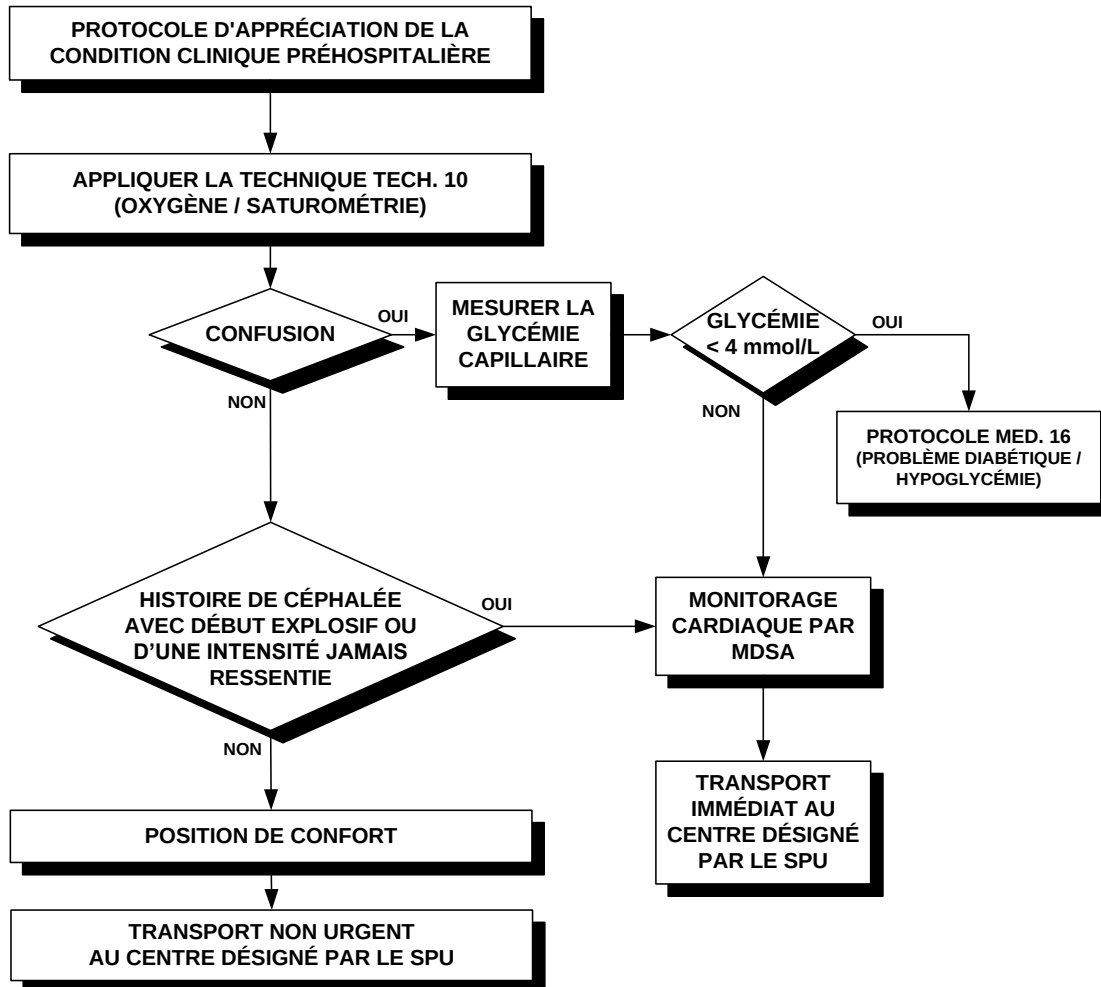
1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Si douleur thoracique, se référer au protocole MED. 10 (Douleur thoracique).**
3. **Si réaction allergique, se référer au protocole MED. 17 (Réaction allergique/anaphylactique).**
4. **Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.**
5. **Administrarer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie).**
6. **Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.**
7. **Chez le patient de 18 ans ou plus, effectuer un ECG 12 dérivation.**
8. **Si tension artérielle systolique < 100 :**
 - a) Administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus;
 - b) Évaluer la possibilité de réaction anaphylactique, se référer au protocole MED. 17 (Réaction allergique/anaphylactique);
 - c) Se référer au protocole MED. 5 (Choc non-traumatique).
9. **Position de confort.**
10. **Transport URGENT au centre désigné par le SPU. Pour le patient dont la seule plainte était palpitations, que celles-ci sont disparues et que la fréquence du pouls se situe dans les limites de la normale, transport NON URGENT.**
11. **Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.**

Remarques :

Les critères d'inclusion qui réfèrent aux fréquences cardiaques indiquées ci-dessus ne correspondent pas à la notion/définition médicale de bradycardie (< 60/min) et tachycardie (> 100/min).

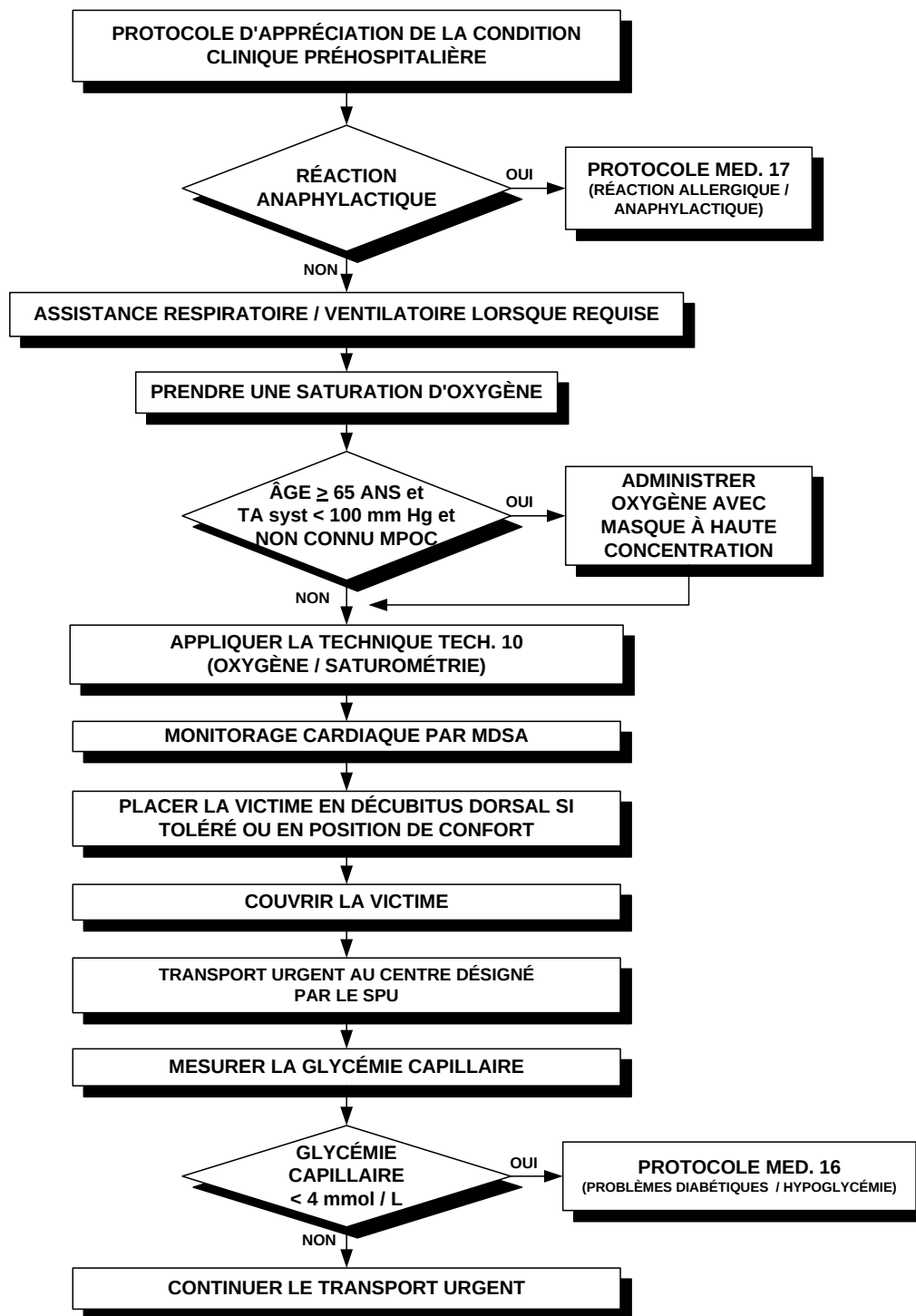
L'ECG 12 dérivation ne doit pas être effectué si l'état de conscience est à « P » ou « U » sur l'échelle d'AVPU, si le patient est en détresse/insuffisance respiratoire ou si l'origine de la plainte est traumatique, afin de ne pas retarder le transport.

CÉPHALÉE



1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie).
3. Si patient confus ou si histoire de céphalée avec début explosif ou d'une intensité jamais ressentie :
 - a) Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique;
 - Si confus, considérer le risque d'hypoglycémie et faire une glucométrie capillaire; se référer au protocole MED. 16 (Problèmes diabétiques - hypoglycémie) au besoin.
 - Transport **IMMÉDIAT** au centre désigné par le SPU si aucun critère d'instabilité.
4. Position de confort.
5. Transport **NON URGENT** au centre désigné par le SPU.
6. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.

CHOC NON TRAUMATIQUE



Critères d'inclusion :

Patient < 65 ans :

Tension artérielle systolique < 100 mm Hg associée à un des signes ou symptômes suivants :

- a) Agitation ou confusion;
- b) RR > 24/min;
- c) Pouls > 100/min;
- d) Diaphorèse;
- e) Pâleur;
- f) Extrémités froides;
- g) Étourdissements.

Patient ≥ 65 ans :

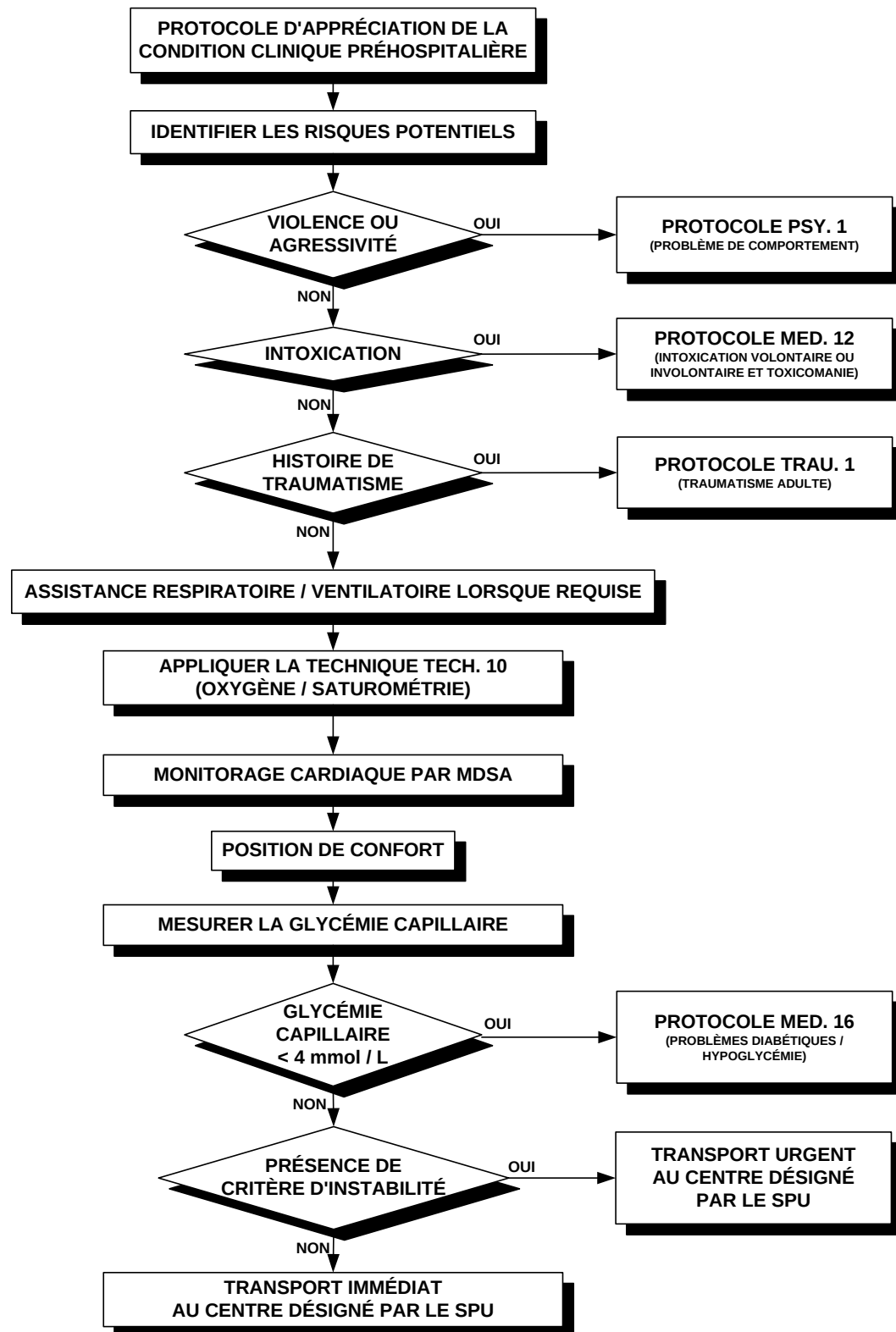
Tension artérielle systolique < 100 mmHg sans autre signe accompagnateur.

Critère d'exclusion :

Histoire de traumatisme évident.

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Évaluer la possibilité d'une réaction anaphylactique si agent causal suspecté ou confirmé, se référer au protocole MED. 17 (Réaction allergique/anaphylactique).
3. Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.
4. Prendre une saturométrie, lorsque possible, et administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.
5. Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.
6. Position de décubitus dorsal si toléré ou de confort.
7. Couvrir le patient afin de prévenir toute déperdition de la chaleur corporelle.
8. Transport URGENT au centre désigné par le SPU.
9. Considérer le risque d'hypoglycémie et faire une glucométrie capillaire; se référer au protocole MED. 16 (Problèmes diabétiques - hypoglycémie) au besoin.
10. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.

CONFUSION AIGUË



Critère d'inclusion :

Changement récent dans le comportement usuel ou désorientation dans le temps, l'espace, ou difficulté à reconnaître les personnes, sans évidence d'intoxication.

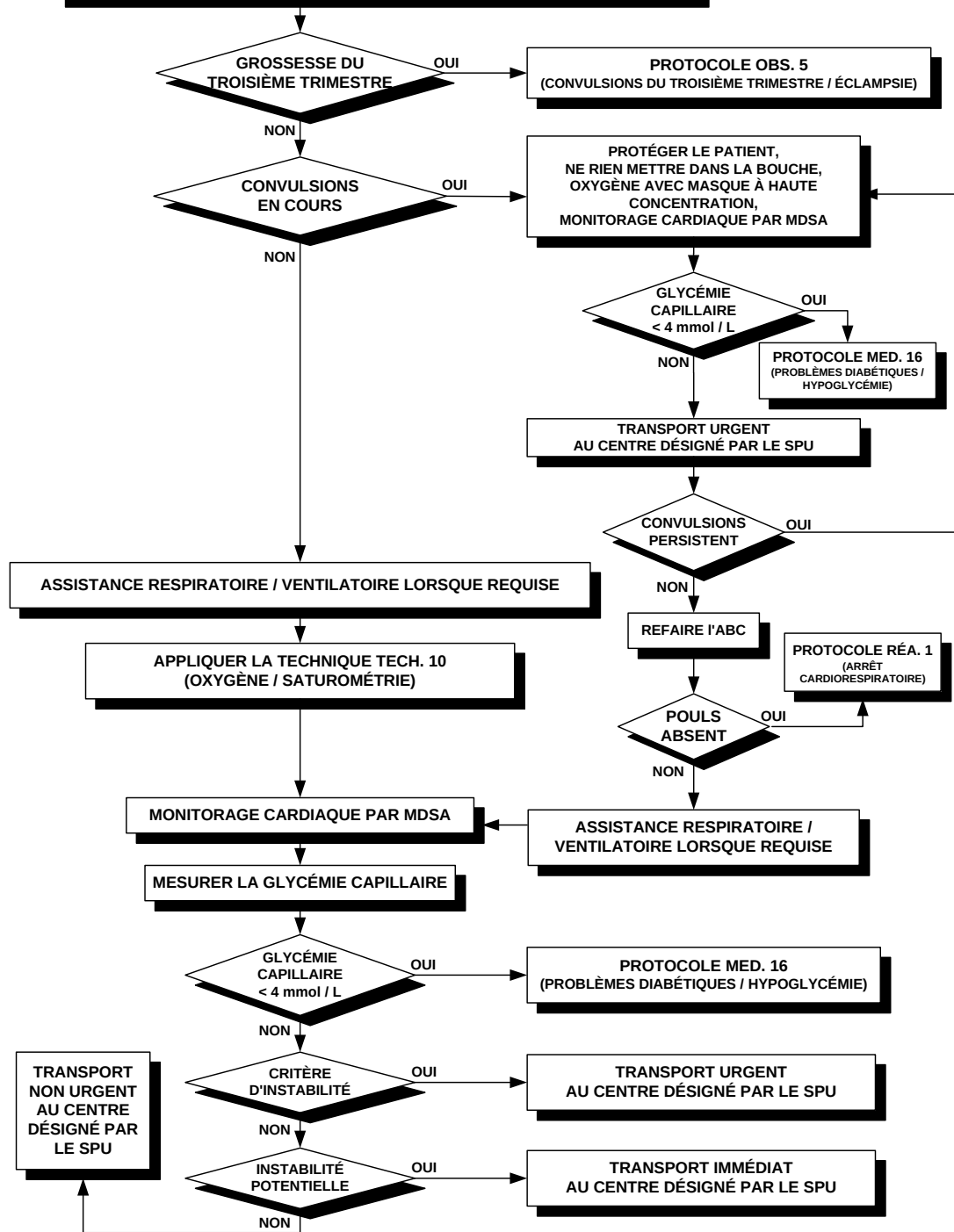
1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Identifier les risques potentiels.**
3. **Si violence ou agressivité, se référer au protocole PSY. 1 (Problème de comportement).**
4. **Si évidence d'intoxication, se référer au protocole MED. 12 (Intoxication volontaire ou involontaire et toxicomanie).**
5. **Si histoire de trauma, se référer au protocole TRAU. 1 (Traumatisme adulte).**
6. **Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.**
7. **Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie).**
8. **Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.**
9. **Position de confort.**
10. **Considérer le risque d'hypoglycémie et faire une glucométrie capillaire; se référer au protocole MED. 16 (Problèmes diabétiques - hypoglycémie) au besoin.**
11. **Transport IMMEDIAT au centre désigné par le SPU si absence de critère d'instabilité.**
12. **Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.**

Remarque :

La présence d'une confusion récente peut être le signe d'un état de choc, d'une hypoxie, d'une hypoglycémie, d'une intoxication, d'un traumatisme non reconnu, **d'un état post-ictal** ou d'une difficulté de communication suite à une aphasie/dysphasie secondaire à un AVC.

CONVULSIONS

PROTOCOLE D'APPRÉCIATION DE LA CONDITION CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE



Critère d'inclusion :

Altération de l'état de conscience associée à des mouvements toniques ou cloniques localisés ou généralisés.

- 1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
- 2. Si grossesse du 3^e trimestre, se référer à OBS. 5 (Convulsions du 3^e trimestre / Éclampsie).**
- 3. Si convulsions en cours :**
 - a) Protéger le patient pour éviter qu'il ne se blesse;
 - b) Ne rien mettre dans la bouche;
 - c) Administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus;
 - d) Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique;
 - e) Considérer le risque d'hypoglycémie et faire une glucométrie capillaire; se référer au protocole MED. 16 (Problèmes diabétiques - hypoglycémie) au besoin.
 - f) Transport **URGENT** au centre désigné par le SPU;
- 4. Dès que les convulsions cessent :**
 - a) Refaire l'ABC;
 - b) En absence de pouls, débiter le protocole RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire médical - Adulte);
 - c) Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis;
 - d) Poursuivre l'administration d'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus jusqu'à l'éveil, ensuite administrer oxygène selon TECH. 10;
 - e) Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique, s'il n'est pas déjà installé;
 - f) Considérer le risque d'hypoglycémie et faire une glucométrie capillaire; se référer au protocole MED. 16 (Problèmes diabétiques - hypoglycémie) au besoin.
- 5. Si les convulsions ont cessé à votre arrivée :**
 - a) Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.
 - b) Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie).
 - c) Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique;
 - d) Considérer le risque d'hypoglycémie et faire une glucométrie capillaire; se référer au protocole MED. 16 (Problèmes diabétiques - hypoglycémie) au besoin.
- 6. Transport URGENT au centre désigné par le SPU si le patient ne cesse de convulser ou présente des critères d'instabilité;**

Convulsions (suite)

7. Transport IMMEDIAT au centre désigné par le SPU si le patient présente des critères d'instabilité potentielle.
8. Transport NON URGENT si stable.
9. Surveillance continue et réappréciation sériée des signes vitaux.

**Toute convulsion brève ou associée à une douleur thoracique doit être considérée comme un arrêt cardiorespiratoire jusqu'à preuve du contraire.
Chez un patient diabétique, la convulsion peut être une manifestation d'une hypoglycémie.**

Remarque :

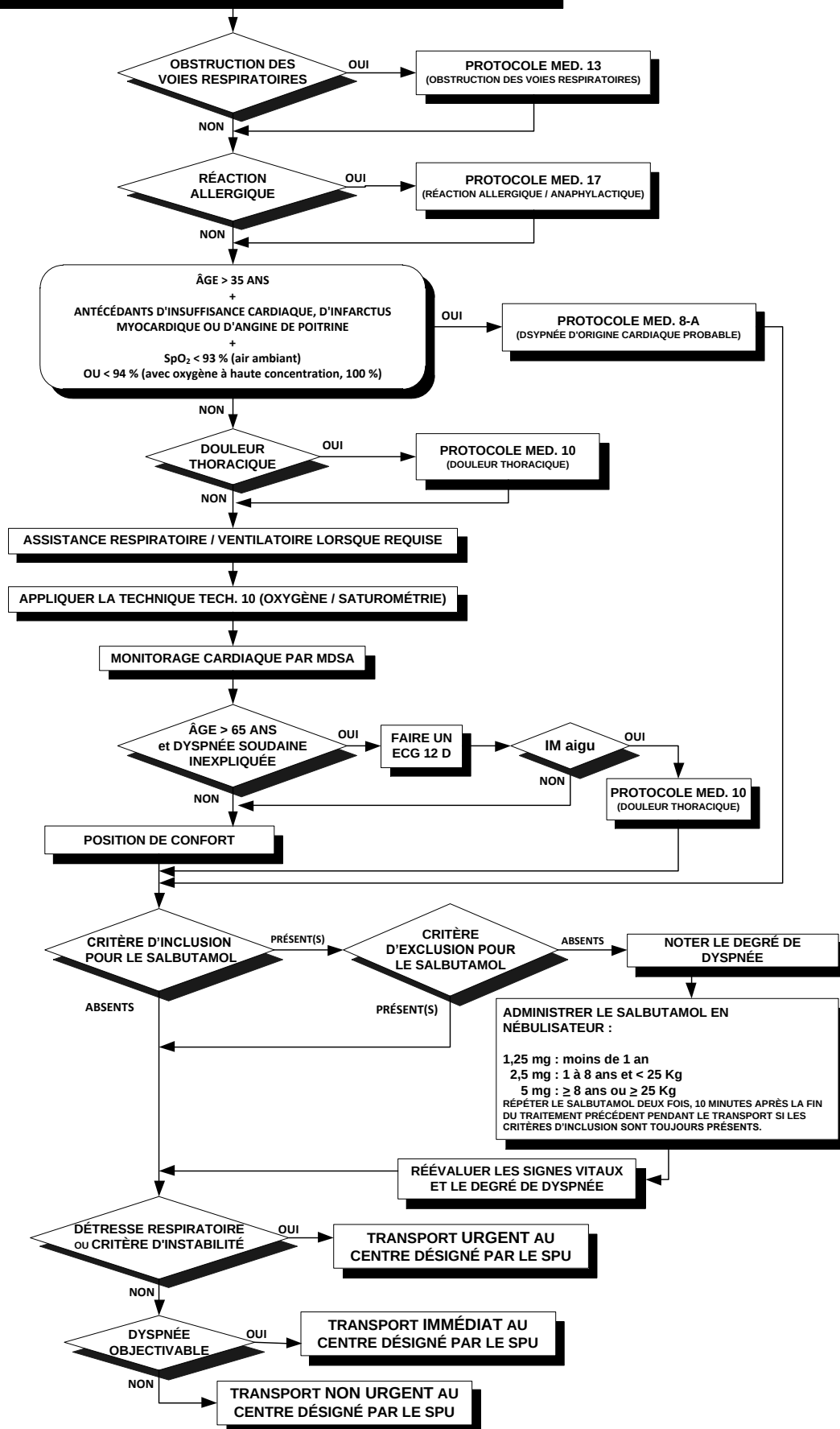
Même en présence d'une glucométrie initiale dans la normalité (≥ 4 mmol/L) chez le patient en convulsions, il est important de vérifier fréquemment la glycémie capillaire (q 10-15 minutes) chez le patient qui convulse sans arrêt ou à répétition, car ce dernier est à risque d'hypoglycémie secondaire à l'épisode de convulsions.

Renseignement requis :

Circonstances entourant la convulsion.

DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE

PROTOCOLE D'APPRÉCIATION DE LA CONDITION CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE



Critère d'inclusion :

Patient avec difficulté respiratoire avouée (dyspnée) ou apparente (tirage ou utilisation des muscles accessoires), ou avec une fréquence respiratoire < 10/min ou > 24/min, ou présentant des bruits respiratoires audibles. Chez les patients MPOC, avec dyspnée chronique, il doit s'agir d'une dyspnée augmentée.

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Si obstruction des voies respiratoires, se référer au protocole MED. 13 (Obstruction des voies respiratoires par corps étranger - patient de plus d'un an).
3. Évaluer la possibilité d'une réaction anaphylactique, si agent causal suspecté ou confirmé, se référer au protocole MED. 17 (Réaction allergique - anaphylactique).
4. Lorsque les interventions prescrites par les protocoles prioritaires MED. 13 (Obstruction des voies respiratoires par corps étranger - patient de plus d'un an) et MED. 17 (Réaction allergique/anaphylactique) sont en cours ou terminées, on peut revenir au protocole MED. 8 (Difficulté respiratoire) s'il y a encore difficulté respiratoire.
5. Si âge ≥ 35 ans ET antécédent d'insuffisance cardiaque, d'infarctus aigu du myocarde ou d'angine de poitrine (MCAS) ET $SpO_2 < 93\%$ à l'air ambiant ou $< 94\%$ avec oxygène à haute concentration (100 %) : appliquer le protocole MED. 8-A (Dyspnée d'origine cardiaque probable).
6. Si présence de douleur thoracique, se référer au protocole MED. 10 (Douleur thoracique) et appliquer simultanément les 2 protocoles en priorisant la technique d'ECG 12D et les actions en découlant.
7. Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.
8. Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie).
9. Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.
10. Effectuer un ECG 12 dérivations, chez le patient de 65 ans et plus si dyspnée soudaine inexplicée.
11. Position de confort.
12. Vérifier la présence des critères d'inclusion et des critères d'exclusion pour l'administration du salbutamol.
13. Évaluer l'échelle de dyspnée.
14. En présence de critères d'inclusion et absence de critères d'exclusion, administrer le salbutamol; réévaluer les signes vitaux et l'échelle de dyspnée lors de la fin du traitement.
15. Répéter **deux** fois le salbutamol 10 minutes après la fin du traitement **précédent** si les critères d'inclusion sont toujours présents, et ce, après avoir réévalué les signes vitaux et l'échelle de dyspnée; réévaluer les signes vitaux et l'échelle de dyspnée à nouveau, lors de la fin du traitement.
16. Transport **URGENT** au centre désigné par le SPU si détresse/insuffisance respiratoire ou présence de critères d'instabilité.

Difficulté respiratoire (suite)

17. Transport **IMMEDIAT** au centre désigné par le SPU si présence de dyspnée objectivable ou traitement de salbutamol en cours.

18. Transport **NON URGENT** au centre désigné par le SPU si absence de dyspnée objectivable.

19. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.

Remarques :

L'ECG 12 dérivations ne doit pas être effectué si l'état de conscience est à « P » ou « U » sur l'échelle d'AVPU, si le patient est en détresse/insuffisance respiratoire ou si l'origine de la plainte est traumatique, afin de ne pas retarder le transport.

L'ECG 12 dérivations doit être fait simultanément à l'administration du salbutamol lorsqu'indiqué.

Le syndrome d'hyperventilation lié à un trouble d'anxiété est un diagnostic d'exclusion, c'est-à-dire que tout autre diagnostic (dont une embolie pulmonaire, une intoxication à l'AAS, une septicémie, etc.) doit avoir été exclus, ce qui n'est pas possible en préhospitalier. La tachypnée est de façon générale un phénomène compensatoire qui doit amener le TAP à se questionner sur la pathologie sous-jacente pouvant la générer. Tout patient présentant une tachypnée doit recevoir l'ensemble de soins prévus au protocole présent.

Critère d'inclusion pour l'administration du salbutamol :

Dyspnée chez patient connu asthmatique ou MPOC (dyspnée augmentée si chronique);

OU

Dyspnée avec au moins 1 des 4 signes suivants :

- Saturation initiale de < 92 % à l'air ambiant;
- Cyanose;
- Tirage;
- Sibilances ou wheezing.

Critères d'exclusion pour l'administration du salbutamol :

Étouffement (obstruction des voies respiratoires supérieures);

Traumatisme (en lien avec la dyspnée);

Allergie au salbutamol.

Dosage de salbutamol selon l'âge : 8 ans et plus ou 25 kg et plus : 5 mg.

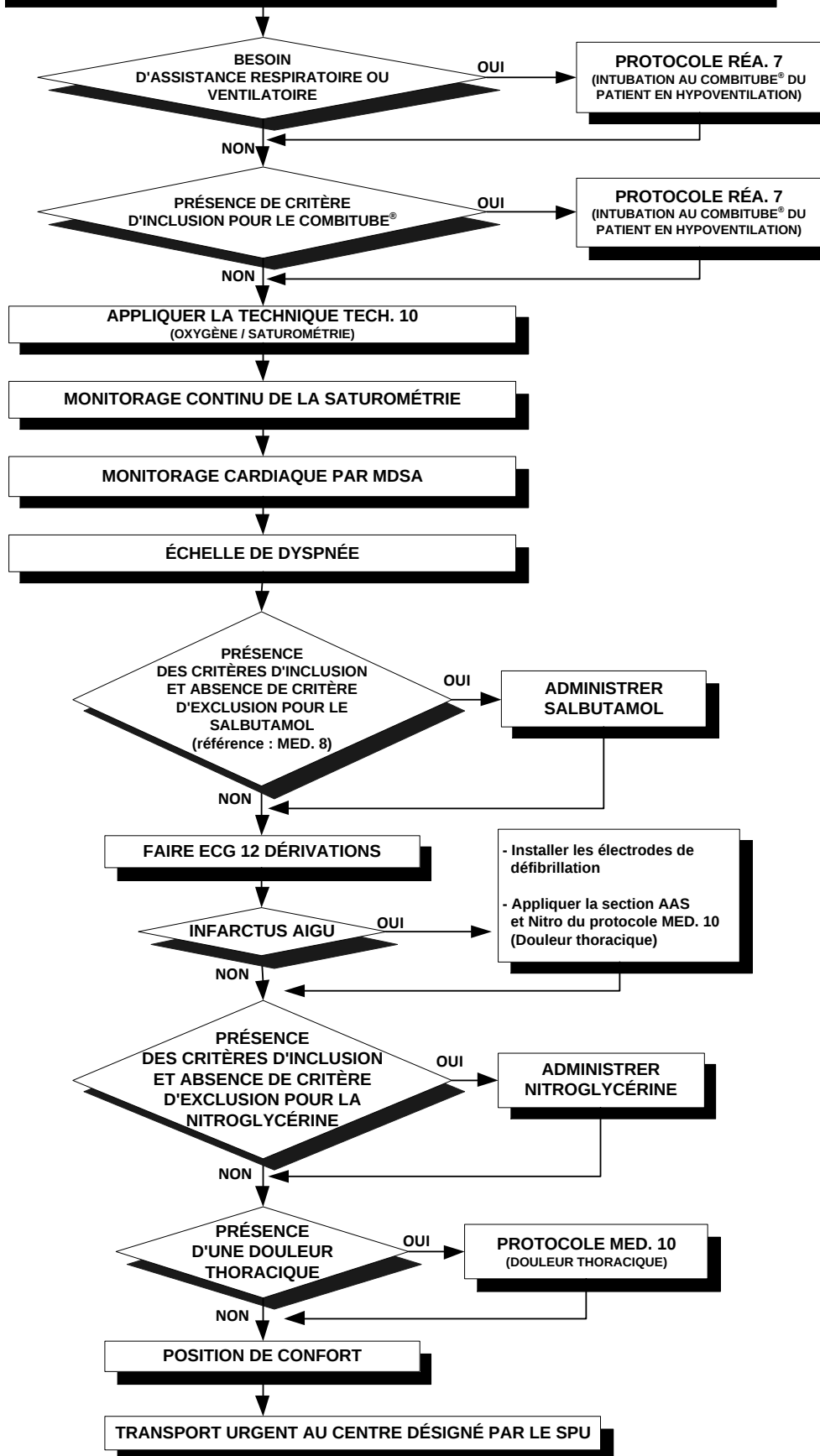
Le salbutamol peut être administré, après qu'une obstruction des voies respiratoires a été levée, si les critères d'inclusion et d'exclusion sont respectés.

Si la saturation du patient qui reçoit du salbutamol est < 92 % lors de l'arrivée dans le véhicule ambulancier, ajouter une canule nasale à 4 L/min sous le masque de salbutamol pour le restant du traitement. Si le patient est connu MPOC, ajuster le débit de la canule pour que la saturation ne dépasse pas 94 %.

**Lors de toute administration de salbutamol par nébulisation,
le technicien ambulancier paramédic doit
porter un masque chirurgical.**

DYSPNÉE D'ORIGINE CARDIAQUE PROBABLE

PROTOCOLE D'APPRÉCIATION DE LA CONDITION CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE



Critères d'inclusion (tous doivent être présents) :

- Âge $\geq$ 35 ans.
- Dyspnée.
- Antécédent d'insuffisance cardiaque, d'infarctus aigu du myocarde ou d'angine de poitrine (MCAS).
- $SpO_2 < 93 \%$ à l'air ambiant ou $< 94 \%$ avec oxygène à haute concentration (100 %).

Critères d'exclusion (la présence d'un seul suffit pour exclure le protocole) :

- Histoire de fièvre dans les dernières 24 heures.
 - Dyspnée d'origine traumatique.
1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
 2. Si besoin d'assistance respiratoire ou ventilatoire, se référer au protocole RÉA. 9 (Assistance respiratoire ou ventilatoire).
 3. Si présence de critères d'inclusion pour l'intubation au Combitube®, se référer au protocole RÉA. 7 (Intubation au Combitube® du patient en hypoventilation).
 4. Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/saturométrie).
 5. Monitoring continu de la saturation en oxygène.
 6. Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA).
 7. Appliquer l'échelle de dyspnée.
 8. Si présence de critère d'inclusion pour le salbutamol (voir MED. 8 (Difficulté respiratoire)), administrer ce dernier en absence de critère d'exclusion.
 9. Effectuer un ECG 12 dérivations si indiqué par la directive régionale. Si infarctus aigu, **installer les électrodes de défibrillation** et administrer l'AAS selon les critères d'inclusion et d'exclusion.
 10. Administrer la nitroglycérine SL selon les critères d'inclusion et d'exclusion du présent protocole.
 - a) Évaluer la sévérité de la dyspnée avec échelle;
 - b) Administrer la nitroglycérine, 1 jet de 0,4 mg sublingual (SL) ou lingual (L);
 - c) Répéter aux 5 minutes, si dyspnée toujours présente, tension artérielle systolique ≥ 160 mmHg et pouls $\geq$ à 50/min. jusqu'à un maximum de 4 doses.
 11. Si présence de douleur thoracique, appliquer le protocole MED. 10 (Douleur thoracique). Administrer de la nitroglycérine selon les critères d'inclusion et d'exclusion de la nitroglycérine de MED. 10 seulement si ce médicament n'a pas été préalablement administré selon les critères de MED. 8-A.

Dyspnée d'origine cardiaque probable (suite)

12. Position de confort.

13. Transport URGENT au centre désigné par le SPU.

NITROGLYCÉRINE EN PULVÉRISATION pour dyspnée d'origine cardiaque probable (critères MED.8-A) :

Critères d'inclusion :

- Dyspnée d'origine cardiaque probable

ET

- État d'éveil à « A » ou « V » sur l'échelle AVPU

ET

- Tension artérielle ≥ 160 mmHg

Critères d'exclusion :

Signes vitaux

- **Présence de DAVG;**

- Bradycardie < 50 ;

Si pouls ou fréquence cardiaque < 50 , l'administration de la nitroglycérine est cessée pour la durée complète de l'intervention. Si TAsys < 160 , l'administration de la nitroglycérine est contre-indiquée. Si par contre, la TAsys remonte ensuite et que les autres critères d'inclusion sont présents, l'administration de nitroglycérine peut être redébutée

Médicaments

- Prise de médication pour le traitement de la dysfonction érectile de classe PDE5 :

- o sildenafil (Viagra) - < 24 heures;
- o vardenafil (Levitra, Staxyn) - < 24 heures;
- o tadalafil (Cialis) - < 48 heures.

- Prise de médication pour le traitement de l'hypertension pulmonaire :

- o sildenafil (Revatio) - en tout temps;
- o ratio-sildenafil – en tout temps;
- o tadalafil (Adcirca) - en tout temps.

- Autres médicaments de la même classe;

- Tout supplément visant à améliorer la fonction sexuelle;

- Allergie aux nitrates (nitro *patch*, Imdur, Isordil, Nitro-Dur, Isosorbide dinitrate, Isosorbide mononitrate, etc.).

Dyspnée d'origine cardiaque probable (suite)

Autres

- Grossesse ou allaitement;
- Dyspnée d'origine traumatique;
- AVC nouveau < 48 heures (signes et symptômes).

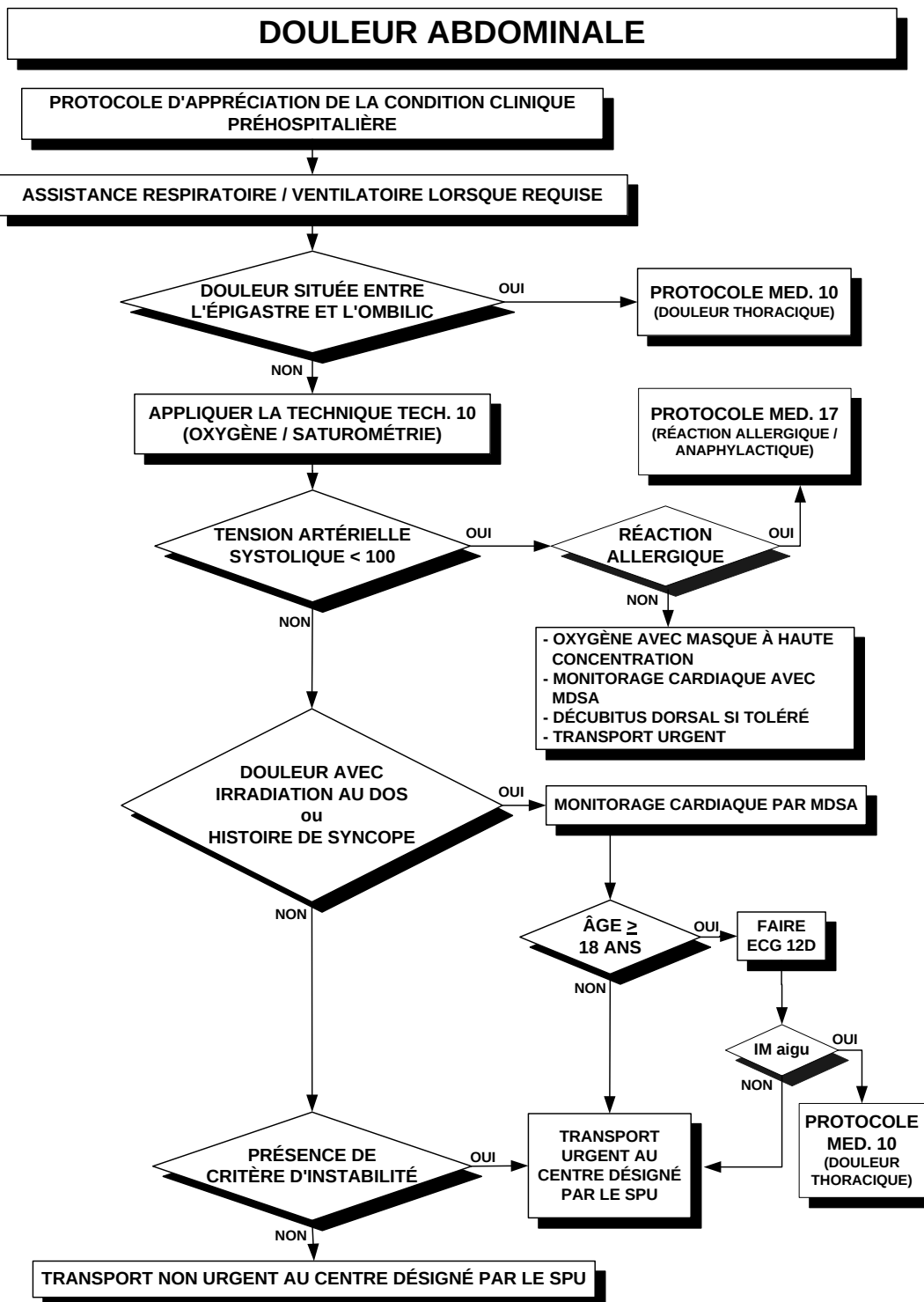
Remarques :

Le besoin d'assistance respiratoire ou ventilatoire doit être évalué de façon constante tout au long de l'intervention. Au besoin, référer au protocole RÉA. 9 (Assistance respiratoire ou ventilatoire).

Selon la directive du directeur médical régional des SPU, même en présence d'une détresse respiratoire ou d'une assistance respiratoire/ventilatoire, il peut être indiqué d'effectuer un ECG 12D. Cependant, en présence d'agitation et/ou impossibilité à obtenir un ECG 12D de qualité diagnostique, le TAP ne doit pas insister pour l'obtenir. Parfois, en situation de détresse respiratoire, il est impossible d'obtenir un ECG 12D de qualité diagnostique.

Si l'interprétation informatique de l'ECG 12D démontre un infarctus aigu (ou, pour les régions qui utilisent la télémétrie, le médecin confirme la présence d'un infarctus aigu) il faut :

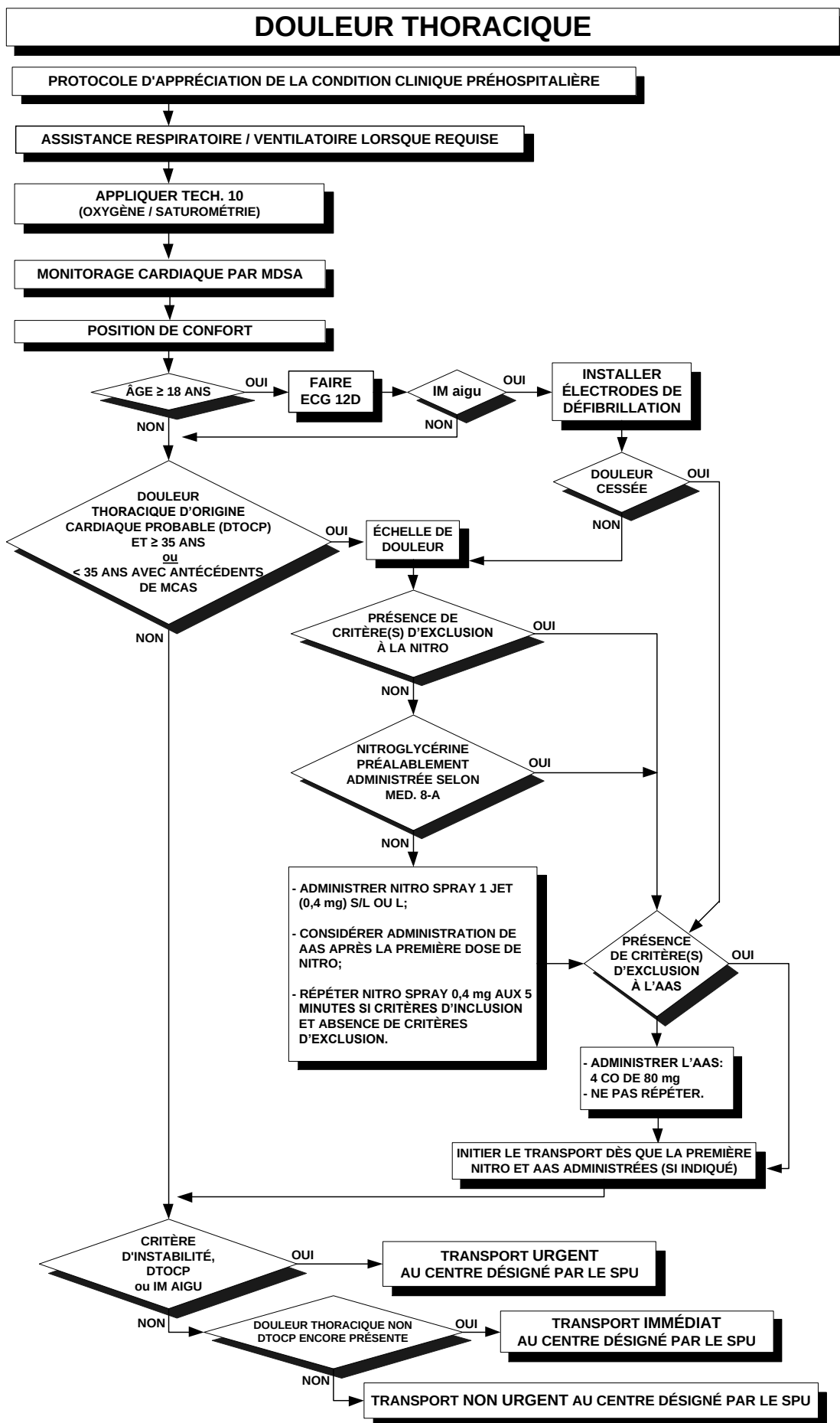
- Installer les électrodes de défibrillation.
- Appliquer la section reliée à l'administration de l'AAS et de la nitroglycérine du protocole MED. 10 (Douleur thoracique). Cependant, la nitroglycérine sera administrée selon les critères d'inclusion et d'exclusion de MED. 10 seulement si ce médicament n'a pas été préalablement administré selon les critères d'inclusion de MED. 8-A.



Critère d'inclusion :

Douleur sous l'ombilic avec ou sans irradiation dans le dos.

- 1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
- 2. Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.**
- 3. Pour toute douleur entre l'épigastre et le nombril, se référer à MED. 10 (Douleur thoracique) et effectuer un ECG 12 dérivations chez le patient de plus de 18 ans.**
- 4. Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie).**
- 5. Si tension artérielle systolique < 100 :**
 - a) Évaluer la possibilité d'une réaction anaphylactique, si agent causal suspecté ou confirmé, se référer au protocole MED. 17 (Réaction allergique/anaphylactique).
 - b) Administrer de l'oxygène avec masque haute concentration à 10 L/min ou plus;
 - c) Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique;
 - d) Décubitus dorsal si toléré;
 - e) Transport **URGENT** au centre désigné par le SPU.
- 6. Si douleur au dos ou histoire de syncope :**
 - a) Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique;
 - b) Si histoire de syncope chez le patient de 18 ans ou plus, effectuer un ECG 12 dérivations;
 - c) Transport **URGENT** au centre désigné par le SPU
- 7. Transport NON URGENT au centre désigné par le SPU si aucun critère d'instabilité.**
- 8. Surveillance continue et réappréciation sériée des signes vitaux.**



Critère d'inclusion :

Douleur ou malaise d'origine non-traumatique persistant, ou disparu, dans la région entre l'ombilic et la mâchoire incluant le dos et les bras ou toute douleur angineuse habituelle ayant été à l'origine de l'appel ou suivant l'appel des SPU.

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.**
3. **Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie).**
4. **Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.**
5. **Installer le patient en position de confort.**
6. **Si présence de dyspnée se référer au protocole MED. 8 (Difficulté respiratoire) et appliquer simultanément les 2 protocoles. Si le protocole MED. 8-A (Dyspnée d'origine cardiaque probable) ne s'applique pas, prioriser la technique d'ECG 12D et les actions en découlant.**
7. **Chez le patient de 18 ans ou plus, effectuer un ECG 12D. Si l'interprétation de l'appareil est « infarctus aigu », installer les électrodes de défibrillation.**
8. **Déterminer s'il s'agit d'une douleur thoracique d'origine cardiaque probable (DTOCP) chez un patient de 35 ans et plus ou chez un patient de moins de 35 ans, mais avec antécédents de maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS) (voir Remarques).**
9. **Vérifier l'absence de critères d'exclusion pour l'AAS : si absence de critères d'exclusion, administrer 1 seule fois 320 mg d'AAS po (croquer et avaler) même si la DTOCP est disparue. Administrer également l'AAS aux patients lorsque présence de message d'infarctus aigu à l'ECG 12 dérivations même si absence de douleur.**
10. **Si présence de douleur thoracique d'origine cardiaque probable (DTOCP) ou présence de message d'infarctus aigu à l'ECG 12 dérivations avec présence de douleur et absence de critères d'exclusion :**
 - a) **Évaluer la sévérité de la douleur avec échelle;**
 - b) **Administrer la nitroglycérine, 1 jet de 0,4 mg sublingual (SL) ou lingual (L);ⁱ**
 - c) **Répéter aux 5 minutes, si douleur toujours présente, tension artérielle systolique ≥ 100 mmHg et pouls $\geq$ à 50/min et < 100 /min, et que la tension artérielle systolique n'a pas chuté de 30 mmHg ou plus depuis la première administration.**
11. **Initier le transport dès que la première nitro et que l'AAS ont été administrées, si indiqué.**
12. **Transport URGENT si signes d'instabilité, présence de DTOCP ou message d'infarctus aigu.**
13. **Transport IMMEDIAT au centre désigné par le SPU si présence de douleur thoracique autre que DTOCP.**

ⁱ Par contre, si après avoir administré la nitro dans le cadre de MED. 10, le patient présente les critères d'inclusion pour le protocole MED. 8-A, la nitro peut être administrée selon ce dernier.

Douleur thoracique (suite)

14. Transport **NON URGENT** au centre désigné par le SPU si aucune douleur thoracique n'est présente.
15. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux et continuer à administrer la prise de nitroglycérine à moins que la tension artérielle soit < 100 , qu'elle ait chuté de plus de 30 mmHg depuis la première administration ou que le pouls soit $< 50/\text{min}$ ou $\geq 100/\text{min}$.
16. Si aucune amélioration dans la sévérité de la douleur après l'administration de 4 nitro, cesser l'administration.

Remarques :

Aux fins de ce protocole :

Une douleur thoracique d'origine cardiaque probable (DTOCP) :

- a) Doit être une douleur thoracique antérieure (incluant rétrosternale), ressentie sous forme de serrement, de pression, d'étau, d'écrasement, d'étouffement, de poing, ou d'indigestion, et d'une durée persistante continue de moins de 12 heures, qui n'est pas liée à un traumatisme.
- b) Ne doit pas être épigastrique, localisée aux hypocondres, ou située uniquement aux bras ou à la mâchoire; elle n'est pas ressentie comme étant un coup, une aiguille, une brûlure, une coupure, un couteau, un pincement.
- c) Chez un patient connu MCAS, la douleur peut être différente de celle décrite ci-dessus si elle correspond à sa symptomatologie habituelle et d'une durée continue de moins de 12 heures.

Critère d'inclusion pour la nitroglycérine et l'AAS :

DTCOP chez un patient de 35 ans et plus ou chez un patient de moins de 35 ans avec antécédents de MCAS ou infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST à l'ECG 12 dérivations.

Critères d'exclusion de nitroglycérine (TNT) :

Signes vitaux

- Tension artérielle systolique (TAsys) < 100 ;
- **Syncope associée à la douleur thoracique;**
- Chute cumulative de la TAsys ≥ 30 mmHg par rapport à la valeur initiale;
- **Présence de DAVG ;**
- Bradycardie < 50 ou tachycardie ≥ 100 (pouls et fréquence cardiaque).

Si pouls ou fréquence cardiaque < 50 ou ≥ 100 ou TAsys < 100 ou chute cumulative, l'administration de la nitroglycérine est cessée pour la durée complète de l'intervention.

Douleur thoracique (suite)

Médicaments

- Prise de médication pour le traitement de la dysfonction érectile de classe PDE5 :
 - o sildenafil (Viagra) - < 24 heures;
 - o vardenafil (Levitra, Staxyn) - < 24 heures;
 - o tadalafil (Cialis) - < 48 heures.
- Prise de médication pour le traitement de l'hypertension pulmonaire :
 - o sildenafil (Revatio) - en tout temps;
 - o ratio-sildenafil – en tout temps;
 - o tadalafil (Adcirca) - en tout temps.
- Autres médicaments de la même classe;
- Tout supplément visant à améliorer la fonction sexuelle;
- Allergie aux nitrates (nitro *patch*, Imdur, Isordil, Nitro-Dur, Isosorbide dinitrate, Isosorbide mononitrate, etc.).

Autres

- Grossesse ou allaitement;
- Douleur d'origine traumatique;
- AVC nouveau < 48 heures (signes et symptômes).

Critères d'exclusion de l'aspirine (AAS) :

Grossesse ou allaitement;

Saignement actif;

Hémorragie digestive < 4 semaines;

AVC **nouveau** < 48 heures (signes et symptômes);

Douleur d'origine traumatique;

Allergie à l'AAS ou AINS.

L'aspirine peut être administrée avant ou après la première dose de nitroglycérine. La nitroglycérine ne doit pas être administrée avant l'obtention d'un ECG 12 dériviations de qualité acceptable. Dans la majorité des cas de DTOCP, l'AAS sera donc administrée avant la nitroglycérine.

Lorsque l'AAS n'a pas été administrée à un patient répondant aux critères d'inclusion du présent protocole, aviser spécifiquement l'infirmière du triage à cet effet, et transmettre les informations justifiant la non-administration.

Douleur thoracique (suite)

ECG 12 dérivations.

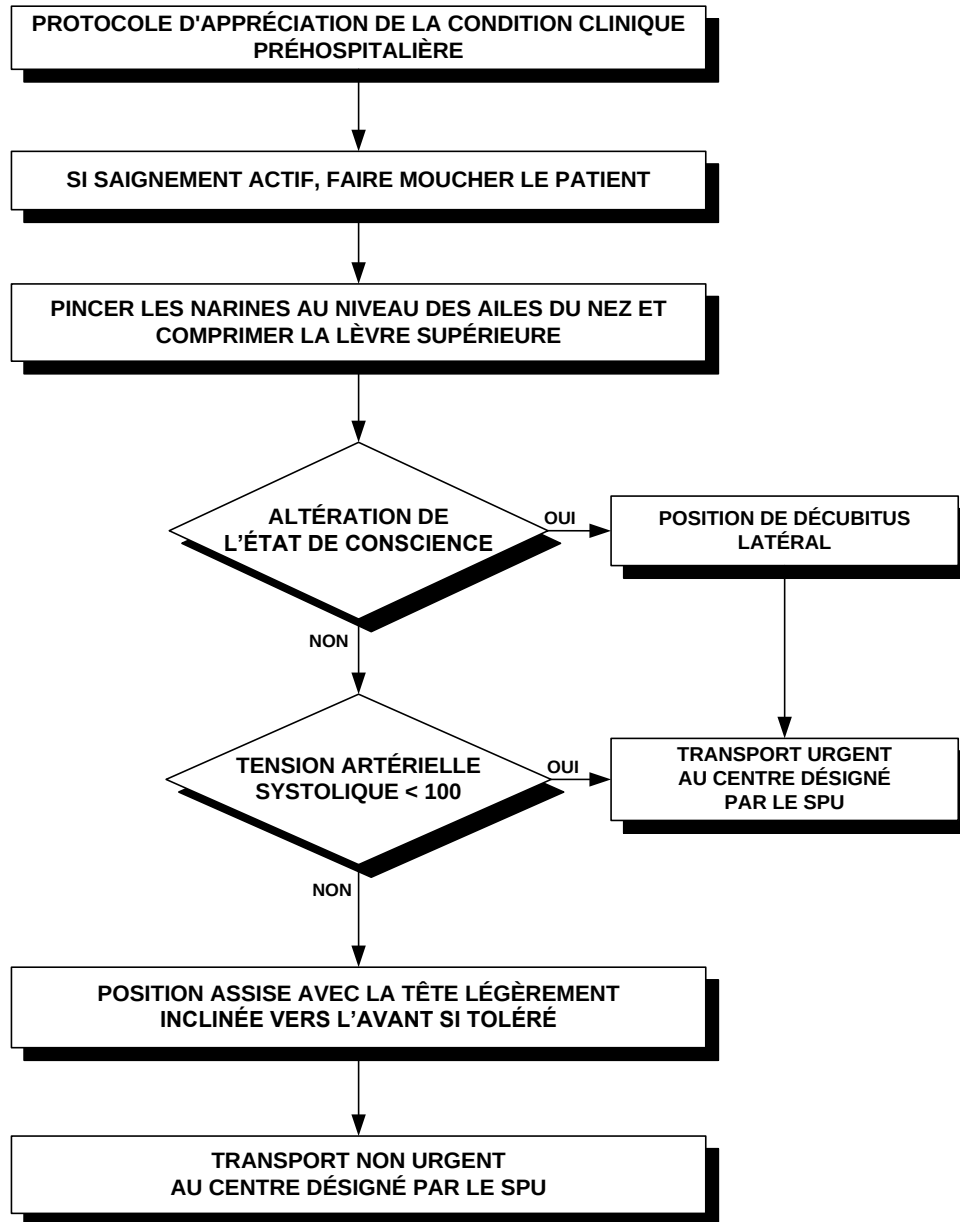
Critères d'exclusion :

Situation où la plainte principale est d'origine traumatique.

État de conscience à « P » ou « U ».

Détresse/insuffisance respiratoire.

ÉPISTAXIS



1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Si saignement actif, faire moucher le patient.
3. Pincer les narines au niveau des ailes du nez et comprimer l'espace entre la lèvre supérieure et le nez.
4. Si altération de l'état de conscience :
 - a) Position de décubitus latéral;
 - b) Transport **URGENT** au centre désigné par le SPU.
5. Si tension artérielle systolique < 100 , transport **URGENT** au centre désigné par le SPU.
6. Si tension artérielle systolique ≥ 100 :
 - a) Position assise avec la tête légèrement inclinée vers l'avant, si toléré;
 - b) Transport **NON URGENT** au centre désigné par le SPU.
7. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.

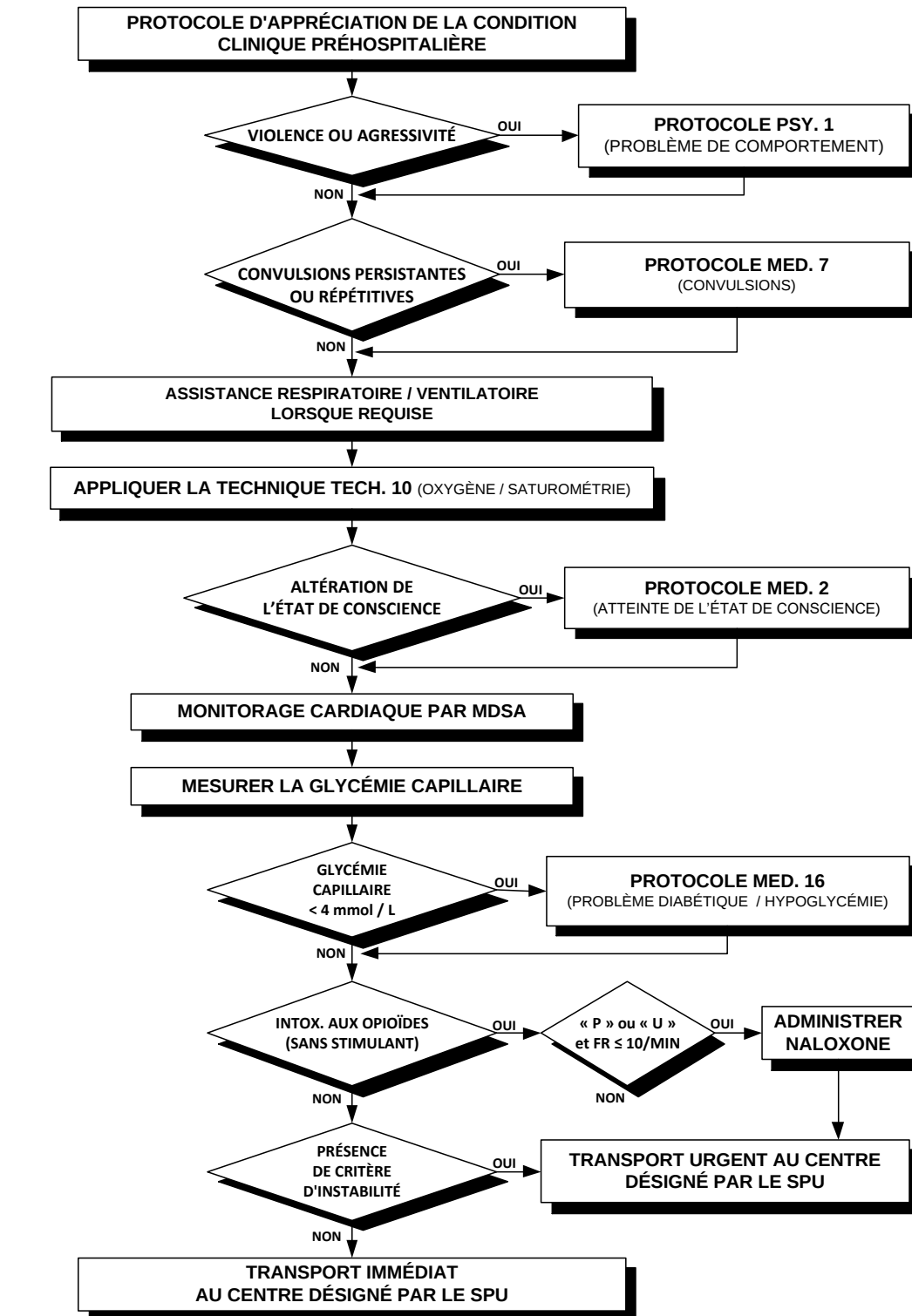
Renseignement requis :

Porter une attention particulière à la documentation de la prise de médicaments affectant la coagulation telle que des anticoagulants (warfarine (Coumadin), acénocoumarol (Sintrom), dabigatran (Pradaxa), rivaroxaban (Xarelto), apixaban (Eliquis), edoxaban (Lixiana), énoxaparine (Lovenox), daltéparine (Fragmin), fondaparinux (Arixta) tinzaparine (Innohep), etc.) et d'antiplaquettaires (AAS, clopidogrel (Plavix), ticlopidine (Ticlid), prasugrel (Effient), ticagrelor (Brilinta), AAS/dipyridamol (Aggrenox)). Ces médicaments peuvent aggraver toute pathologie liée à un saignement malgré l'absence de saignement évident important lors de la prise en charge.

Remarque :

La quantité de sang écoulé du nez peut être une sous-estimation de la quantité réelle de sang perdu.

INTOXICATION VOLONTAIRE OU INVOLONTAIRE ET TOXICOMANIE



Critère d'inclusion :

Histoire d'intoxication avec médicaments, alcool, drogue ou tout autre produit.

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Si violence ou agressivité, se référer au protocole PSY. 1 (Problème de comportement).
3. Si convulsions persistantes ou répétitives, appliquer en simultané le protocole MED. 7 (Convulsions), et passer à l'étape 4.
4. Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requise.
5. Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/saturométrie).
6. Si altération de l'état de conscience, appliquer en simultané le protocole MED. 2 (Atteinte de l'état conscience).
7. Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.
8. Considérer le risque d'hypoglycémie et faire une glucométrie capillaire; se référer au protocole MED. 16 (Problème diabétique - hypoglycémie), au besoin.
9. Si suspicion d'intoxication aux opioïdes avec état de conscience à « P » ou « U » sur l'échelle AVPU et bradypnée ($FR \leq 10/\text{minute}$), sans suspicion d'intoxication mixte aux stimulants, administrer naloxone pour obtenir une respiration adéquate ($FR > 10/\text{minute}$), sans éveil. Dans ce contexte clinique, l'administration de la naloxone est prioritaire sur l'intubation au Combitube®, mais le support à la ventilation est prioritaire sur l'administration de la naloxone.
10. Transport URGENT au centre désigné par le SPU, si présence de critère d'instabilité.
11. Transport IMMÉDIAT au centre désigné par le SPU, si absence de critères d'instabilité.
12. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.

Renseignements requis :

- ☐ Apporter tous les médicaments, les bouteilles de médicaments ou les produits (drogue de rue) au centre receveur. Les drogues de rue doivent être transportées dans un sac de type « ZipLock ». Il est important d'examiner la peau. Si le patient a un ou des timbres cutanés (ex. : fentanyl), il faut les enlever et les apporter au centre receveur. Toute manipulation de ces substances doit se faire avec des gants.
- ☐ Obtenir l'histoire des témoins présents : produits ingérés, quantité, heure d'ingestion, voie d'administration et présence de vomissements.
- ☐ Rechercher une histoire de traumatisme.

Intoxication volontaire ou involontaire et toxicomanie (suite)

Remarques :

Critères d'inclusion de la naloxone :

- 12 ans et plus;
- Suspicion d'intoxication aux narcotiques opioïdes;
- État de conscience « P » ou « U » sur l'échelle AVPU.
- Bradypnée ($FR \leq 10/\text{min}$).

Critères d'exclusion de la naloxone :

- Intoxication mixte suspectée avec stimulants adrénergiques (réf. : cocaïne, amphétamines, etc.); l'administration de naloxone peut précipiter des symptômes d'intoxication à ces stimulants qui ne sont plus opposés à ceux des narcotiques opioïdes (réf. : convulsions, tachydysrythmies).

Posologie de la naloxone :

Administrar selon la séquence suivante :

1. Débuter avec une des alternatives suivantes (dose initiale) :
 - IN/IM : 0,4 mg.
2. Si aucune réponse, poursuivre avec l'une des alternatives suivantes (doses subséquentes) :
 - IN/IM : 0,4 mg, q 5 min, max. 4 mg ou eupnée ($FR > 10/\text{min}$).

Pour la voie intranasale, alterner l'administration entre les 2 narines.

Remarques :

Si le technicien ambulancier paramédic reçoit des directives d'un intervenant du Centre antipoison du Québec (CAP) lors d'une intervention, il doit suivre ses recommandations, même si celles-ci sont contradictoires ou absentes des présents protocoles, tout en respectant les limites de son champ de pratique. Par contre, le TAP ne doit pas lui-même initier un contact avec le CAP.

Toxidrome des opioïdes (abrégé) :

- Histoire de consommation d'opioïdes.
- Diminution de l'état de conscience.
- Hypoventilation.
- Myosis.

L'administration intranasale de médicaments doit toujours être favorisée. En présence d'une congestion nasale importante (sang, vomissements, épistaxis, etc.) ou d'une vasoconstriction de la muqueuse nasale soupçonnée (réf. : utilisation de vaporisateurs pour la congestion nasale), administrer le médicament par la voie intramusculaire. Même s'il y a administration de naloxone, il est important de maintenir l'assistance ventilatoire en tout temps, lorsque requis.

Même s'il y a administration de naloxone, il est important de maintenir l'assistance ventilatoire en tout temps, lorsque requis.

Intoxication volontaire ou involontaire et toxicomanie (suite)

Les méthodes de base de gestion des voies respiratoires doivent être appliquées jusqu'à l'atteinte de la dose maximale de 4 mg de naloxone. S'il n'y a aucune amélioration de l'état de conscience ou de la fréquence respiratoire (FR > 10/min) et que le patient nécessite une intubation, se référer au protocole RÉA. 7 Intubation au Combitube® du patient en hypoventilation. Une fois intubé, cesser l'administration de naloxone.

La durée d'action de la naloxone est d'environ 30 minutes et est généralement inférieure à celle des opioïdes. Le patient pourrait donc après ce délai, présenter à nouveau une altération de l'état de conscience avec dépression respiratoire. Dans cette situation, le technicien ambulancier paramédic peut répéter l'administration du naloxone depuis le dosage initial.

Surveiller attentivement la fréquence respiratoire. En présence d'un supplément d'oxygène, il est possible que le patient hypoventilé présente une saturation normale. Assister la ventilation lorsque requis.

Lors d'arrêt cardiorespiratoire, administrer une dose de 2 mg IN (1 X 1,0 cc/mg par narine) ou 2 mg IM dès que possible après avoir fait la première tentative d'intubation, et ce, sans interrompre la RCR.

MED. 13 Obstruction complète des voies respiratoires par corps étranger (patient de plus d'un an)

MED. 13

1. Appliquer les techniques de désobstruction des voies respiratoires (se référer au protocole de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC) avec les spécificités suivantes :

a) Si obstruction présente :

- Si le patient est porteur d'une trachéostomie, se référer à la TECH. 14 (Trachéostomie);
- Si le patient demeure conscient, continuer à appliquer sur place les manœuvres de désobstruction jusqu'à l'inconscience ou la désobstruction;
- Si le patient devient inconscient ou est trouvé inconscient, procéder à une prise de pouls :
 - o Si absence de pouls :
 - se référer au protocole de réanimation d'origine médicale approprié;
 - débiter le protocole de réanimation de façon habituelle mais initier l'évacuation après la 2^e analyse;
 - effectuer une analyse unique en arrivant dans le véhicule ambulancier;
 - continuer la RCR 30 : 2 en transport;
 - transport **URGENT** au CH le plus près.
 - o Si présence de pouls :
 - effectuer 3 cycles de désobstruction sur place;
 - si l'obstruction persiste après 3 cycles de désobstruction, transport **URGENT** au centre désigné par les SPU; continuer les cycles de désobstruction jusqu'à désobstruction ou arrivée au centre receveur.

b) Si désobstruction efficace et ventilation inadéquate :

- Si le patient est inconscient, prise de pouls, si absence de pouls se référer au protocole de réanimation d'origine médicale approprié;
- Si le patient est conscient, ou inconscient et présence de pouls :
 - o assister la ventilation (voir Remarques);
 - o monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique;
 - o transport **URGENT** au centre désigné par le SPU.

c) Si désobstruction efficace et ventilation adéquate :

- o administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie);
- o surveiller continuellement la respiration;
- o monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique;
- o transport **NON URGENT** au centre désigné par le SPU.

2. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.

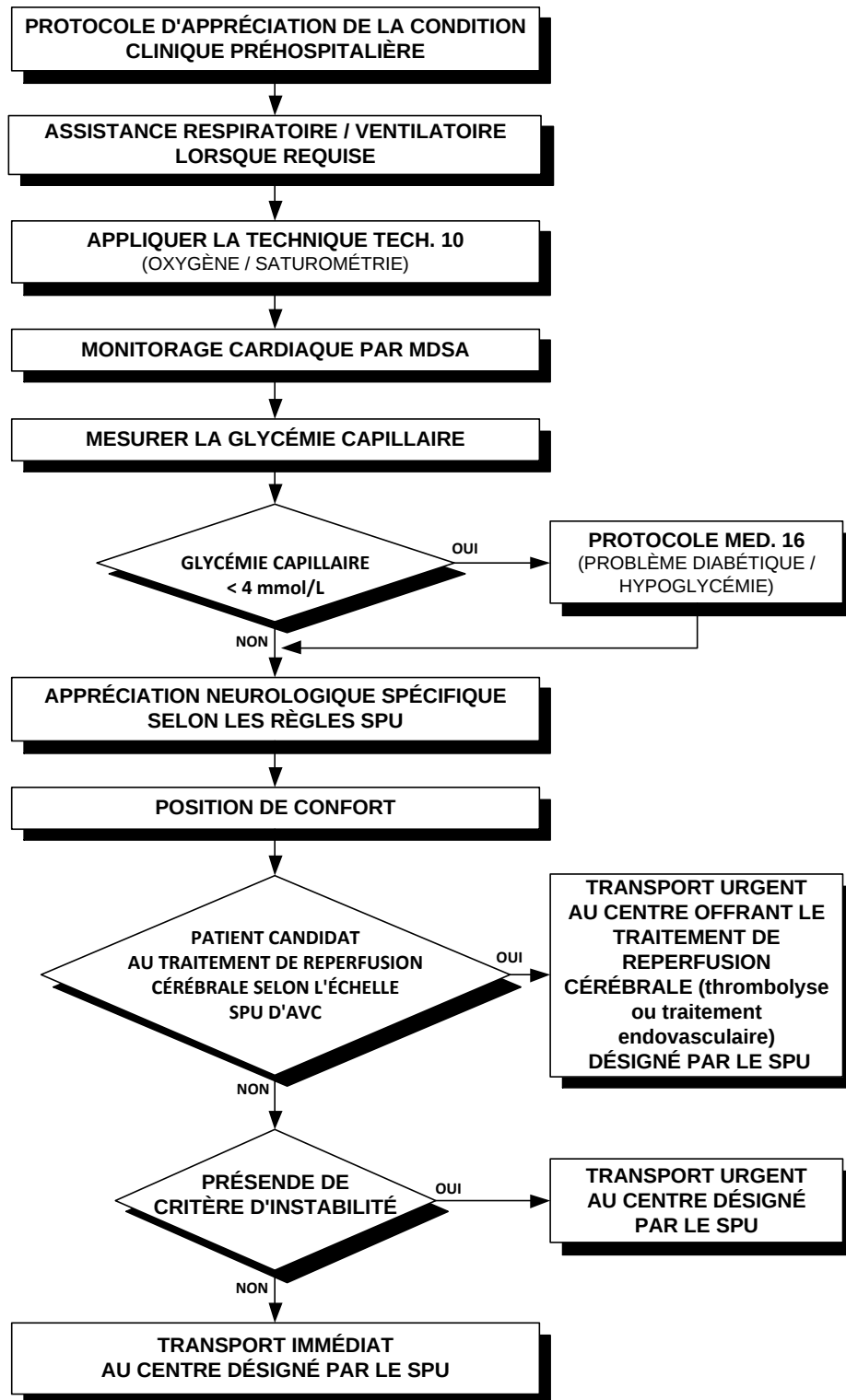
Obstruction complète des voies respiratoires par corps étranger (patient de plus d'un an) (suite)

Remarques :

Se référer aux normes de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC pour la ventilation.

Ce protocole exige que les enfants soient monitorés, peu importe leur âge.

PARALYSIE, PARESTHÉSIE ou TROUBLE DU LANGAGE AIGU



Critères d'inclusion :

Histoire récente d'un ou plusieurs des éléments suivants :

- diminution de force d'un ou plusieurs membres;
- atteinte de la sensibilité d'un ou plusieurs membres;
- paralysie faciale;
- difficulté d'élocution;
- perte d'équilibre.

- 1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
- 2. Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.**
- 3. Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie).**
- 4. Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.**
- 5. Faire une glucométrie capillaire; se référer au protocole MED. 16 (Problèmes diabétiques - hypoglycémie) au besoin.**
- 6. Appréciation neurologique spécifique selon les règles des SPU québécois (voir page suivante).**
- 7. Position de confort.**
- 8. Transport URGENT au centre désigné par le SPU si présence de critères d'instabilité ou si selon le programme d'AVC le patient est candidat à un traitement de reperfusion cérébrale.**
- 9. Transport IMMÉDIAT au centre désigné par le SPU si absence de critère d'instabilité et que le patient n'est pas candidat à la reperfusion cérébrale.**
- 10. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.**

Remarque :

L'appréciation spécifique neurologique préhospitalière minimale doit inclure :

- ☐ Réaction pupillaire.
- ☐ Sensibilité des 4 membres.
- ☐ Motricité des 4 membres.
- ☐ Symétrie faciale.
- ☐ Élocution.

Dépistage d'un patient en AVC probable et candidat à la **reperfusion cérébrale**

1. Le patient présente-t-il un AVC? - Application de l'Échelle de Cincinnati

a) Affaissement facial

Objectif : Vérifier s'il y a présence d'hémiplégie faciale. Demander au patient de sourire en montrant les dents.

- **Normal** : les deux côtés du visage sont symétriques.
- **Anormal** : un des deux côtés du visage ne bouge pas lors du sourire et semble affaissé.

b) Affaissement d'un bras

Objectif : Vérifier s'il y a présence d'une hémiplégie. Demander au patient de lever les bras devant lui, paume des mains vers le haut et de fermer les yeux. La position doit être maintenue pendant plus ou moins 10 secondes.

- **Normal** : les deux bras restent en position ou bougent symétriquement.
- **Anormal** : un des deux bras descend systématiquement comparativement à l'autre.

c) Parole et discours inadéquats

Objectif : vérifier si la parole et le discours sont adéquats. Demander au patient de répéter la phrase suivante : « Le ciel est bleu à Cincinnati ».

- **Normal** : répète les mots sans aucun problème (prononciation et mots adéquats).
- **Anormal** : le discours ou les mots sont inappropriés, ne prononce pas les mots correctement ou est incapable de parler.

La présence d'un ou de plusieurs critères anormaux est considéré comme indiquant un AVC probable.

2. Si le patient présente un AVC probable, il est candidat à un traitement de reperfusion cérébrale si tous ces critères d'inclusion sont présents : ^{i,ii}

- a) Âge ≥ 16 ans;
- b) L'état de conscience est à « A » ou « V » sur l'échelle d'AVPU;
- c) Le délai d'arrivée à l'hôpital receveur qui offre la **reperfusion cérébrale** est $< 3,5$ heures après le début des symptômes (ou < 5 heures après le début des symptômes) si le centre receveur offre aussi la possibilité d'un traitement endovasculaire.
- d) La glycémie est $\geq 3,0$ mmol/L;
- e) Le patient n'est pas dans une condition où il reçoit des soins de fin de vie.

ⁱ NINDS, rtPA for acute ischemic stroke, N Eng J Med, 1995; 333:1581-1587

ⁱⁱ AHA, 2012 AHA Guidelines for CPR and ECC, AHA, November 2012, p. 5822-5824

Dépistage d'un patient en AVC probable et candidat à la reperfusion cérébrale (suite)

Remarques :

Le résultat de l'Échelle de Cincinnati doit être documenté comme un score de 0 à 3.

L'heure du début des symptômes se définit comme étant l'heure à laquelle le patient a été vu « normal » pour la dernière fois. Si on s'est aperçu de l'AVC au réveil, le début des symptômes est considéré être l'heure du coucher. Si le délai est inconnu, le délai est jugé d'emblée $\geq 3,5$ heures.

Dans le cadre de l'apparition récente de symptômes compatibles avec un AVC, les définitions suivantes sont retenues :

- **AVC nouveau = de novo – apparition nouvelle de signes et symptômes compatibles avec un AVC dans un délai de moins de 48 heures.**
- **AVC aigu de moins de 3.5 heures (candidat à la reperfusion cérébrale) = Échelle de Cincinnati positive + critères de reperfusion cérébrale + < 3,5 heures depuis le début des symptômes.**
- **AVC aigu de moins de 5 heures (candidat au traitement endovasculaire) = Échelle de Cincinnati positive + critères de reperfusion cérébrale + < 5 heures depuis le début des symptômes.**
- **AVC récent = symptômes nouveaux (jamais diagnostiqués) + Échelle de Cincinnati positive + début des symptômes de plus de 5 heures ou critère d'exclusion à la reperfusion (ex. : état de conscience à « P »).**

Si le patient est candidat à la reperfusion cérébrale ou au traitement endovasculaire, aviser le centre hospitalier receveur dès que possible et, idéalement lorsque vous êtes au chevet du patient, afin de mettre l'équipe d'urgence en tension et lui permettre de se préparer à l'arrivée du patient.

Lorsque le TAP a accès à plusieurs centres du réseau d'AVC, il doit transporter selon les règles établies régionalement à cet effet.

L'heure à laquelle l'examen a été complété ainsi que l'avis à l'hôpital doivent être documentés au RIP.

Si possible, amener un témoin à l'hôpital avec le patient.

Ne pas oublier d'apporter les médicaments à l'hôpital.

PERTE DE CONSCIENCE / SYNCOPÉ

PROTOCOLE D'APPRÉCIATION DE LA CONDITION CLINIQUE
PRÉHOSPITALIÈRE

PATIENT ÉVEILLÉ « A »
MAIS CONFUS

OUI

PROTOCOLE MED. 6
(CONFUSION AIGUË)

ASSISTANCE RESPIRATOIRE / VENTILATOIRE LORSQUE REQUISE

APPLIQUER LA TECHNIQUE TECH. 10
(OXYGÈNE / SATUROMÉTRIE)

MONITORAGE CARDIAQUE PAR MDSA

ÂGE $\geq$
18 ANS

OUI

FAIRE
ECG 12D

IM aigu

NON

PROTOCOLE MED. 10
(DOULEUR THORACIQUE)

TENSION
ARTÉRIELLE
SYSTOLIQUE < 100
OU
POULS < 50

OUI

TRANSPORT URGENT
AU CENTRE DÉSIGNÉ
PAR LE SPU

DÉCUBITUS DORSAL
SI TOLÉRÉ

NON

PRÉSENCE
DE CRITÈRE
D'INSTABILITÉ

OUI

TRANSPORT URGENT
AU CENTRE DÉSIGNÉ
PAR LE SPU

NON

TRANSPORT IMMÉDIAT
AU CENTRE DÉSIGNÉ PAR LE SPU

Critère d'inclusion :

Perte de conscience temporaire chez un patient présentement éveillé (« A » sur échelle AVPU).

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Si patient éveillé « A », mais confus, se référer à MED. 6 (Confusion aiguë);**
3. **Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.**
4. **Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène / Saturométrie).**
5. **Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.**
6. **Chez le patient de 18 ans ou plus, effectuer un ECG 12 dérivation.**
7. **Si tension artérielle systolique < 100 ou pouls < 50/min, transport URGENT au centre désigné par le SPU, installer le patient en décubitus dorsal si toléré.**
8. **Transport IMMEDIAT au centre désigné par le SPU si absence de critère d'instabilité.**
9. **Surveillance continue et réappréciation série des signes vitaux.**

Remarques :

Toute histoire de syncope doit être considérée comme le reflet d'une pathologie potentiellement grave, même si l'état du patient est normal au moment de l'appréciation clinique.

L'ECG 12 dérivation ne doit pas être effectué si l'état de conscience est à « P » ou « U » sur l'échelle d'AVPU, si le patient est en détresse/insuffisance respiratoire ou si l'origine de la plainte est traumatique, afin de ne pas retarder le transport.

PROBLÈME DIABÉTIQUE - HYPOGLYCÉMIE

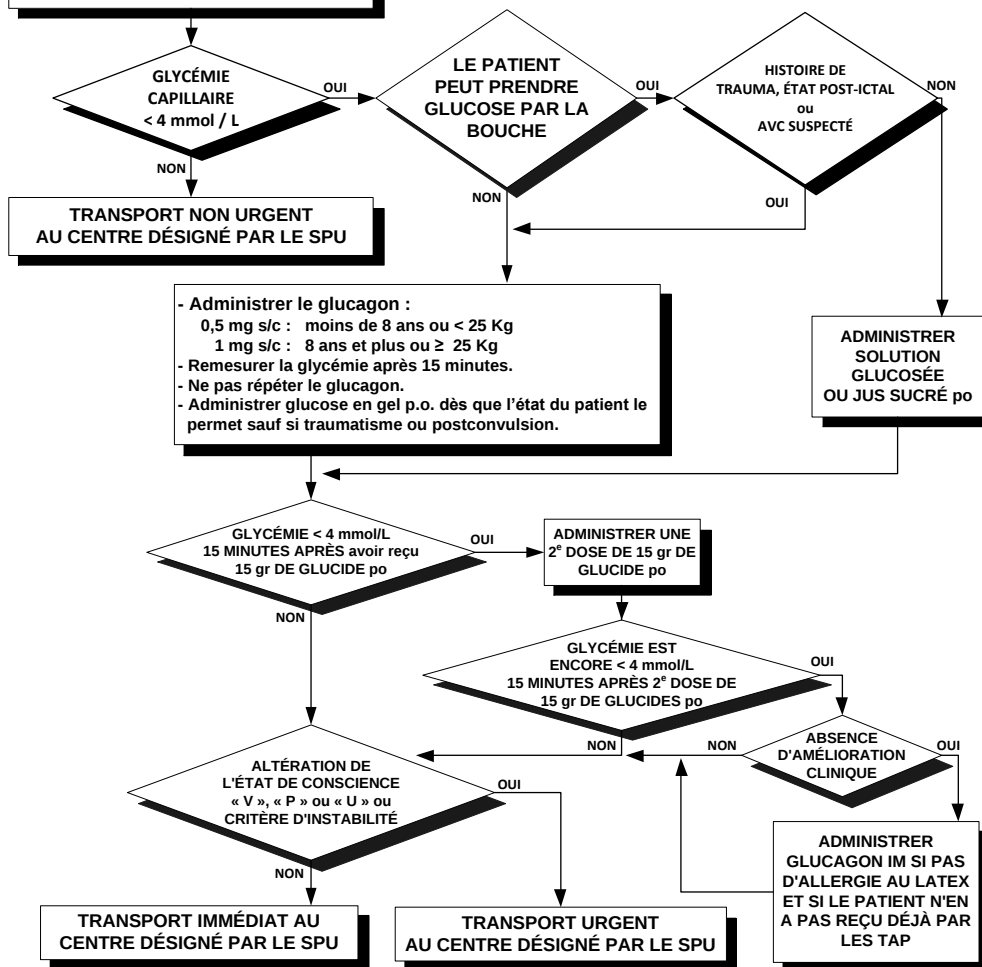
PROTOCOLE D'APPRÉCIATION DE LA CONDITION CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE

ASSISTANCE RESPIRATOIRE / VENTILATOIRE LORSQUE REQUISE

APPLIQUER LA TECHNIQUE TECH. 10 (OXYGÈNE / SATUROMÉTRIE)

MONITORAGE CARDIAQUE PAR MDSA

MESURER LA GLYCÉMIE CAPILLAIRE



Indications à la prise de glucométrie capillaire :

Faiblesse - MED. 1;

Altération de l'état de conscience - MED. 2 et PED. 1;

Confusion aiguë – MED. 6 (ceci inclut MED. 4 - Céphalée avec confusion);

Choc non-traumatique - MED. 5;

Convulsions – MED. 7/ PED. 2 (la glycémie ne doit pas être prise chez les enfants non connus diabétiques et trouvés avec un état de conscience à « A »);

Intoxication volontaire ou involontaire – MED. 12;

Paralysie – MED. 14;

Patient connu diabétique avec symptômes compatibles avec une hypoglycémie.

Critère d'inclusion :

Glycémie capillaire < 4 mmol/L.

Critère d'exclusion :

Aucun.

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.
3. Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène / Saturométrie).
4. Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.
5. Faire une glucométrie capillaire.
6. Si glycémie ≥ 4 mmol/L, procéder au protocole approprié et transport NON URGENT au centre désigné par le SPU.
7. Si glycémie < 4 mmol/L et que le patient est capable de prendre une solution glucosée par la bouche ou jus sucré :
 - a) Administrer au moins 15 grammes de glucides (instaglucoose, Dex4) ou jus sucré.
 - b) Si 15 minutes après l'administration d'au moins 15 grammes de glucides (instaglucoose, Dex 4 ou jus sucré), la glycémie est toujours < 4, administrer une deuxième dose de 15 grammes de glucides ou jus sucré par la bouche.
 - c) Si 15 minutes après la 2^e dose de glucides par la bouche la glycémie est toujours < 4 et en absence d'amélioration clinique, administrer du glucagon par voie intramusculaire, idéalement dans la cuisse, si aucune allergie connue au latex et passer au point 10.

Problèmes diabétiques – hypoglycémie (suite)

8. Si glycémie < 4 mmol/L et que le patient est incapable de prendre une solution glucosée par la bouche ou que le patient a également subi un traumatisme, est postconvulsions ou présente un AVC suspecté :
 - a) Administrer du glucagon par voie intramusculaire si aucune allergie (anaphylaxie) connue au latex, 1 fois, idéalement dans la cuisse;
 - b) Administrer une solution glucosée par la bouche (instaglucoose, Dex4) ou un jus sucré dès que l'état de conscience du patient le permet, sauf si celui-ci est traumatisé ou est postconvulsions ou présente un AVC suspecté.
9. Initier rapidement le transport.
10. Transport URGENT si altération de l'état de conscience (« V », « P » ou « U ») ou critère d'instabilité.
11. Transport IMMÉDIAT au centre désigné par le SPU, si absence de critère d'instabilité.
12. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.

Remarques :

Si le patient a reçu du glucagon précédemment, par les proches ou les premiers répondants, le TAP administre le glucagon en suivant les directives suivantes :

- Une glycémie doit être faite à l'arrivée des TAP;
- Une glycémie doit être faite 10 minutes postglucagon (proches ou PR);
- Administration de glucagon 15 minutes après la première dose si critère d'inclusion clinique encore présents.

Dosage de glucagon :

8 ans et plus, ou ≥ 25 kg : 1 mg
moins de 8 ans ou < 25 kg : 0,5 mg

L'incapacité de prendre le glucose en gel peut être en raison de : agitation, confusion, altération de l'état de conscience ou convulsions. D'autre part, le patient ayant subi un traumatisme ou venant de faire une convulsion ou qui est suspecté de subir un AVC doit demeurer à jeun, jusqu'à son évaluation médicale.

Dosage de solution glucosée (instaglucoose, Dex4 ou jus sucré) :

Il faut administrer au moins 15 g de glucides, ou 125 ml (1/2 tasse) de jus de fruits

Instaglucoose : 1 tube de 31 grammes = 24 grammes de glucides

Dex 4 : 1 tube = 33 grammes = 15 grammes de glucides

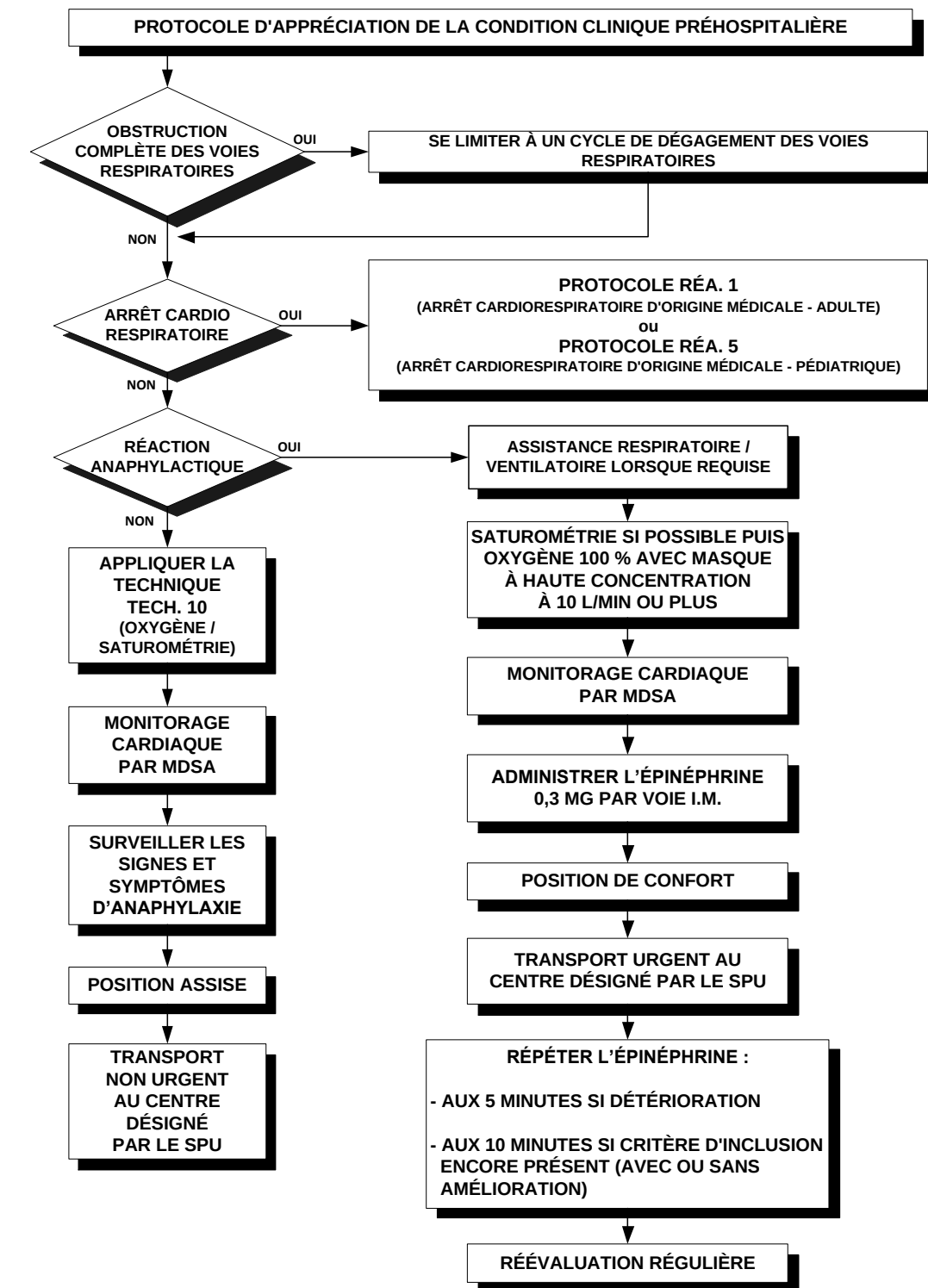
Critère d'exclusion au glucagon :

Allergie (anaphylaxie) connue au latex.

Renseignements requis

- ☐ Médication, repas, alcool; dernière glycémie capillaire.
- ☐ Apporter le carnet de glycémie ou glucomètre. Les signes et symptômes les plus fréquents d'une hypoglycémie sont : faiblesse, diaphorèse, tremblements et faim.

RÉACTION ALLERGIQUE / ANAPHYLACTIQUE



Critère d'inclusion au protocole MED. 17 :

Toute exposition à un agent causal connu ou suspecté **et présence d'un ou plusieurs signes ou symptômes d'allergie.**

Critères d'inclusion à la section sur la réaction anaphylactique :

A. Contact allergène connu ou suspecté dans les 4 heures précédant le début des symptômes **ou administration d'épinéphrine pour une réaction anaphylactique dans les derniers 7 jours (réaction biphasique).**

ET

B. Une des 2 situations suivantes :

- i. La présence d'une détresse respiratoire OU d'une défaillance circulatoire.
- ii. Présence de 2 des 4 présentations cliniques suivantes :
 - o Urticaire ou angioédème;
 - o Difficulté respiratoire;
 - o Défaillance circulatoire;
 - o Symptômes gastro-intestinaux.

Critère d'exclusion à la section sur la réaction anaphylactique :

Aucun.

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Si obstruction complète des voies respiratoires, se limiter à un cycle de dégagement des voies respiratoires.**
3. **Si ACR, se référer aux protocoles RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Adulte) ou RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Pédiatrique).**
4. **Si réaction anaphylactique :**
 - a) Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis. Prendre une saturométrie, lorsque possible, et administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.
 - b) Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique;
 - c) Administrer l'épinéphrine 0,3 mg intramusculaire 1/1000 dans la cuisse;
 - d) Position de confort;
 - e) Transport URGENT au centre désigné par le SPU;
 - f) Répéter l'épinéphrine :
 - aux 5 minutes, si le patient présente une détérioration;
 - aux 10 minutes s'il n'y a pas d'amélioration ou que les critères d'inclusion sont encore présents.

Réaction allergique / anaphylactique (suite)

5. Si réaction allergique non anaphylactique :

- a) Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie);
- b) Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique;
- c) Surveiller les signes et symptômes d'anaphylaxie;
- d) Position assise;
- e) Transport NON URGENT au centre désigné par le SPU.

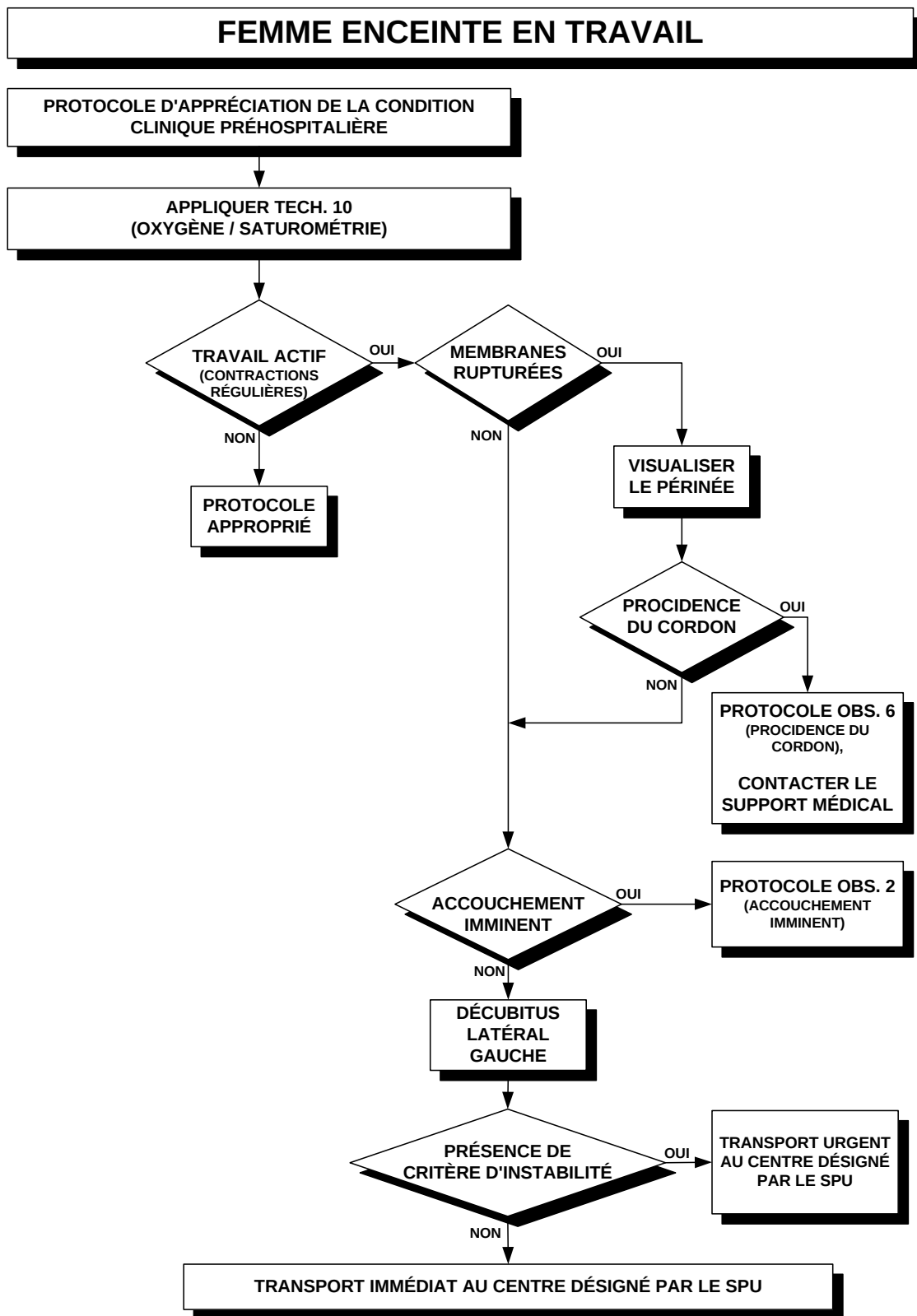
Remarques :

Si le patient s'est administré une ou plusieurs doses d'épinéphrine par auto-injecteur avant l'arrivée des TAP, la dose peut être répétée immédiatement si les critères d'inclusion sont encore présents. Pour les cas pédiatriques, se référer au protocole PED. 5 (Réaction allergique / anaphylactique).

Si le patient est connu pour des épisodes anaphylactiques mais que l'agent causal n'a pas encore été identifié, le patient doit être inclus dans le protocole même si l'histoire n'identifie pas un agent causal possible dans les 4 dernières heures.

Si le patient est en ACR, la dose d'épinéphrine à administrer est de 0,5 mg I.M. dans la cuisse, après la première tentative d'intubation, une seule fois.

PROBLÈMES OBSTÉTRICAUX



Pour tous les protocoles obstétricaux, la sage-femme a priorité au niveau des directives et de la prise en charge de la patiente jusqu'au transfert de responsabilité au centre receveur.

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Pour l'administration d'oxygène, se référer à TECH. 10 (Oxygène / Saturométrie).
3. Si le travail est actif et que les contractions sont régulières, évaluer s'il y a rupture des membranes (demander à la patiente si elle a ressenti un écoulement de liquide chaud).
4. En présence de membranes rompues, visualiser le périnée afin de déceler une procidence du cordon. Si procidence du cordon, se référer au protocole OBS. 6 (Procidence du cordon) et au support médical à distance (SMD).
5. En absence de procidence du cordon, évaluer l'imminence de l'accouchement.
6. Si accouchement imminent (envie incontrôlable de pousser, tête **ou structure** visible au niveau de la vulve ou périnée bombant), se référer au protocole OBS. 2 (Accouchement imminent).
7. Position de décubitus latéral gauche.
8. Transport IMMÉDIAT au centre désigné par le SPU si absence de critère d'instabilité.

ACCOUCHEMENT IMMINENT

PROTOCOLE D'APPRÉCIATION DE LA CONDITION CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE

CONTACTER LE SUPPORT MÉDICAL À DISTANCE (SMD) SI EXISTANT

VISUALISER LE PÉRINÉE

PROCIDENCE
DU CORDON

OUI

PROTOCOLE OBS. 6
(PROCIDENCE DU CORDON)

NON

ENVIE DE
POUSSER INCONTRÔLABLE,
TÊTE VISIBLE OU PÉRINÉE
BOMBANT

OUI

- INSTALLER LA MÈRE SUR LE DOS
- PRÉPARER LA TROUSSE
- SE LAVER LES MAINS
- REVÊTIR L'ÉQUIPEMENT DE PROTECTION CONTRE LES LIQUIDES BIOLOGIQUES

NON

PROTOCOLE
APPROPRIÉ

OXYGÈNE AVEC MASQUE À
HAUTE CONCENTRATION

DÉTERMINER LA PRÉSENTATION

PRÉSENTATION
CÉPHALIQUE

PRÉSENTATION
PAR LE SIÈGE

PRÉSENTATION
D'UN BRAS

RASSURER LA MÈRE,
L'AIDER À POUSSER,
NE PAS EMPÊCHER
LA SORTIE DE LA
TÊTE ET NE PAS
INTRODUIRE LA MAIN
DANS LE VAGIN

PROTOCOLE OBS. 3
(PRÉSENTATION PAR
LE SIÈGE)

INSTALLER LA MÈRE EN
POSITION LATÉRALE
GAUCHE.

TRANSPORT URGENT
AU CENTRE DÉSIGNÉ
PAR LE SPU

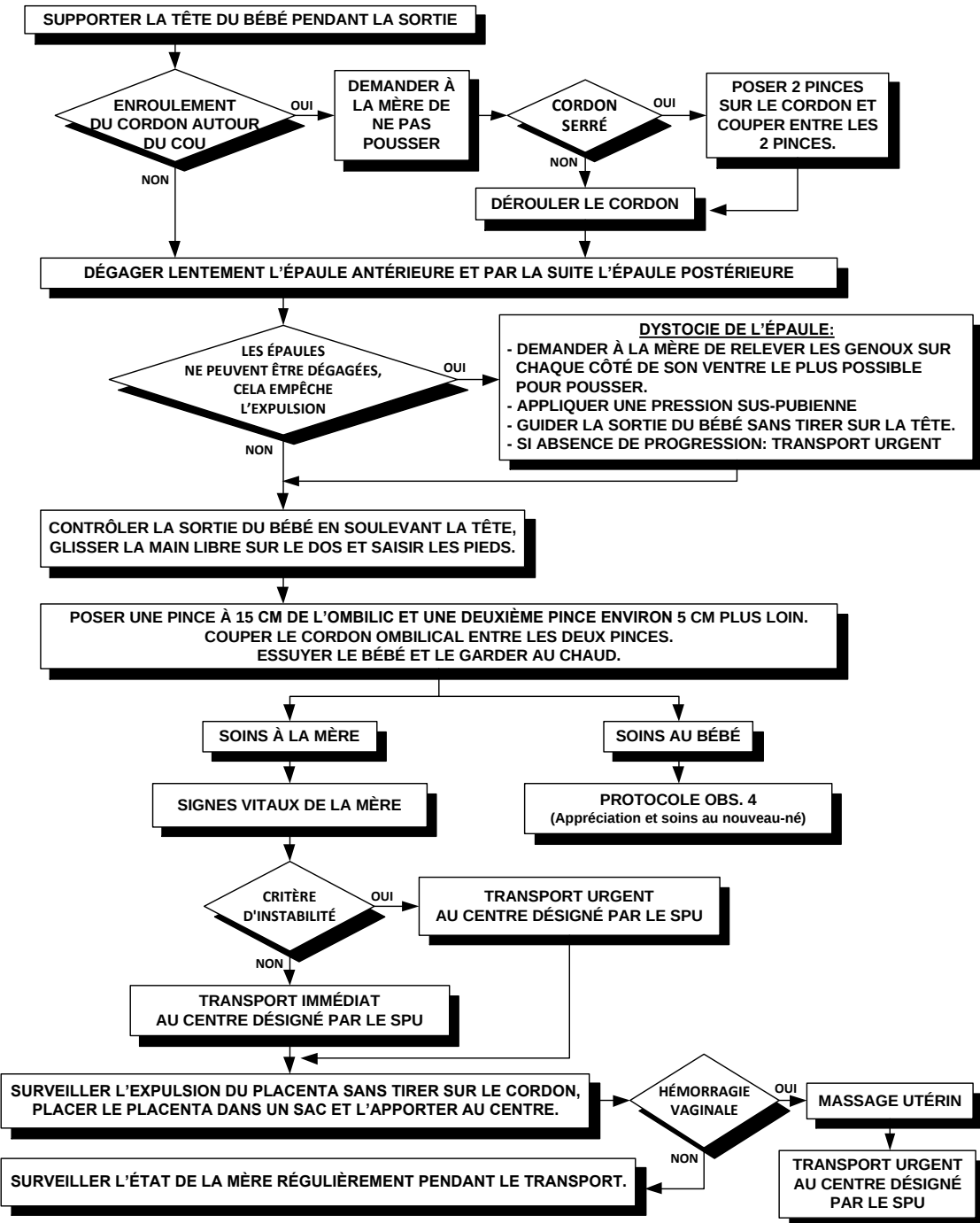
SI ABSENCE DE PROGRESSION DE LA SORTIE DE LA
TÊTE APRÈS PLUSIEURS CONTRACTIONS,
PROCÉDER AU TRANSPORT URGENT

SUPPORTER LA TÊTE DU BÉBÉ PENDANT LA SORTIE

suite à la page suivante

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Contacter le support médical à distance (SMD) lorsque possible.
3. Visualiser le périnée.
4. Si procidence du cordon, se référer au protocole OBS. 6 (Procidence du cordon).
5. Si envie de pousser incontrôlable, tête **ou structure** visible au niveau de la vulve, ou périnée bombant, se préparer pour accouchement; sinon, appliquer le protocole approprié.
6. Installer la mère sur le dos, préparer la trousse, se laver les mains, revêtir l'équipement de protection contre les liquides biologiques, incluant des gants stériles.
7. Administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.
8. Déterminer le type de présentation :
 - a) Présentation céphalique; passer à l'étape 9.
 - b) Présentation par le siège; se référer au protocole OBS. 3 (Accouchement imminent – Présentation par le siège);
 - c) Présentation d'un bras :
 - o installer la mère en position décubitus latéral gauche;
 - o transport URGENT au centre désigné par le SPU.
9. Rassurer la mère continuellement; l'aider à pousser; ne pas empêcher la sortie de la tête; ne pas introduire la main dans le vagin.
10. Si absence de progression de la sortie de la tête après plusieurs contractions, procéder au transport URGENT.
11. Supporter la tête du bébé à sa sortie.
12. Vérifier si le cordon est enroulé autour du cou de l'enfant :
 - a) Demander à la mère de ne pas pousser afin de faire cette vérification;
 - b) Si relâché, dérouler le cordon autour du cou;
 - c) Si serré, poser 2 pinces sur le cordon et couper entre les 2 pinces.
13. Dégager lentement l'épaule antérieure et, par la suite, l'épaule postérieure. Contrôler la sortie du bébé en soutenant la tête et glisser la main libre sur le dos pour saisir les membres inférieurs après l'expulsion. Pour les soins au nouveau-né, se référer au protocole OBS. 4 (Appréciation et soins au nouveau-né).

ACCOUCHEMENT IMMINENT (SUITE)



Accouchement imminent (suite)

14. Si l'expulsion du bébé ne se produit pas parce que les épaules ne peuvent être dégagées, il s'agit d'une dystocie de l'épaule. Dans ce cas, procéder comme suit :
- a) Demander à la mère de relever les genoux sur **chaque côté de son ventre** le plus possible pour pousser;
 - b) Appliquer une pression sus-pubienne;
 - c) Guider la sortie du bébé, ne pas tirer sur la tête;
 - d) Si absence de progression, transport **URGENT** au centre désigné par le SPU.
15. Documenter les signes vitaux de la mère.
16. Transport **IMMEDIAT** au centre désigné par le SPU, si absence de critère d'instabilité.
17. Surveiller l'expulsion du placenta, ne pas tirer sur le cordon; placer le placenta dans un sac et l'apporter au centre receveur.
18. Si présence d'hémorragie vaginale, effectuer un massage utérin par voie abdominale, transport **URGENT** au centre désigné par le SPU.

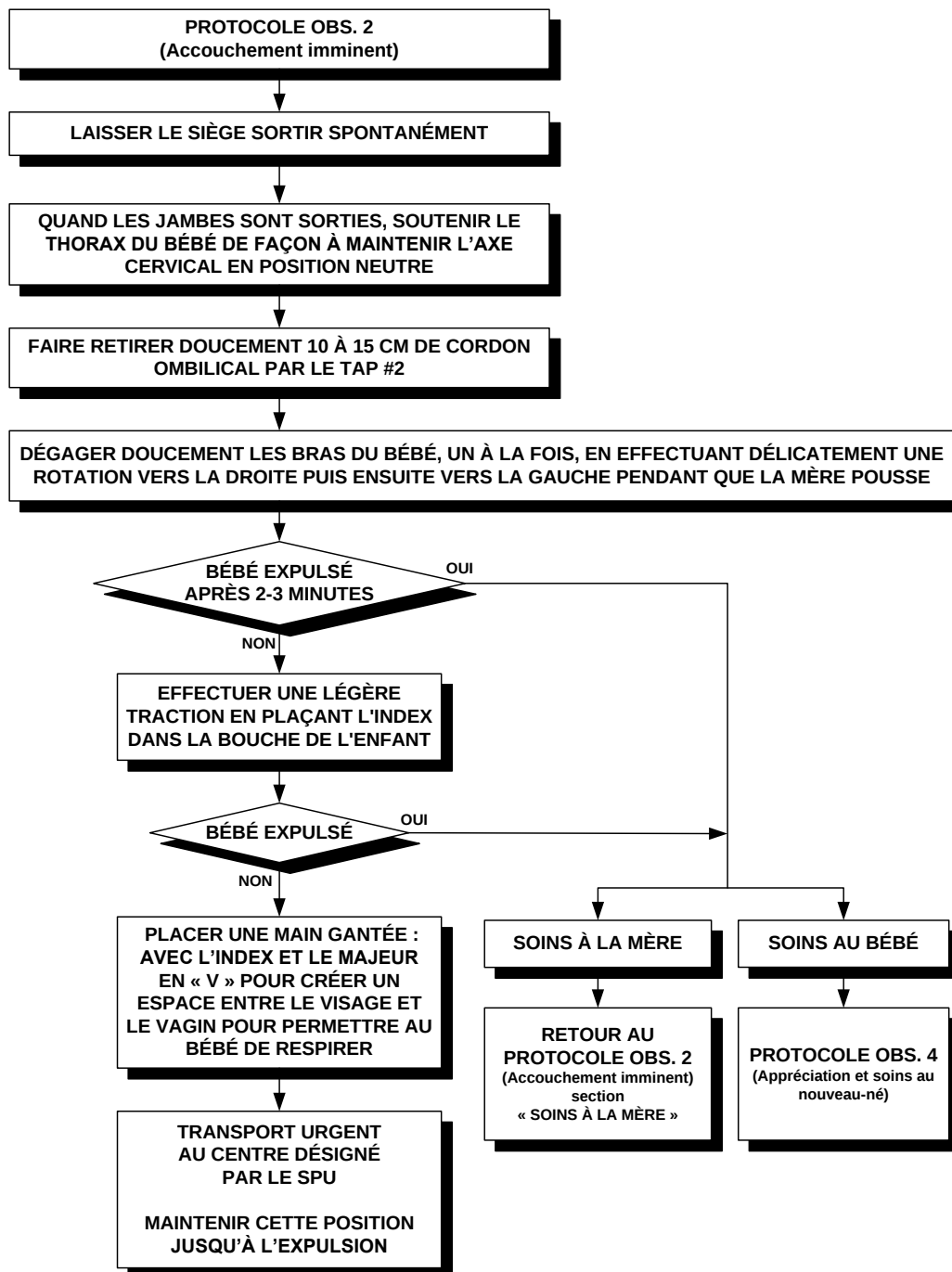
**S'il s'agit d'une grossesse gémellaire,
dès la naissance du premier enfant,
transporter immédiatement en transport URGENT
mère et enfant
dans un centre désigné par le SPU.**

**Attention : la naissance du deuxième enfant
est imprévisible,
l'accouchement peut survenir à tout moment,
ne pas retarder le transport,
à moins que le deuxième accouchement
soit aussi imminent.**

Remarque :

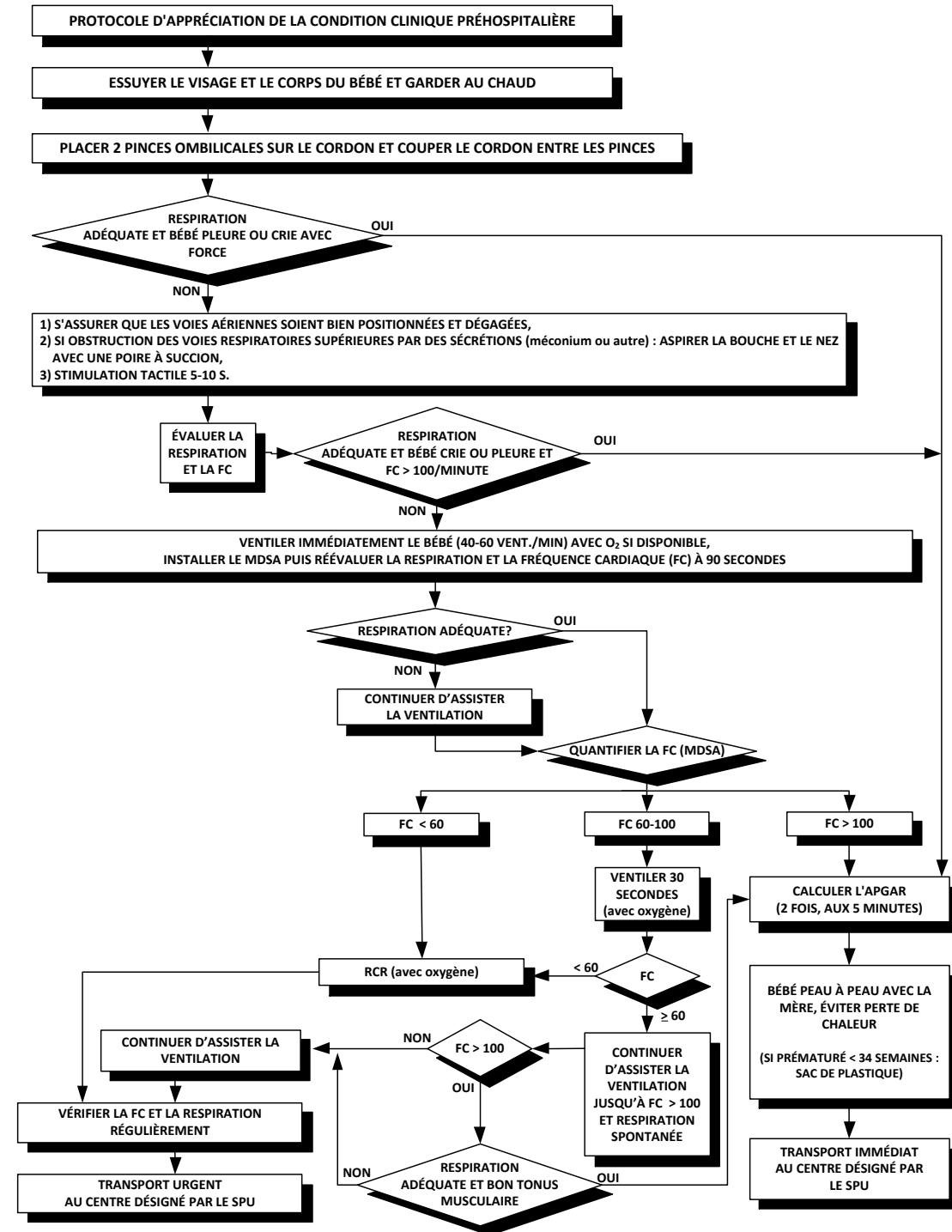
Si le bébé, lors d'un accouchement prématuré, est expulsé dans le sac amniotique, le sac doit être ouvert pour donner les soins nécessaires au bébé.

ACCOUCHEMENT IMMINENT - PRÉSENTATION PAR LE SIÈGE



1. Se référer au protocole OBS. 2 (Accouchement imminent).
2. Laisser le siège sortir spontanément.
3. Quand les jambes sont sorties, soutenir le thorax du bébé (ne pas tirer) avec une main en lui plaçant une jambe de chaque côté de l'avant-bras du technicien ambulancier paramédic. Placer l'autre main dans le dos du bébé (qui est en position antérieure) de façon à maintenir l'axe cervical en position neutre. Pour assurer une maîtrise de l'enfant, enrouler le thorax du bébé avec une serviette.
4. Faire dégager, par le TAP # 2, le cordon ombilical et retirer doucement 10 à 15 cm de cordon ombilical.
5. Dégager doucement les bras du bébé, un à la fois, en effectuant délicatement une rotation vers la droite puis ensuite vers la gauche pendant que la mère pousse.
6. Si le bébé n'est pas expulsé après 2 à 3 minutes, effectuer une légère traction en plaçant l'index dans la bouche de l'enfant.
7. Si le bébé n'est pas expulsé après cette technique, utiliser une main gantée et placer l'index et le majeur en V entre la paroi vaginale et le visage du bébé en repoussant la paroi vaginale de façon à créer un espace permettant au bébé de respirer.
8. Transport URGENT en maintenant toujours la position décrite au point 7.
9. Se référer au besoin au protocole OBS. 4 (Appréciation et soins au nouveau-né) pour les soins au bébé lorsque expulsé, ou au protocole OBS. 2 (Accouchement imminent) pour les soins à la mère.

APPRÉCIATION ET SOINS AU NOUVEAU-NÉ



Critère d'inclusion :

Tout nouveau-né de 23 semaines de grossesse ou plus, ou qui démontre des signes de vie.

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Tenir le nouveau-né entre les jambes de la mère. Essuyer le visage et le corps, et garder au chaud.**
3. **Poser une pince ombilicale à 15 cm de l'ombilic et une deuxième environ 5 cm plus loin et couper entre les deux pinces ombilicales.**
4. **Évaluer la respiration dans les 60 secondes suivant l'accouchement :**
 - a) Si le nouveau-né respire adéquatement et pleure ou crie avec force : surveiller la respiration puis passer à l'étape 6.
 - b) Dans les autres cas :
 - S'assurer que les voies aériennes sont bien positionnées et dégagées;
 - Si obstruction des voies respiratoires supérieures **par des sécrétions (méconium ou autre)**, aspirer la bouche et le nez avec une poire à succion;
 - Stimulation tactile 5 à 10 secondes;
 - Évaluer ensuite la respiration et le pouls :
 - Si le nouveau-né respire adéquatement et pleure ou crie et que son pouls est $> 100/\text{minute}$: passer à l'étape 6.
 - Dans les autres cas : passer au point 5.
5. **Si le nouveau-né ne respire toujours pas, a une respiration agonale (*gasping*), ne crie pas (ne pleure pas) ou s'il a un pouls < 100 par minute :**

Ventiler immédiatement le nouveau-né (40-60 ventilations/min), **installer le MDSA** et brancher l'oxygène lorsque disponible; réévaluer la respiration et **la fréquence cardiaque (FC)** à 90 secondes :

- a. Si la respiration est inadéquate : continuer la ventilation et réévaluer la respiration aux 30 secondes puis passer au point 5 b).
 - b. Quantifier **la FC avec le MDSA** :
 - i. Si **FC** $> 100/\text{minute}$: passer au point 6;
 - ii. Si **FC** $< 60/\text{minute}$: débiter la RCR avec oxygène;
 - iii. Si **FC** entre 60 et 100/minute : ventiler avec oxygène pendant 30 secondes supplémentaires :
 - Si **FC** $< 60/\text{minute}$: débiter la RCR avec oxygène;
 - Si **FC** $\geq 60/\text{minute}$: continuer l'assistance ventilatoire avec oxygène jusqu'à l'obtention d'une **FC** $> 100/\text{minute}$ et respiration spontanée.
6. **Calculer l'indice d'APGAR et répéter après 5 min. Voir tableau page suivante.**

Appréciation et soins au nouveau-né (suite)

7. Si prématuré (< 34 semaines), envelopper le bébé dans un sac de plastique (*food grade*) dans lequel un orifice permettra le passage de la tête.
8. Installer le bébé peau à peau sur le thorax/ventre de la mère, avec le visage du bébé exposé pour permettre de suivre son évolution clinique. Couvrir la tête du bébé pour limiter la possibilité d'hypothermie. Envelopper mère et enfant dans une couverture chaude.
9. Fixer le régulateur de température de la cabine de transport du véhicule ambulancier à son plus haut niveau.
10. Transport IMMEDIAT au centre désigné par le SPU, mère et enfant dans le même véhicule ambulancier, si absence de critère d'instabilité.
11. Surveillance continue et réappréciation sériée des signes vitaux du nouveau-né.

TABLEAU D'APGAR

APGAR	0	1	2
Battements cardiaques	Absents	Moins de 100	Plus de 100
Efforts respiratoires	Absents	Lents irréguliers	Bons pleurs
Tonus musculaire	Flasque	Flexion des extrémités	Mouvements actifs
Réflexes à la stimulation	Absents	Grimace	Pleure avec force
Coloration des téguments	Bleu pâle	Corps rose, extrémités bleues	Entièrement rose

Remarques :

La surveillance de la fréquence cardiaque doit être faite avec le MDSA et non par la prise de la FC palpable.

Avant de débiter la RCR chez le nouveau-né, le technicien ambulancier paramédic doit s'être assuré que l'assistance ventilatoire initiale effectuée est efficace.

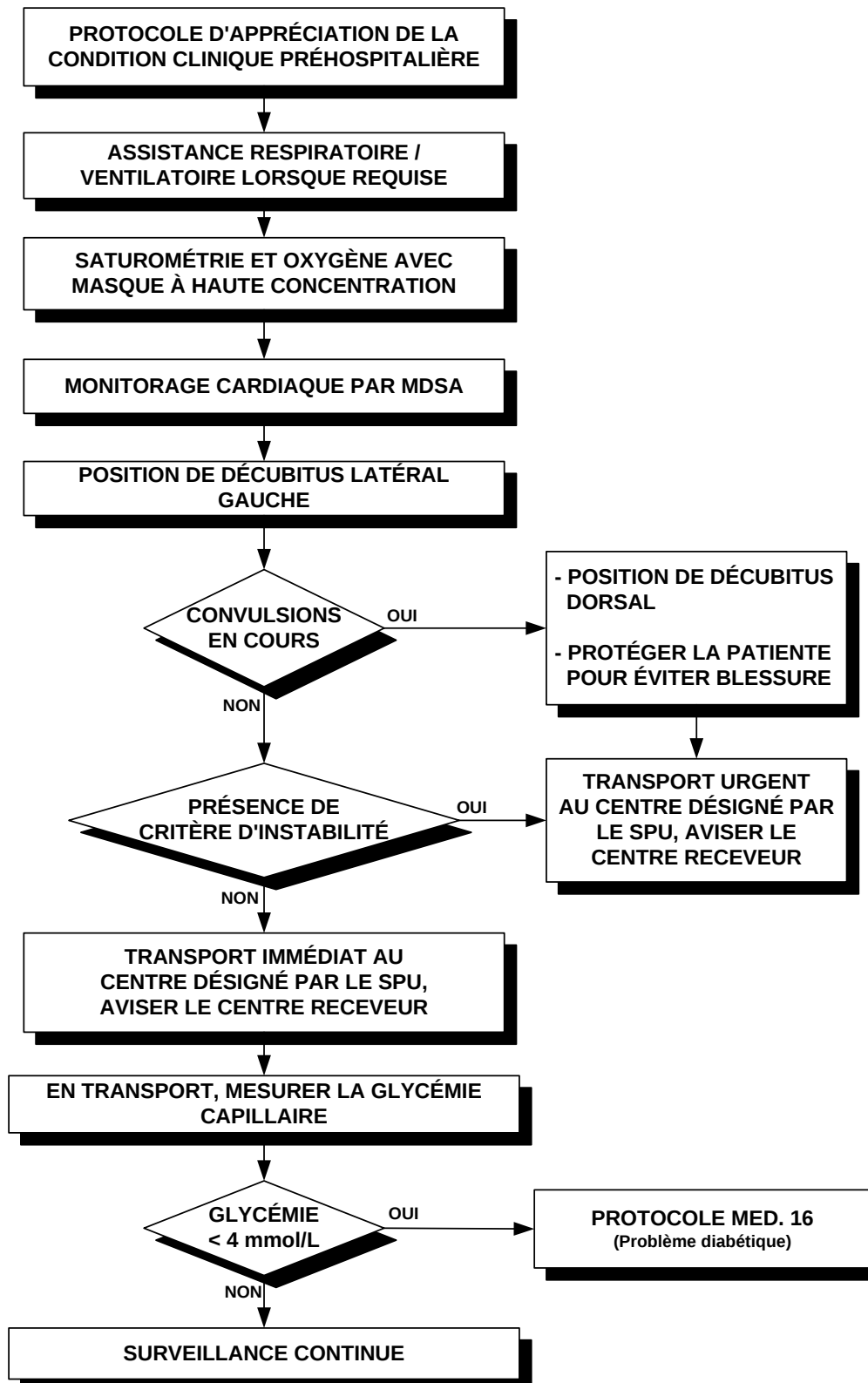
Lors d'ACR :

La technique de RCR recommandée pour les nouveau-nés, lorsque 2 intervenants sont disponibles, est la technique d'encerclement de la poitrine.

Le ratio de compressions/ventilation est 3 :1 pour une fréquence de 90 compressions et 30 ventilations par minute.

Aucune électrode de défibrillation ne doit être installée sur le nouveau-né.

CONVULSIONS DU TROISIÈME TRIMESTRE - ÉCLAMPSIE



Critère d'inclusion :

Grossesse du 3^e trimestre accompagnée d'histoire ou présence de convulsions.

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis.
3. Administrer de l'oxygène avec masque haute concentration à 10 L/min ou plus.
4. Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.
5. Position décubitus latéral gauche.
6. Si convulsion en cours :
 - a) Position décubitus dorsal;
 - b) Protéger la patiente pour qu'elle ne se blesse;
 - c) Transport **URGENT** au centre désigné par le SPU.
7. Transport **IMMEDIAT** au centre receveur désigné par le SPU, si absence de critère d'instabilité.
8. Aviser le centre receveur précocement.
9. En transport, considérer le risque d'hypoglycémie et faire une glucométrie capillaire; se référer au protocole MED. 16 (Problèmes diabétiques – hypoglycémie) au besoin.
10. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.

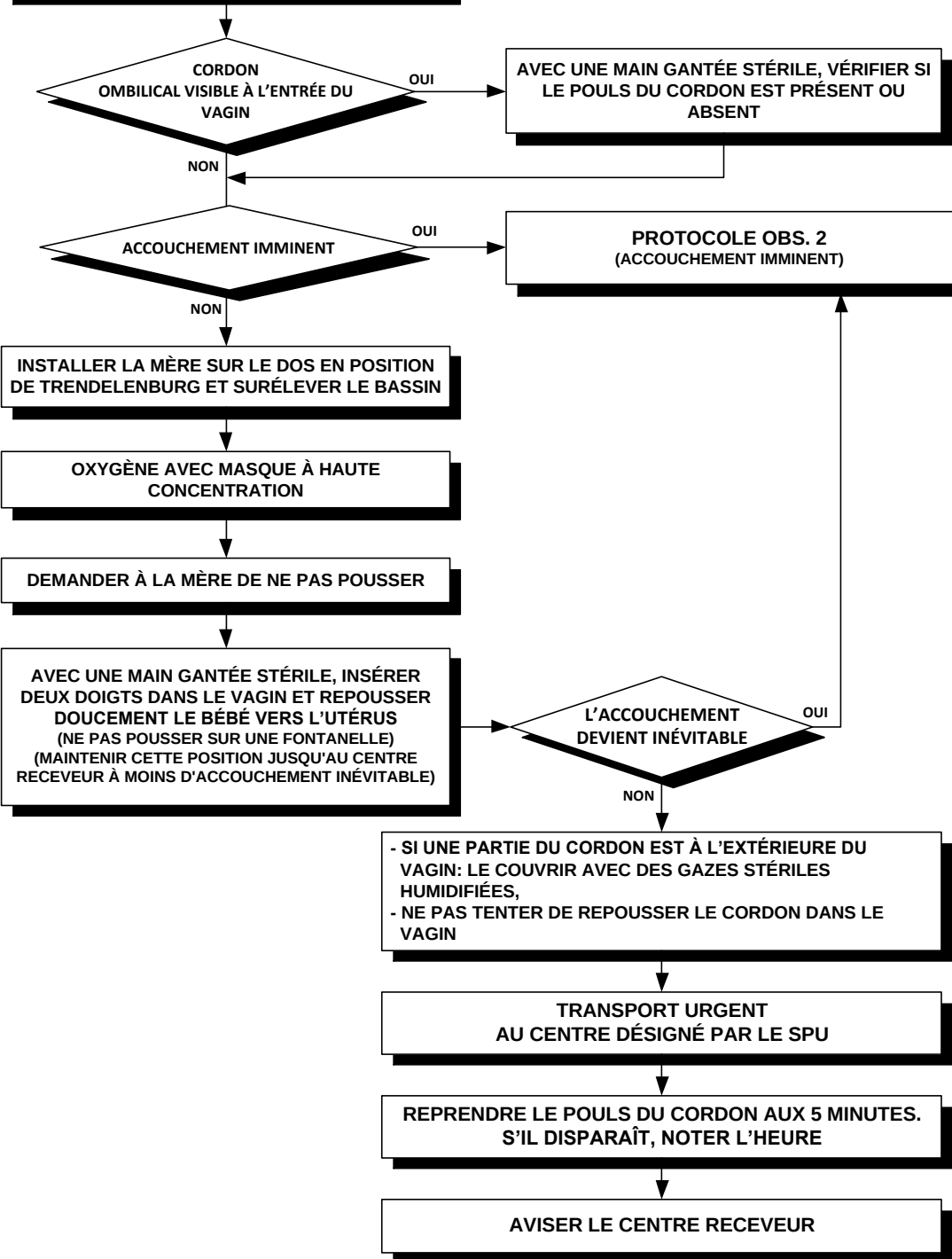
Remarques :

Éviter toute stimulation excessive.

La documentation des tensions artérielles sériees revêt une importance particulière dans ces cas.

PROCIDENCE DU CORDON

PROTOCOLE D'APPRÉCIATION DE LA CONDITION CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE



1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Si le cordon ombilical est visible à l'entrée du vagin, vérifier avec une main gantée stérile, si le pouls du cordon est présent ou absent et noter.
3. Si accouchement imminent, se préparer à procéder à l'accouchement et se référer au protocole OBS. 2 (Accouchement imminent).
4. Position de décubitus dorsal, tête vers le bas, surélever le bassin avec un ou plusieurs oreillers (position de Trendelenburg).
5. Administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.
6. Demander à la mère de ne pas pousser.
7. Avec une main gantée stérile, insérer les doigts dans le vagin. Pousser doucement sur la partie du bébé qui se présente avec la main complète. Ne pas pousser sur une fontanelle, si la tête est la partie qui se présente en premier.
8. Maintenir cette position jusqu'à l'arrivée au centre receveur.
9. Ne pas tenter de repousser le cordon dans le vagin.
10. Minimiser les manipulations du cordon et le couvrir avec des gazes stériles humidifiées (NaCl 0,9 %).
11. Transport URGENT au centre désigné par le SPU.
12. Reprendre le pouls du cordon aux 5 minutes, si possible et le noter.
13. Aviser précocement le centre receveur.

SAIGNEMENT VAGINAL

PROTOCOLE D'APPRÉCIATION DE LA CONDITION CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE

APPLIQUER TECH. 10
(OXYGÈNE / SATUROMÉTRIE)

TENSION ARTÉRIELLE
SYSTOLIQUE < 100

OUI

POSITION DE CONFORT

TRANSPORT
URGENT AU CENTRE
DÉSIGNÉ PAR LE
SPU

NON

TRAUMA
VAGINAL

OUI

APPLIQUER PANSEMENT
SEC EXTERNE

NON

GROSSESSE
> 20 SEMAINES

OUI

VÉRIFIER LA NATURE DES
PERTES ET VISUALISER.

NON

ACCOUCHEMENT
IMMINENT

OUI

PROTOCOLE OBS. 2
(ACCOUCHEMENT
IMMINENT)

NON

PROCIDENCE
DU CORDON

OUI

PROTOCOLE OBS. 6
(PROCIDENCE DU
CORDON)

NON

DÉCUBITUS
LATÉRAL GAUCHE

GROSSESSE ≤ 20 SEMAINES
(CONNUE OU SUSPECTÉE)

OUI

POSITION DE
CONFORT

NON

SERVIETTES AUX
15 MINUTES ET MOINS

OUI

TRANSPORT IMMÉDIAT AU
CENTRE DÉSIGNÉ PAR
LE SPU

NON

DOULEUR ABDOMINALE
ET SUSPICION DE GROSSESSE
OU
INSTABILITÉ

OUI

TRANSPORT IMMÉDIAT AU
CENTRE DÉSIGNÉ PAR
LE SPU

NON

TRANSPORT NON URGENT
AU CENTRE DÉSIGNÉ PAR LE SPU

SI PRÉSENCE DE DÉBRIS,
CAILLOTS IMPORTANTS
OU FOETUS < 20
SEMAINES, APPORTER AU
CENTRE HOSPITALIER

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. Administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie).
3. **Si tension artérielle systolique < 100, position de confort et transport URGENT au centre désigné par le SPU.**
4. **Si trauma vaginal :**
 - a) Pansements secs externes;
 - b) Position de confort.
5. **Grossesse $\geq$ 20 semaines (5 mois) :**
 - a) Vérification de la nature des pertes et visualisation. Si accouchement imminent, se référer au protocole OBS. 2 (Accouchement imminent). Si procidence du cordon, se référer au protocole OBS. 6 (Procidence du cordon);
 - b) Position de décubitus latéral gauche;
 - c) Transport **URGENT** au centre désigné par le SPU et se référer au support médical à distance (SMD) au besoin.
6. **Si possibilité de grossesse < 20 semaines :**
 - a) Position de confort;
 - b) Transport **IMMÉDIAT** au centre désigné par le SPU, si absence de critère d'instabilité et se référer au support médical à distance (SMD) au besoin.
7. **En l'absence de grossesse et de traumatisme :**
 - a) Si serviette sanitaire souillée aux 15 minutes et moins : transport **IMMÉDIAT** au centre désigné par le SPU.
8. **Si présence de débris, caillots importants ou fœtus < 20 sem., apporter au centre hospitalier.**
9. **Si douleur abdominale et suspicion de grossesse, transport IMMÉDIAT au centre désigné par le SPU si absence de critère d'instabilité.**
10. Transport NON URGENT au centre désigné par le SPU.
11. Surveillance continue et réappréciation sériée des signes vitaux.

Remarque :

Décompte des serviettes sanitaires.

PROBLÈMES PÉDIATRIQUES

Généralités sur les problèmes pédiatriques

1. Les problèmes pédiatriques s'adressent à tout individu morphologiquement non adulte de moins d'un mètre cinquante (1,50 m) ou cinq pieds, sauf lorsqu'un protocole donné le spécifie autrement.
2. La ventilation en pédiatrie peut s'évaluer en termes de fréquence respiratoire, mais également en fonction des critères suivants :
 - a) L'amplitude respiratoire;
 - b) L'état de conscience;
 - c) Le remplissage capillaire;
 - d) La cyanose;
 - e) Le soulèvement du thorax.
3. L'appréciation de la ventilation en pédiatrie devrait tenir compte de ces critères.
4. La bradycardie est un signe d'hypoxie sévère chez l'enfant.
5. La ventilation en pédiatrie devrait se faire avec un masque de poche à membrane souple.
6. **L'oxygénation du patient pédiatrique qui n'est pas inclus dans un protocole pédiatrique spécifique doit se faire selon le protocole adulte correspondant. (Si le patient adulte doit recevoir de l'oxygène, le patient pédiatrique doit recevoir 100 %).**
7. Une taille de 1,22 m (quatre pieds) correspond à environ 8 ans et 25 kg.

Valeurs de référence des signes vitaux chez l'enfant.

Âge	Respiration	Pouls	Tension artérielle systolique
Nouveau-né	40-60/min	100-205/min	60 mm Hg
< 1 an	24-38/min	100-190/min	70 mm Hg
1 an à 3 ans	20-30/min	70-140/min	70 + (2 X âge en années)
> 3 ans-10 ans	15-20/min	70-140/min	70 + (2 X âge en années)
> 10 ans	15-20/min	60-100/min	90-100 mm Hg

Le calcul de la tension artérielle systolique minimale chez l'enfant est de :
 $70 + (2 \times \text{l'âge en nombre d'années})$.

8. La perfusion en pédiatrie peut s'évaluer en termes de tension artérielle systolique minimale, mais également en fonction des critères suivants :
 - a) L'état de conscience;
 - b) Le remplissage capillaire;
 - c) La coloration de la peau;
 - d) La froideur des extrémités.

ATTEINTE DE L'ÉTAT DE CONSCIENCE (PÉDIATRIQUE)

PROTOCOLE D'APPRÉCIATION DE LA CONDITION CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE

ASSURER LA PERMÉABILITÉ DES VOIES RESPIRATOIRES

RÉACTION
ANAPHYLACTIQUE

OUI

PROTOCOLE PED. 5
(RÉACTION ALLERGIQUE /
ANAPHYLACTIQUE)

NON

PROBLÈME
DE VENTILATION

OUI

ASSISTER LA VENTILATION
AVEC OXYGÈNE À HAUTE
CONCENTRATION

NON

OXYGÈNE AVEC MASQUE À HAUTE CONCENTRATION

MONITORAGE CARDIAQUE PAR MDSA

SI PERFUSION INADÉQUATE,
INITIER LE TRANSPORT URGENT AU CENTRE
DÉSIGNÉ PAR LE SPU

MESURER LA GLYCÉMIE CAPILLAIRE

GLYCÉMIE CAPILLAIRE
< 4 mmol / L

OUI

PROTOCOLE MED. 16
(PROBLÈME DIABÉTIQUE /
HYPOGLYCÉMIE)

NON

POSITION DE DÉCUBITUS DORSAL,
PORTER UNE ATTENTION PARTICULIÈRE À LA
PERMÉABILITÉ DES VOIES RESPIRATOIRES

TRANSPORT URGENT
AU CENTRE DÉSIGNÉ PAR LE SPU

Critère d'inclusion :

Patient avec niveau de conscience « V », « P » ou « U ».

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Assurer la perméabilité des voies respiratoires.**
3. **Évaluer la possibilité d'une réaction anaphylactique si agent causal suspecté ou confirmé, se référer au protocole PED. 5 (Réaction allergique/anaphylactique).**
4. **Si la ventilation est inadéquate, assister la ventilation avec de l'oxygène à haute concentration à 10 L/min ou plus.**
5. **Si la ventilation est adéquate, administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.**
6. **Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.**
7. **Si la perfusion est inadéquate, transport URGENT au centre désigné par le SPU.**
8. **Considérer le risque d'hypoglycémie et faire une glucométrie capillaire; se référer au protocole MED. 16 (Problèmes diabétiques–hypoglycémie) au besoin.**
9. **Placer le patient en décubitus dorsal et porter une attention particulière à la perméabilité des voies respiratoires.**
10. **Transport URGENT au centre désigné par le SPU.**
11. **Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.**

Renseignements requis :

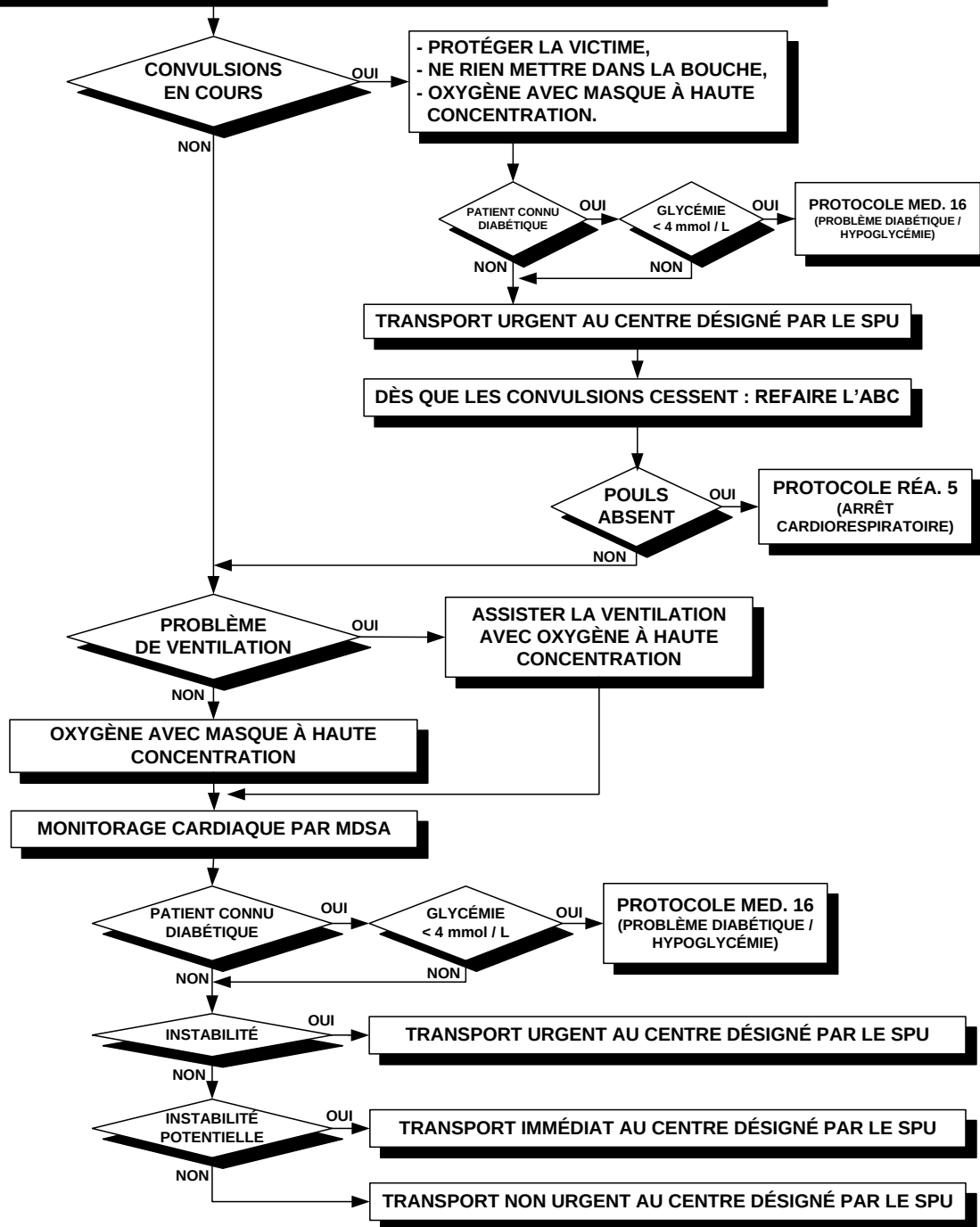
- ☐ Circonstances de l'événement.
- ☐ Antécédents médicaux.

Remarque :

Ne pas procéder à l'hyperextension du cou ou de la tête chez les enfants pour libérer les voies aériennes. Une hyperextension peut obstruer les voies respiratoires.

CONVULSIONS (PÉDIATRIQUE)

PROTOCOLE D'APPRÉCIATION DE LA CONDITION CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE



Critère d'inclusion :

Altération de l'état de conscience associée à des mouvements toniques ou cloniques localisés ou généralisés.

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**2. Si convulsions en cours :**

- a) Protéger le patient pour éviter qu'il ne se blesse;
- b) Ne rien mettre dans la bouche;
- c) Administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus;
- d) Considérer le risque d'hypoglycémie et faire une glucométrie capillaire; se référer au protocole MED. 16 (Problèmes diabétiques - hypoglycémie) au besoin.
- e) Transport **URGENT** au centre désigné par le SPU;

3. Dès que les convulsions cessent :

- a) Refaire l'ABC;
- b) En absence de pouls, débiter le protocole RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale - Pédiatrique);
- c) Si la ventilation est inadéquate, assister la ventilation avec de l'oxygène à haute concentration à 10 L/min ou plus;
- d) Si la ventilation est adéquate, administrer de l'oxygène à haute concentration à 10 L/min ou plus;
- e) Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique;
- f) Considérer le risque d'hypoglycémie et sinon déjà obtenue, faire une glucométrie capillaire; se référer au protocole MED. 16 (Problèmes diabétiques - hypoglycémie) au besoin.

4. Si les convulsions ont cessé à votre arrivée :

- a) Si la ventilation est inadéquate, assister la ventilation avec de l'oxygène à haute concentration à 10 L/min ou plus;
- b) Si la ventilation est adéquate, administrer de l'oxygène à haute concentration à 10 L/min ou plus;
- c) Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique;
- d) Même si l'état de conscience est à « A » et que le patient est diabétique, faire une glucométrie capillaire; se référer au protocole MED. 16 (Problèmes diabétiques - hypoglycémie) au besoin. Le patient doit demeurer NPO, seul le glucagon devra être administré dans cette situation.
- e) Si l'état de conscience est à « A » et que le patient n'est pas connu diabétique, **ne pas faire de glucométrie capillaire.**

Convulsions (suite)

5. Transport **URGENT** au centre désigné par le SPU si le patient ne cesse de convulser ou présente des critères d'instabilité ou transport **IMMEDIAT** si le patient présente des critères d'instabilité potentielle.
6. Transport **NON URGENT**.
7. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.

Renseignement requis :

Circonstances entourant la convulsion.

**Chez un patient diabétique,
la convulsion peut être une manifestation
d'une hypoglycémie.**

Remarques :

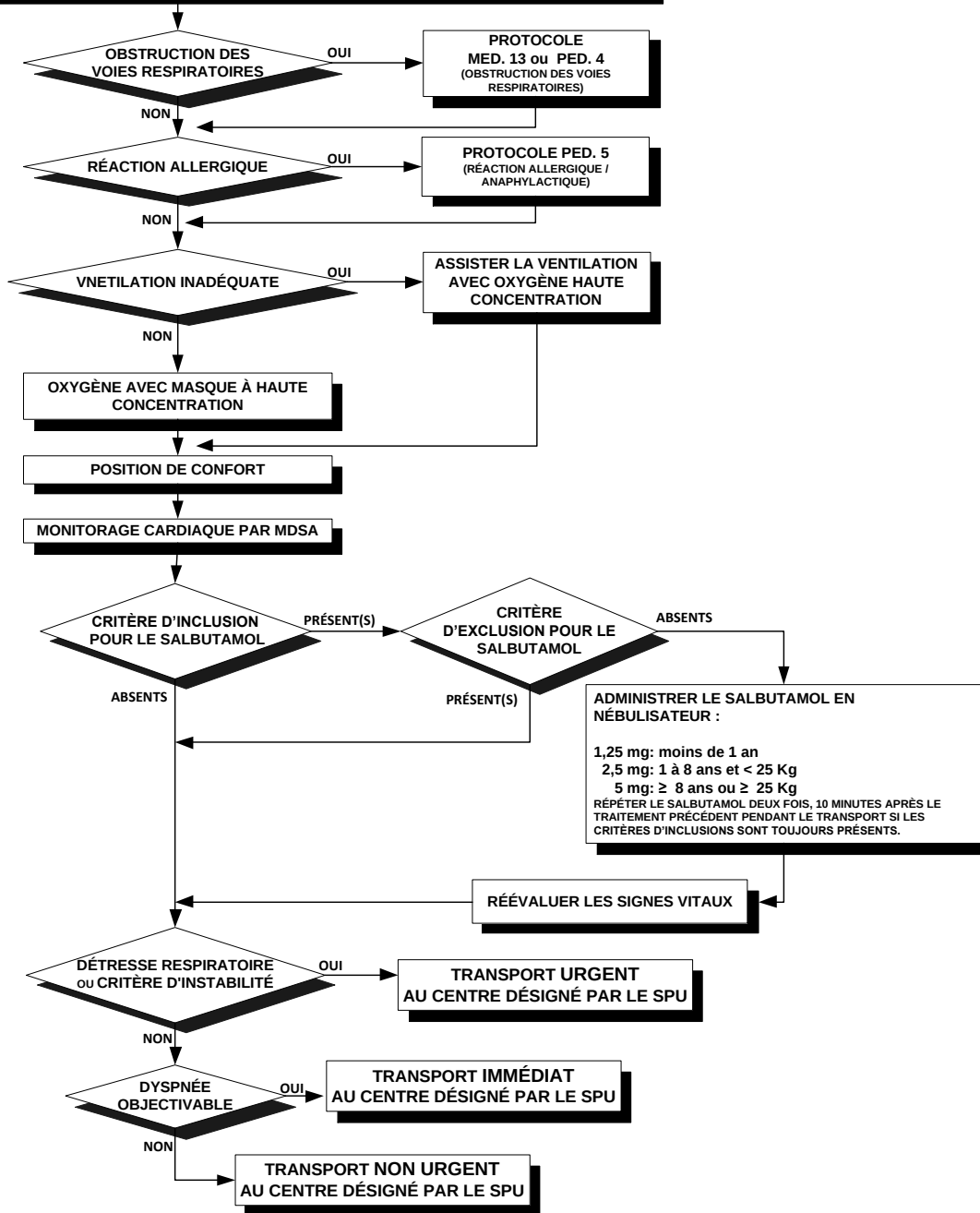
Ne pas procéder à l'hyperextension du cou ou de la tête chez les enfants pour libérer les voies aériennes. Une hyperextension peut obstruer les voies respiratoires.

Chez le patient de moins de 5 ans, les convulsions peuvent être provoquées par de l'hyperthermie importante. Il faut donc couvrir le patient le moins possible.

Les enfants de moins d'un an peuvent ne présenter que des signes oculaires lors d'une convulsion (par exemple : déviation du regard).

DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE (PÉDIATRIQUE)

PROTOCOLE D'APPRÉCIATION DE LA CONDITION CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE



Critère d'inclusion :

Patient avec difficulté respiratoire avouée (dyspnée) ou apparente (tirage, utilisation des muscles accessoires, battements des ailes du nez), bradypnée ou tachypnée pour l'âge, ou présentant des bruits respiratoires audibles.

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Si obstruction des voies respiratoires, se référer au protocole MED. 13 ou PED. 4 (Obstruction des voies respiratoires par corps étranger).**
3. **Évaluer la possibilité d'une réaction anaphylactique, si agent causal suspecté ou confirmé, se référer au protocole PED. 5 (Réaction allergique / anaphylactique).**
4. **Lorsque les interventions prescrites par les protocoles prioritaires MED. 13 ou PED. 4 (Obstruction des voies respiratoires par corps étranger) et PED. 5 (Réaction allergique / anaphylactique) sont en cours ou terminées, revenir au protocole PED. 3 (Difficulté respiratoire) s'il y a encore difficulté respiratoire.**
5. **Si la ventilation est inadéquate, assister la ventilation avec de l'oxygène à haute concentration à 10 L/min ou plus.**
6. **Si la ventilation est adéquate, administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus en positionnant le masque de manière à ne pas effrayer l'enfant.**
7. **Position de confort.**
8. **Minimiser les contacts physiques pour éviter l'agitation de l'enfant.**
9. **Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique, en prenant garde de ne pas effrayer l'enfant.**
10. **Vérifier la présence des critères d'inclusion et d'exclusion pour l'administration du salbutamol.**
11. **En présence de critères d'inclusion et absence de critère d'exclusion, administrer le salbutamol en nébulisation en prenant garde de ne pas effrayer l'enfant; documenter les signes vitaux lors de la fin du traitement.**
12. **Répéter deux fois le salbutamol 10 minutes après la fin du traitement précédent si les critères d'inclusion sont toujours présents, et ce, après avoir réévalué les signes vitaux; réévaluer les signes vitaux à nouveau, lors de la fin du traitement.**
13. **Transport URGENT au centre désigné par le SPU si détresse/insuffisance respiratoire ou présence de critères d'instabilité.**
14. **Transport IMMEDIAT au centre désigné par le SPU si présence de dyspnée objectivable ou traitement de salbutamol en cours.**

Difficulté respiratoire (suite)

15. Transport NON URGENT au centre désigné par le SPU si absence de dyspnée objectivable.

16. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.

Remarques :

Si l'enfant salive exagérément ou a de la difficulté à avaler ou a l'air anxieux et est assis, ne pas essayer de vérifier dans la bouche à cause des dangers d'épiglottite.

Signes de détérioration de l'état de l'enfant : altération de l'état de conscience, fatigue, pâleur, mouvement de la tête de haut en bas à chaque respiration, rétraction des muscles du thorax, battement des ailes du nez.

La bradycardie est un signe d'hypoxie sévère chez l'enfant.

Critère d'inclusion pour l'administration du salbutamol :

Dyspnée chez un patient connu asthmatique;

OU

Dyspnée avec difficulté respiratoire apparente chez le jeune enfant avec au moins 1 des 4 signes suivants :

- Saturation inférieure à 92 % (si obtenue et fiable);
- Cyanose;
- Tirage;
- Sibilances ou wheezing.

Critères d'exclusion pour l'administration du salbutamol :

Étouffement (obstruction des voies respiratoires);

Traumatisme (en lien avec la dyspnée);

Allergie au salbutamol.

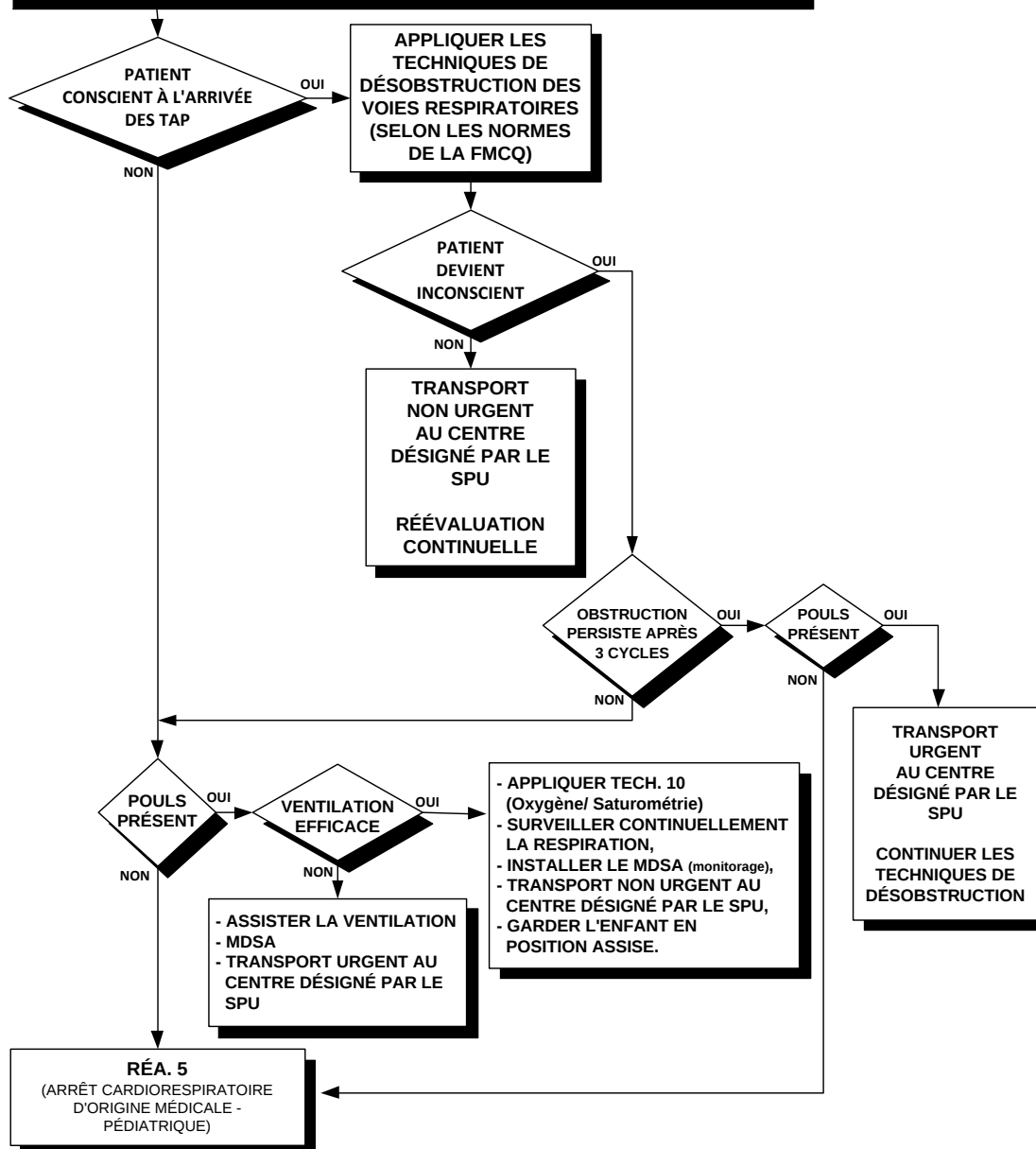
Dosage de salbutamol selon l'âge :

- Moins d'un an : 1,25 mg;
- 1 an – 7 ans (25 kg) : 2,5 mg;
- 8 ans et plus ou 25 kg et plus : 5 mg.

Le salbutamol peut être administré, après qu'une obstruction des voies respiratoires a été levée, si les critères d'inclusion et d'exclusion sont respectés.

OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES PAR CORPS ÉTRANGER (patient de moins de 1 an)

PROTOCOLE D'APPRÉCIATION DE LA CONDITION CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE



PED. 4 Obstruction complète des voies respiratoires par corps étranger (patient de moins d'un (1) an)

PED. 4

PATIENT CONSCIENT À L'ARRIVÉE

1. Appliquer les techniques de désobstruction des voies respiratoires (se référer au protocole de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC) avec les spécificités suivantes :

a) Si obstruction présente :

- Si le patient demeure conscient, continuer à appliquer sur place les manœuvres de désobstruction jusqu'à inconscience ou désobstruction;
- Si le patient devient inconscient **ou est trouvé inconscient**, procéder à une prise de pouls **brachial** :

- o Si absence de pouls :

- se référer au protocole RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale-Pédiatrique (0 à puberté));
- débiter le protocole de réanimation de façon habituelle mais initier l'évacuation après la 2^e analyse;
- effectuer une analyse unique en arrivant dans le véhicule ambulancier;
- continuer la RCR 30 :2 en transport si un seul intervenant et 15 :2 si 2 intervenants disponibles;
- transport **URGENT** au CH le plus près.

- o Si présence de pouls :

- effectuer 3 cycles de désobstruction sur place;
- si l'obstruction persiste après 3 cycles de désobstruction, transport **URGENT** au centre désigné par les SPU; continuer les cycles de désobstruction jusqu'à désobstruction ou arrivée au centre receveur.

b) Si désobstruction efficace et ventilation inadéquate :

- Si patient inconscient, prise de pouls; si absence de pouls **ou pouls < 60** se référer au protocole RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale - Pédiatrique (0 à puberté));
- Si patient conscient, ou inconscient et présence de pouls :
 - o assister la ventilation (voir Remarques);
 - o monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique;
 - o transport **URGENT** au centre désigné par le SPU.

c) Si désobstruction efficace et ventilation adéquate :

- o administrer oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie);
- o surveiller continuellement la respiration;
- o monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique;
- o transport **NON URGENT** au centre désigné par le SPU.

Obstruction complète des voies respiratoires par corps étranger (patient de moins d'un (1) an) (suite)

2. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux.

PATIENT INCONSCIENT À L'ARRIVÉE

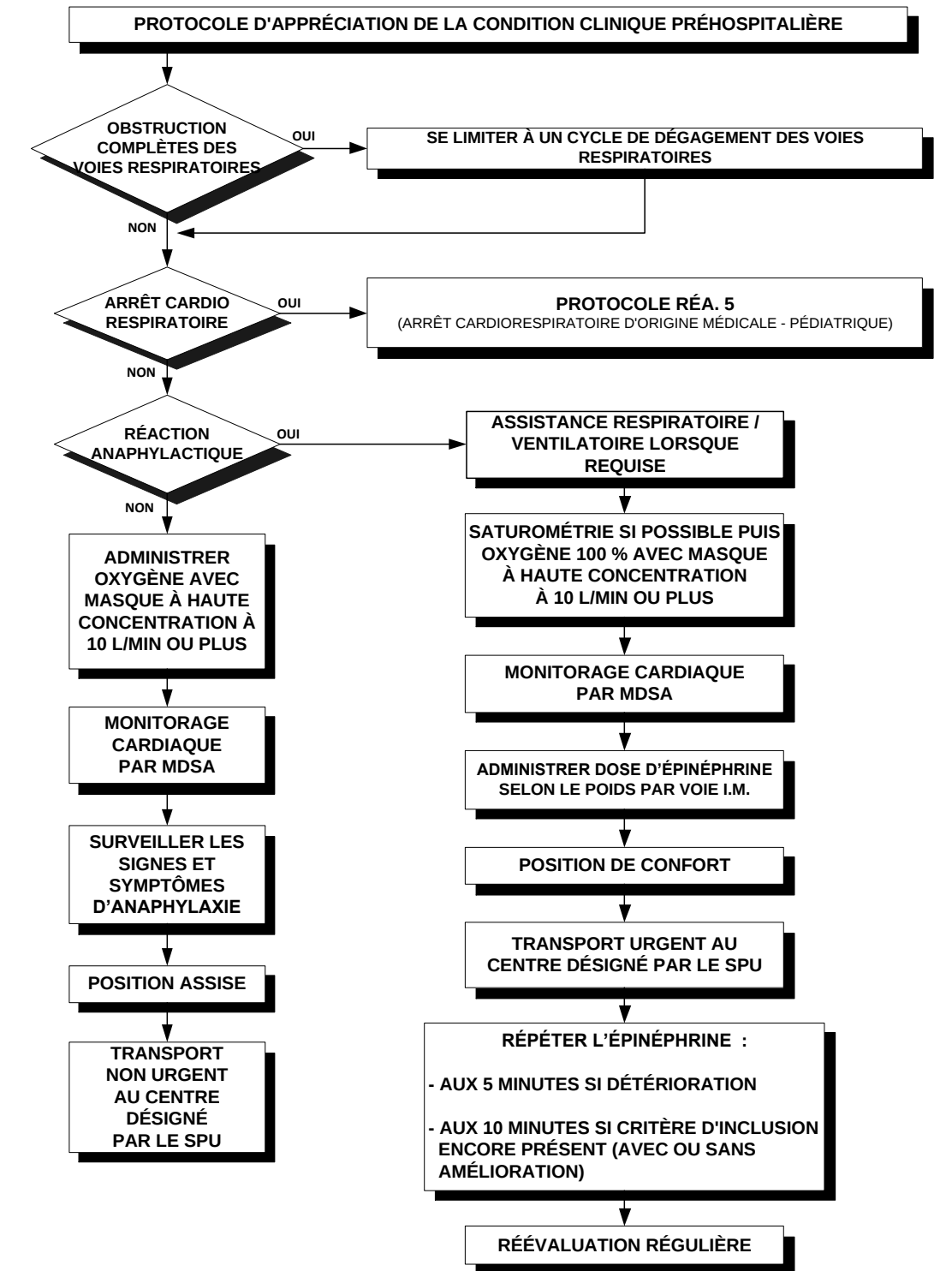
1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Si absence de pouls, se référer au protocole médical de réanimation approprié.

Remarques :

Se référer aux normes de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC pour la ventilation.

Ce protocole exige que les enfants soient monitorés, peu importe leur âge.

RÉACTION ALLERGIQUE / ANAPHYLACTIQUE (PÉDIATRIQUE)



Critère d'inclusion au protocole PED. 5 :

Toute exposition à un agent causal connu ou suspecté et présence d'un ou plusieurs signes ou symptômes d'allergie.

Critères d'inclusion à la section sur la réaction anaphylactique :

A. Contact allergène connu ou suspecté dans les 4 heures précédant le début des symptômes ou administration d'épinéphrine pour une réaction anaphylactique dans les derniers 7 jours (réaction biphasique).

ET

B. Une des 2 situations suivantes :

- i. La présence d'une détresse respiratoire OU d'une défaillance circulatoire.
- ii. Présence de 2 des 4 présentations cliniques suivantes :
 - o Urticaire ou angioédème;
 - o Difficulté respiratoire;
 - o Défaillance circulatoire;
 - o Symptômes gastro-intestinaux.

Critères d'exclusion à la section sur la réaction anaphylactique :

Aucun.

- 1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
- 2. Si obstruction complète des voies respiratoires, se limiter à un cycle de dégagement des voies respiratoires.**
- 3. Si ACR, se référer aux protocoles RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Adulte) ou RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Pédiatrique).**
- 4. Si réaction anaphylactique :**
 - a) Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis. Prendre une saturométrie, lorsque possible et indiqué selon l'âge, et administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.
 - b) Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique;
 - c) Administrer l'épinéphrine intramusculaire 1/1000 dans la cuisse selon le poids;
 - d) Position de confort;
 - e) Transport URGENT au centre désigné par le SPU;
 - f) Répéter l'épinéphrine :
 - aux 5 minutes, si le patient présente une détérioration;
 - aux 10 minutes s'il n'y a pas d'amélioration ou que les critères d'inclusion sont encore présents.

Réaction allergique / anaphylactique (suite)

5. Si réaction allergique non anaphylactique :

- a) Administrer de l'oxygène, avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus;
- b) Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique;
- c) Surveiller les signes et symptômes d'anaphylaxie;
- d) Position assise;
- e) Transport NON URGENT au centre désigné par le SPU.

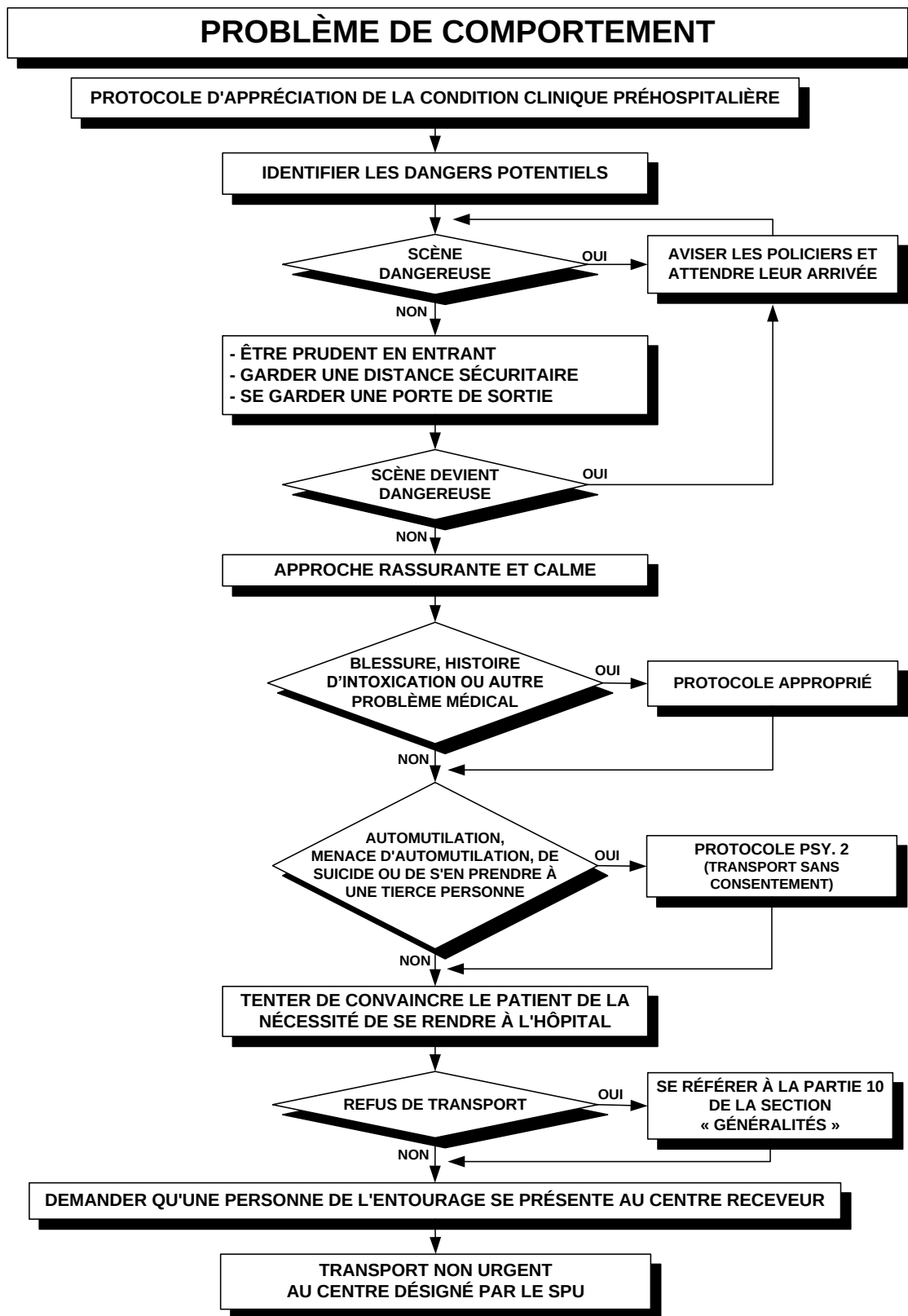
Remarques :

Si poids < 25 kg et patient présente un pouls : administrer épinéphrine 0,15 mg;
Si poids < 25 kg et patient est en ACR : administrer épinéphrine 0,30 mg;
Si poids ≥ 25 kg et patient présente un pouls : administrer épinéphrine 0,30 mg;
Si poids ≥ 25 kg et patient est en ACR : administrer épinéphrine 0,50 mg.

Si le patient s'est administré une ou plusieurs doses d'épinéphrine par auto-injecteur avant l'arrivée des TAP, la dose peut être répétée immédiatement si les critères d'inclusion sont encore présents.

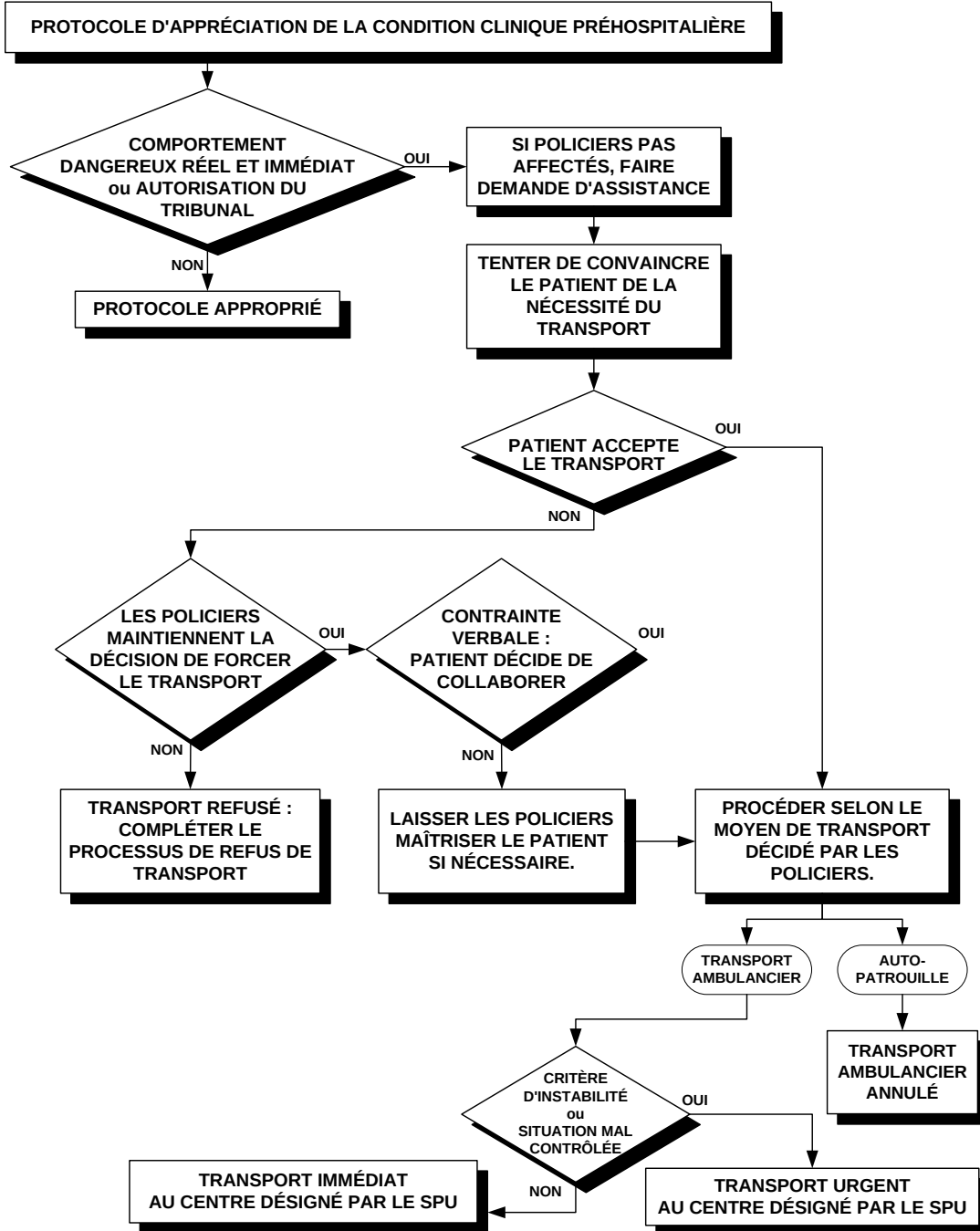
Si le patient est connu pour des épisodes anaphylactiques mais que l'agent causal n'a pas encore été identifié, le patient doit être inclus dans le protocole même si l'histoire n'identifie pas un agent causal possible dans les 4 dernières heures.

PROBLÈMES PSYCHIATRIQUES



1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Identifier les dangers potentiels. Toujours considérer la possibilité d'agressivité/violence/arme :**
 - a) Si la scène semble non sécuritaire, aviser les policiers et attendre leur arrivée;
 - b) Si la scène semble sécuritaire :
 - o être prudent en entrant, en respectant les principes de base de la formation sur la prévention des agressions;
 - o garder une distance sécuritaire entre soi et le patient;
 - o se garder une porte de sortie;
 - o si la scène devient non sécuritaire, se retirer, demander une assistance policière et attendre l'arrivée des policiers avant d'intervenir.
3. **Adopter une approche calme et rassurante auprès du patient. Éviter l'escalade en adoptant un comportement verbal et non-verbal approprié.**
4. **En présence de problèmes médicaux ou d'antécédents médicaux pouvant altérer le comportement (diabète, convulsions, etc.) se référer au protocole approprié.**
5. **Vérifier si le patient s'est infligé des blessures ou s'il menace de s'automutiler, de se suicider ou de s'en prendre à une tierce personne; en cas de comportement dangereux réel et immédiat, procéder selon le protocole PSY. 2 (Transport sans consentement).**
6. **Tenter de convaincre le patient de la nécessité de se rendre à l'hôpital.**
7. **Si problème de transport, se référer à la section 10 « Consentement, aptitude, refus et modalités de transport » présentée à la fin de la section « Généralités ».**
8. **S'assurer qu'une personne de l'entourage se présente à l'hôpital, si possible.**
9. **Transport NON URGENT au centre désigné par le SPU.**

TRANSPORT SANS CONSENTEMENT



1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Noter la présence d'un comportement dangereux réel et immédiat ou d'une autorisation du tribunal.**
3. **Si les policiers ne sont pas affectés, faire une demande d'assistance via le Centre de communication santé.**
4. **Tenter de convaincre le patient de la nécessité de se rendre à l'hôpital; si le patient accepte, procéder selon la décision des policiers sur le moyen de transport jugé adéquat par ces derniers après discussion avec ceux-ci :**
 - a) Le patient est pris en charge par le service de crise;
 - b) Les policiers prennent le patient en charge dans leur auto-patrouille;
 - c) Le patient est transporté en ambulance et un policier escorte le patient à bord de l'ambulance.
5. **Si le patient refuse, valider que les policiers maintiennent la décision de forcer le transport; si les policiers décident de ne pas forcer le patient à aller à l'hôpital, remplir un RIP en spécifiant le contexte de l'appel, les noms, matricules et numéro d'événement policiers. Cocher la case « transport refusé » et remplir la section refus du rapport d'intervention préhospitalière. La signature du patient est préférable, mais non obligatoire dans cette situation précise.**
6. **Si les policiers décident de contraindre le patient à aller à l'hôpital, se préparer pour l'exécution de la technique de contention.**
7. **Tenter une contrainte verbale, (la contrainte verbale devrait être formulée par un membre de l'équipe : policier, technicien ambulancier paramédic ou intervenant en situation de crise ayant le meilleur contact avec le bénéficiaire); si le patient accepte de collaborer, utiliser le moyen de transport jugé adéquat par les policiers :**
 - a) Les policiers prennent le patient en charge dans leur auto-patrouille;
 - b) Le patient est transporté en ambulance et un policier escorte le patient à bord de l'ambulance.
8. **Si le patient refuse de collaborer, laisser les policiers maîtriser le patient.**
9. **Si le patient est maîtrisé par les policiers, utiliser le moyen de transport jugé adéquat par les policiers après discussion avec ces derniers :**
 - a) Les policiers prennent le patient en charge dans leur auto-patrouille;
 - b) Le patient est transporté en ambulance et un policier escorte le patient à bord de l'ambulance.
10. **Exécuter la technique de contention si requise. La décision de la position de transport lors de la pose de contentions relève des techniciens ambulanciers paramédics.**
11. **Transport URGENT si le patient présente des critères d'instabilité ou si la situation est mal contrôlée.**

Transport sans consentement (suite)

12. Transport IMMÉDIAT vers le centre désigné par le SPU si absence d'instabilité.
13. Demander au policier de signer la section Assistance policière, Loi P.-38.001 sur le RIP.
14. Surveillance continue et réappréciation sériée des signes vitaux.

Remarques :

En tout temps, si l'intervenant du centre de crise désigné est présent, il doit être invité à accompagner le patient au centre hospitalier receveur, dans le module de soins du véhicule ambulancier.

Outre l'état physique du patient qui peut faire en sorte de rendre nécessaire un transport ambulancier, le transport en ambulance peut être requis par les policiers pour un des motifs suivants : le patient est agité ou contentonné ou psychologiquement instable ou encore pour une question de sécurité.

Certains corps de police s'oppose à la signature du RIP, ne pas insister si le policier refuse. Assurez-vous de bien documenter si le policier accompagne le patient à l'hôpital dans le transport (dans le véhicule ambulancier ou suit l'ambulance).

Extrait de la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001)

8. Un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne auprès d'un établissement visé à l'article 6:

1° à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui;

2° à la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du Code civil, lorsqu'aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible, en temps utile, pour évaluer la situation. Dans ce cas, l'agent doit avoir des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Sous réserve des dispositions de l'article 23 et des urgences médicales jugées prioritaires, l'établissement auprès duquel la personne est amenée doit la prendre en charge dès son arrivée et la faire examiner par un médecin, lequel peut la mettre sous garde préventive conformément à l'article 7.

Dans le présent article, on entend par «service d'aide en situation de crise» un service destiné à intervenir dans les situations de crise suivant les plans d'organisation de services en santé mentale prévus par les lois sur les services de santé et les services sociaux.

14. L'agent de la paix qui agit en vertu de l'article 8 ou la personne qui, conformément à une ordonnance du tribunal, amène une personne auprès d'un établissement pour qu'elle soit gardée afin de subir une évaluation psychiatrique doit l'informer de ce fait, du lieu où elle est amenée et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat.

Il demeure responsable de cette personne jusqu'à ce que celle-ci soit prise en charge par l'établissement.

PROBLÈMES MÉDICO-LÉGAUX

Critères d'inclusion (basés sur la Loi sur la protection de la jeunesse-LPJ) :

Présence d'un ou plusieurs des éléments suivants :

- a) Abandon;
- b) Négligence;
- c) Mauvais traitements psychologiques;
- d) Abus sexuels;
- e) Abus physiques;
- f) Troubles de comportements sérieux.

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
2. **Se référer au protocole approprié selon les signes et symptômes en présence.**
3. **Si le technicien ambulancier paramédic a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens des paragraphes *d* et *e* du deuxième alinéa de l'article 38 de la LPJ (abus sexuel ou abus physique), il est tenu de signaler sans délai la situation au directeur (de la protection de la jeunesse). C'est l'OBLIGATION du technicien ambulancier paramédic de signaler tout cas répondant à ces critères, même si plusieurs intervenants sont impliqués dans le dossier (exemple : médecins, infirmières, policiers, etc.).**
4. **Si le technicien ambulancier paramédic a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens des paragraphes *a*, *b*, *c* ou *f* du deuxième alinéa de l'article 38 (voir les critères d'inclusion au protocole) ou au sens de l'article 38.1 de la LPJ, il peut signaler la situation au directeur.**
5. **Le technicien ambulancier paramédic est tenu d'apporter l'aide nécessaire à un enfant qui désire saisir les autorités compétentes d'une situation compromettant sa sécurité ou son développement, ceux de ses frères et soeurs ou ceux de tout autre enfant.**
6. **Si un transport est effectué, donner le maximum d'informations à l'équipe médicale au centre désigné par le SPU (circonstances, comportement des parents ou du gardien, état du logement, etc.).**

Téléphone de la DPJ de votre région :

Renseignements requis :

- ☐ Circonstances.
- ☐ Comportement des parents.
- ☐ État du logement

Extrait de la loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c.P-34.1, a. 38)

CHAPITRE IV INTERVENTION SOCIALE

SECTION I SÉCURITÉ ET DÉVELOPPEMENT D'UN ENFANT

38. Pour l'application de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux.

On entend par:

a) abandon: lorsque les parents d'un enfant sont décédés ou n'en n'assument pas de fait le soin, l'entretien ou l'éducation et que, dans ces deux situations, ces responsabilités ne sont pas assumées, compte tenu des besoins de l'enfant, par une autre personne;

b) négligence:

1° lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux:

i. soit sur le plan physique, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement compte tenu de leurs ressources;

ii. soit sur le plan de la santé, en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale;

iii. soit sur le plan éducatif, en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement appropriés ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour assurer sa scolarisation;

2° lorsqu'il y a un risque sérieux que les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux de la manière prévue au sous-paragraphe 1°;

c) mauvais traitements psychologiques: lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, **du contrôle excessif**, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale;

d) abus sexuels:

1° lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

Extrait de la loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c.P-34.1, a.38) (suite)

2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

e) abus physiques:

1° lorsque l'enfant subit des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou de la part d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des sévices corporels ou d'être soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

f) troubles de comportement sérieux: lorsque l'enfant, de façon grave ou continue, se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ou que l'enfant de 14 ans et plus s'y oppose.

1977, c. 20, a. 38; 1981, c. 2, a. 8; 1984, c. 4, a. 18; 1994, c. 35, a. 23; 2006, c. 34, a. 14.

38.1. La sécurité ou le développement d'un enfant peut être considéré comme compromis:

a) s'il quitte sans autorisation son propre foyer, une famille d'accueil ou une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre de réadaptation ou un centre hospitalier alors que sa situation n'est pas prise en charge par le directeur de la protection de la jeunesse;

b) s'il est d'âge scolaire et ne fréquente pas l'école ou s'en absente fréquemment sans raison;

c) si ses parents ne s'acquittent pas des obligations de soin, d'entretien et d'éducation qu'ils ont à l'égard de leur enfant ou ne s'en occupent pas d'une façon stable, alors qu'il est confié à un établissement ou à une famille d'accueil depuis un an.

42. Un adulte est tenu d'apporter l'aide nécessaire à un enfant qui désire saisir les autorités compétentes d'une situation compromettant sa sécurité ou son développement, ceux de ses frères et soeurs ou ceux de tout autre enfant.

MED.-LEG. 2 Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable (Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures)

MED.-LEG. 2

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Mettre le moniteur défibrillateur semi-automatique sous tension dès l'arrivée sur les lieux de l'intervention.
3. Comme la priorité est l'accès à l'usager, les policiers doivent permettre immédiatement cet accès aux ressources préhospitalières. En cas de refus, les techniciens ambulanciers paramédics doivent expliquer l'importance de cette priorité aux policiers et quitter les lieux si le refus est maintenu.

4. Constater l'arrêt cardiorespiratoire :

Lorsque :

C = absence de pouls

ET

A+B = impossibilité d'ouvrir les mâchoires et de ventiler en raison d'une rigidité cadavérique*

ET

Lecture de rythme sur le moniteur défibrillateur semi-automatique pendant une minute démontrant une asystolie (ligne horizontale).

Aucune manœuvre de réanimation.

5. Si possibilité de ventiler le patient, se référer à RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Adulte) ou RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale-Pédiatrique).
6. Tenter d'appeler un médecin via le Centre de communication santé, la compagnie ambulancière ou le SMD selon la procédure régionale, afin de faire constater le décès.
7. Si un médecin est disponible dans un laps de temps raisonnable (à déterminer régionalement) et que celui-ci a effectué le constat :
 - a) Indiquer que le constat a été effectué et apposer les nom et numéro de pratique du médecin sur le RIP;
 - b) Décrire les problèmes rencontrés, s'il y a lieu;
 - c) Quitter les lieux.

Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable (Mort obscure ou non datant de plusieurs heures) (suite)

8. Si aucun médecin n'est disponible :

- a) Transport **NON URGENT** au centre désigné par le SPU pour qu'un médecin puisse constater le décès;
- b) Décrire les problèmes rencontrés, s'il y a lieu.

9. Toutes les situations problématiques liées à l'application de ce protocole doivent être soumises au directeur médical régional pour suivi du dossier.

Remarques :

Lors de la mise sous tension du moniteur défibrillateur semi-automatique, aviser les personnes présentes que les conversations sont enregistrées.

* Lorsque le patient est, de toute évidence en état de rigidité, il est approprié de procéder à la validation de l'impossibilité de ventiler (étape B) sans avoir fait un cycle de massage cardiaque).

En présence d'arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable, si rythme cardiaque régulier présent à l'écran, informez-vous de la présence d'un stimulateur cardiaque chez le patient. Si seule présence de spicules de stimulateur visibles, le présent protocole peut être appliqué.

Sur les lieux d'une scène de crime ou d'une scène suspecte :

- a) Prendre garde de ne pas déplacer ou manipuler des objets au moment d'une intervention;
- b) Ne pas utiliser le téléphone du patient;
- c) Demander l'intervention des ressources policières, si elles ne sont pas présentes sur la scène
 - o observer et détailler la scène;
 - o protéger la scène, éviter que des curieux ne s'approchent;
 - o ne pas fouiller les lieux afin de trouver des informations relatives au patient (identification, médicaments, etc.);
 - o ne pas répondre aux questions des journalistes et ne jamais dévoiler l'identité du patient.

Critère d'inclusion :

Patient en arrêt cardiorespiratoire confirmé.

Critères d'exclusion :

Suicide, homicide.

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Mettre le moniteur défibrillateur semi-automatique sous tension dès l'arrivée sur les lieux de l'intervention.
3. Dictier un rapport verbal succinct de la situation sur la bande audio du moniteur.
4. Demander l'attestation de non-initiation de la réanimation. Vérifier que le document a été signé par l'usager ou son représentant légal.
5. En l'absence d'une ordonnance écrite de non-initiation de réanimation, une ordonnance verbale de non-initiation de réanimation doit être respectée au même titre qu'une ordonnance écrite. L'ordonnance verbale peut être émise dans l'ordre, par **un mandataire, un tuteur, un curateur**, un conjoint légal, un membre de la famille ou toute personne ayant un lien significatif avec l'usager.

Dans un tel cas, inscrire clairement sur le RIP et/ou mentionner verbalement pour enregistrement le nom de la personne ayant signifié l'ordonnance de non-initiation de la réanimation ainsi que son lien avec l'usager. La section refus de soins du rapport d'intervention préhospitalière doit être complétée.

6. S'il y a désaccord parmi les proches de la famille sur l'ordonnance verbale de non-initiation de la réanimation, procéder au protocole RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale - Adulte) ou RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Pédiatrique) après confirmation de l'arrêt cardiorespiratoire.
7. S'il y a une ordonnance écrite de non-initiation de la réanimation et qu'un des proches insiste pour qu'il y ait des manœuvres, débiter le protocole RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale - Adulte) ou RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale- Pédiatrique).
8. Toutes les situations problématiques liées à l'application de ce protocole doivent être soumises au directeur médical régional pour suivi du dossier.
9. Bien documenter le dossier en tout temps.

Remarques :

Lors de la mise sous tension du moniteur défibrillateur semi-automatique, aviser les personnes présentes que les conversations sont enregistrées.

S'il s'agit d'un suicide, sans suspicion d'homicide, chez un patient qui était déjà dans un contexte de maladie dégénérative, terminale ou incurable, la demande de non-réanimation peut être respectée s'il y a consensus des représentants du patient et en absence d'objection policière.

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Théoriquement, les services préhospitaliers ne devraient pas être appelés si la personne décédée présente une des caractéristiques suivantes :
 - a) Ossements
 - b) Décapitation
 - c) Sectionnement complet du corps
 - d) Compression totale du crâne
 - e) Évidement du crâne
 - f) Putréfaction avancée
 - g) Adipocire
 - h) Momification
 - i) Calcination

Selon le règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents : *LE CORONER OU LA PERSONNE EXERÇANT LES POUVOIRS DU CORONER DOIT S'ASSURER QUE LE DÉCÈS A ÉTÉ CONSTATÉ PAR UN MÉDECIN AVANT DE FAIRE TRANSPORTER LE CADAVRE À LA MORGUE ET OBTENIR UN ÉCRIT À CET EFFET. TOUTEFOIS, LE CONSTAT DE DÉCÈS PAR UN MÉDECIN N'EST PAS NÉCESSAIRE LORSQU'IL S'AGIT D'OSSEMENTS OU LORSQUE LE CADAVRE D'UNE PERSONNE PRÉSENTE, LORS DE SA DÉCOUVERTE, DES SIGNES ÉVIDENTS DE DÉCAPITATION, DE SECTIONNEMENT COMPLET DU CORPS, DE COMPRESSION COMPLÈTE OU D'ÉVIDEMENT DU CRÂNE, DE PUTRÉFACTION AVANCÉE, D'ADIPOCIRE, DE MOMIFICATION OU DE CALCINATION.*

3. Lorsque les services préhospitaliers sont appelés sur les lieux où une personne présente l'une des caractéristiques énumérées au point 2, suite à une appréciation de l'état du patient, ne pas faire de manœuvres de réanimation. L'utilisation du moniteur défibrillateur semi-automatique **pour documenter le rythme** n'est pas applicable.

Le technicien ambulancier paramédic doit donner l'avis au coroner, en informant le policier qui est sur les lieux, de sa décision de ne pas intervenir et quitter les lieux. Dans ce cas-ci, le policier représente le coroner.

Le policier n'a pas besoin d'un constat de décès par un médecin pour prendre possession du cadavre au nom du coroner et peut le faire transporter à la morgue par un fourgon.

Lorsqu'un support médical à distance (SMD) est disponible pour effectuer le constat de décès à distance, le TAP fait appel à celui-ci.

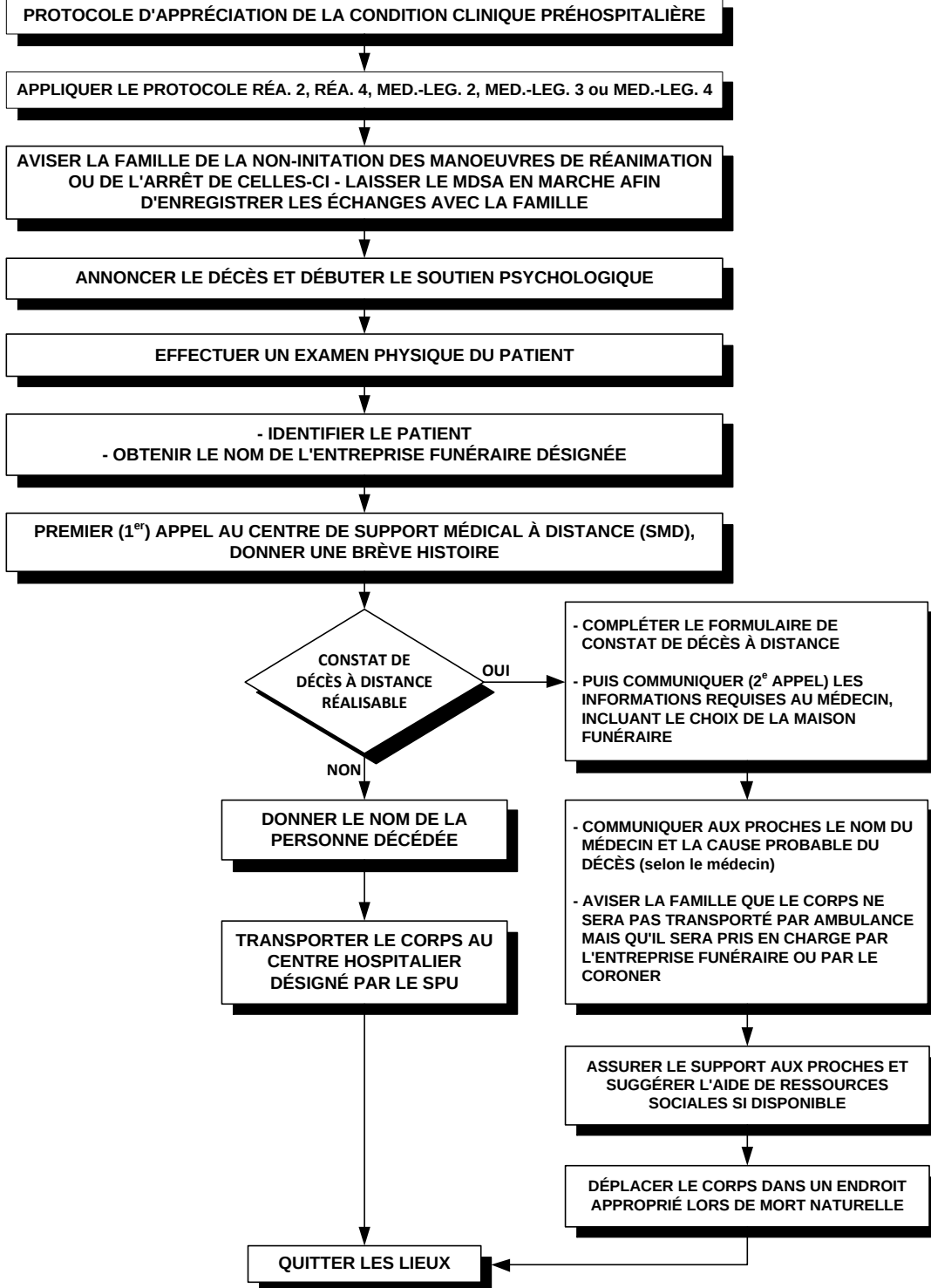
4. Aucun cas de mort évidente ne doit être transporté dans un véhicule ambulancier, à moins de situations très exceptionnelles.
5. Toute situation problématique doit être soumise au directeur médical régional pour un suivi du dossier.

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Prendre charge de l'utilisateur selon les protocoles habituels. Aviser le médecin/sage-femme que les techniciens ambulanciers paramédics agissent selon des protocoles approuvés par les directions médicales nationale et régionales.
3. Si le médecin / sage-femme veut prendre en charge l'utilisateur, noter au dossier ses nom et numéro de pratique au Québec.
4. Demander l'accompagnement et le noter au dossier.
5. Toute situation problématique doit être soumise au directeur médical régional pour suivi de dossier.

Remarque :

Seul, un médecin avec un permis de pratique du Québec peut rédiger un constat de décès au Québec.

CONSTAT DE DÉCÈS À DISTANCE



Application préalable d'un des protocoles suivants :

RÉA. 2	Arrêt des manoeuvres lors d'ACR d'origine médicale
RÉA. 4	Arrêt des manoeuvres lors d'ACR d'origine traumatique et hémorragique
MED.-LEG. 2	ACR avec réanimation impraticable
MED.-LEG. 3	Directives de non-initiation de la réanimation
MED.-LEG. 4	Mort évidente

- 1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.**
- 2. Aviser la famille de la non-initiation des manoeuvres de réanimation ou de l'arrêt de celles-ci, laisser le MDSA en fonction et continuer à enregistrer les échanges avec la famille.**
- 3. Annoncer le décès et débiter le soutien psychologique.**
- 4. Effectuer un examen physique du patient à la recherche de marques de violence ou de tous autres signes qui pourraient être utiles à déterminer la cause du décès.**
- 5. Identifier la personne décédée et obtenir de la famille l'entreprise funéraire désignée.**
- 6. 1^{er} appel : contacter le centre de support médical à distance (SMD) dans tous les cas de décès.**
 - a) Donner une brève histoire (nom, NAM, circonstances) et antécédents.
 - b) Avertir le SMD de la demande spontanée d'autopsie par la famille, le cas échéant.
 - c) Demander au SMD si le constat de décès à distance peut être réalisé.
- 7. Si le constat de décès à distance peut être réalisé :**
 - a) Compléter le questionnaire de constat de décès à distance puis effectuer un **2^e appel** au SMD.
 - b) Communiquer toutes les informations requises au SMD, dont le choix de l'entreprise funéraire.
 - c) Communiquer aux proches présents : le nom du médecin qui a procédé au constat de décès et la cause probable du décès.
 - d) Aviser la famille que le corps ne sera pas transporté en ambulance au CH mais pris en charge par l'entreprise funéraire désignée par les proches, ou par le coroner.
 - e) Assurer le support aux proches et suggérer l'aide de ressources sociales, si disponibles.
 - f) Déplacer le corps dans un endroit approprié lors de mort naturelle.
- 8. Si le constat de décès à distance ne peut être réalisé, transporter le corps au centre hospitalier désigné par le SPU et donner les informations minimales au SMD pour le registre de constat de décès à distance.**
- 9. Quitter les lieux.**

Constat de décès à distance (suite)

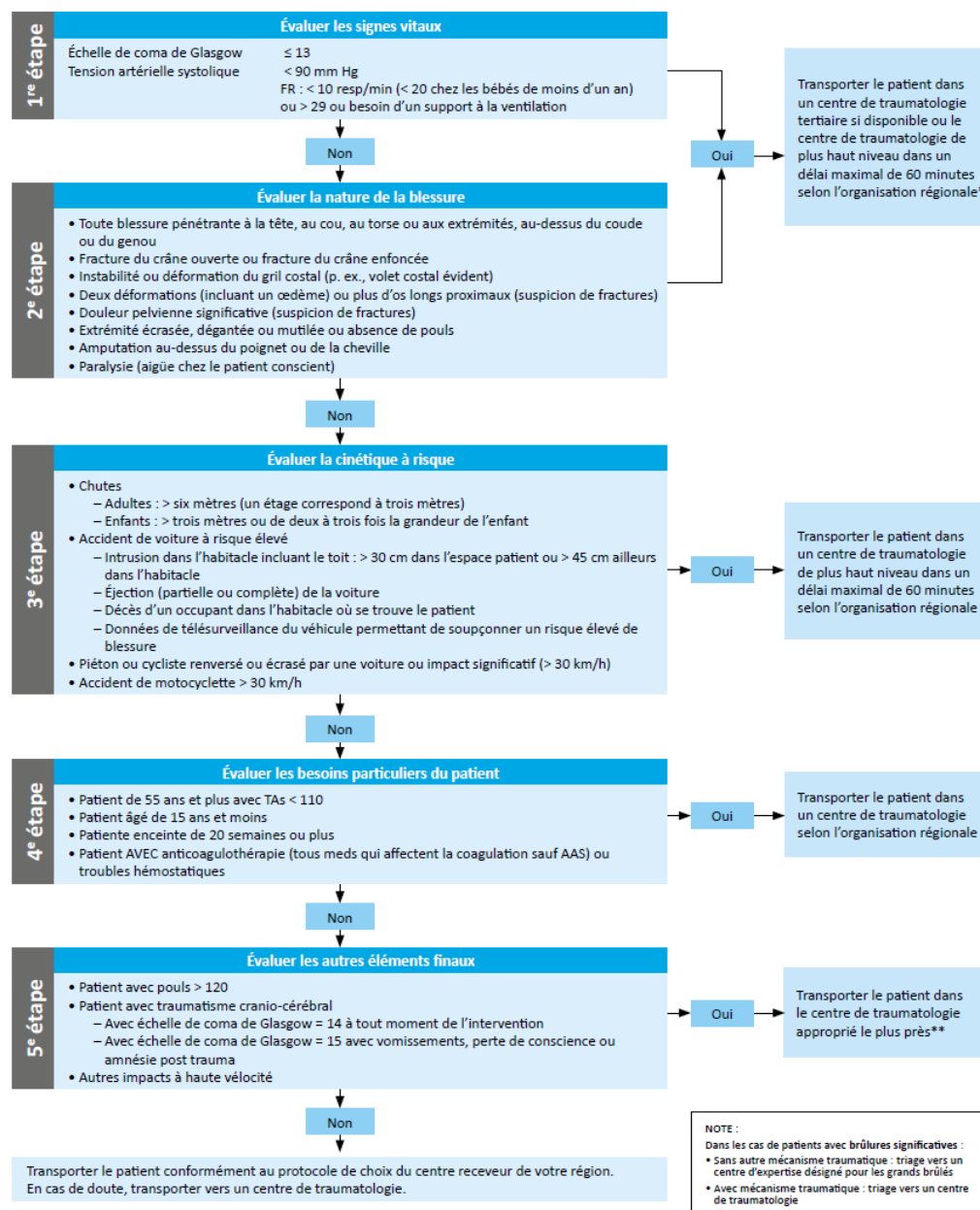
Remarque :

Ce protocole est applicable uniquement si le support médical à distance est disponible.
Lors d'une intervention hors des voies carrossables, le protocole de constat de décès à distance n'est pas applicable.

PROBLÈMES TRAUMATIQUES

Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie (adaptée du protocole CDC-ACSCOT, 2011)

À utiliser pour la phase 1 du plan de déploiement sur le territoire québécois



NOTE :

Dans les cas de patients avec brûlures significatives :

- Sans autre mécanisme traumatique : triage vers un centre d'expertise désigné pour les grands brûlés
- Avec mécanisme traumatique : triage vers un centre de traumatologie

* les patients en ACR et en détresse respiratoire non contrôlée en préhospitalier doivent être transportés au CH le plus près (non désignés inclus)
** ou selon l'organisation régionale

Québec

Avec la participation de :
 • Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
 • Ministère de la Santé et des Services sociaux

Information sur les problèmes traumatiques

Introduction

Les protocoles inhérents aux problèmes traumatiques doivent toujours tenir compte des principes suivants :

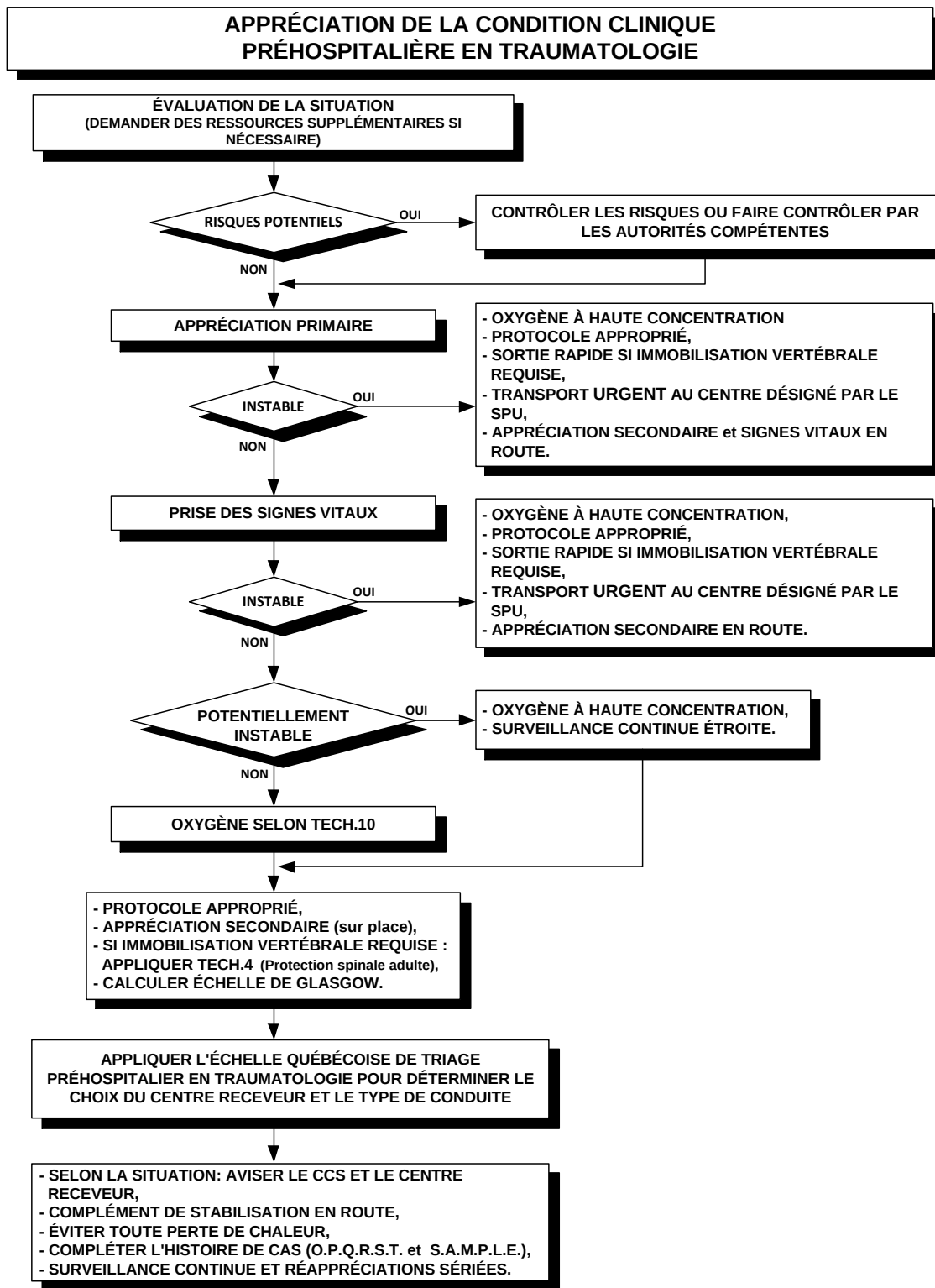
- a) Assurer la sécurité du site d'intervention y compris la sécurité des intervenants;
- b) Reconnaître et documenter adéquatement les mécanismes du traumatisme avec la participation des témoins et autres intervenants (policiers, pompiers, etc.);
- c) Limiter le temps d'intervention à **un maximum de 10 minutes sur le site lorsque traumatisé instable** (exceptions : désincarcération et **triage-blessés multiples**);
- d) L'intervention doit se poursuivre « **en route** » dans tous les protocoles. Les interventions inscrites après « **le transport au centre désigné par le SPU** » doivent être effectuées « **en route** »;
- e) Ne rien donner par la bouche;
- f) Dans un cas de traumatisme majeur, **aviser dès que possible** le centre désigné par le SPU **de l'arrivée du patient et transmettre les informations suivantes** :
 - Sexe et âge;
 - Cinétique de l'accident;
 - Heure de l'accident et incarcération, le cas échéant;
 - Blessures principales;
 - Signes vitaux complets;
 - Score de Glasgow;
 - Critère positif de l'échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie;
 - Heure approximative de l'arrivée du patient.

L'ÉCHELLE QUÉBÉCOISE DE TRIAGE PRÉHOSPITALIER EN TRAUMATOLOGIE (EQTPT)

L'échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie (EQTPT) doit être appliquée chez l'ensemble des traumatisés (sauf lors de traumatismes isolés non spécifiés à l'étape 2) indépendamment de l'âge ou de la sévérité du traumatisme. Elle permet de classer la sévérité du traumatisme et d'identifier dans une région donnée le CH receveur, souvent appelé dans les PICTAP, le centre désigné par les SPU.

Une fois un critère identifié par le TAP, la sévérité et le centre receveur étant identifiés, il n'est pas nécessaire de poursuivre la revue des critères subséquents pour identifier le centre receveur.

- Les patients identifiés aux **étapes 1 et 2** sont considérés des **traumatisés majeurs**;
- Les patients identifiés aux **étapes 3 et 4** sont considérés des **traumatisés à haut risque**;
- Les patients identifiés à l'**étape 5** sont considérés des **traumatisés à faible risque**;
- Les patients **non identifiés** par l'EQTPT sont considérés des **traumatisés mineurs**.



Dès qu'un patient présente une atteinte de ses fonctions vitales (appréciation primaire ou signes vitaux), procéder immédiatement à l'intervention appropriée et au transport vers le centre désigné par le SPU. Si l'état du patient le permet, poursuivre l'appréciation durant le transport.

1. Évaluation de la situation

- a) Sécuriser les lieux (risques potentiels);
- b) Évaluer le nombre de patients (mécanisme de l'accident, triage, etc.);
- c) Sécuriser les espaces de travail;
- d) Demander les ressources supplémentaires nécessaires;
- e) Noter tous les détails pertinents sur l'intervention des premiers répondants ou des premiers intervenants;
- f) Appliquer les protections universelles. Lorsque le patient présente une maladie infectieuse avec risque de transmission, ou que le TAP identifie que le patient présente un risque spécifique, les mesures appropriées de protection contre les infections doivent alors être respectées.

2. Appréciation primaire

- L' : (État de conscience) présence ou absence de réaction - appliquer une protection cervicale, lorsque nécessaire (référer au protocole TRAU. 0).
- A : (Airway) perméabilité des voies respiratoires supérieures (**ouverture au besoin**).
- B : (Breathing) respiration (**assistance ventilatoire au besoin**).
- C : (Circulation) pouls **et hémorragies importantes visibles (contrôler au besoin)**.
- D : (Disability) désordre neurologique : niveau de conscience « AVPU ».
- E : (Expose) exposer, découvrir la partie affectée seulement.

3. Si instable (voir critères à la page 4 de TRAU. APP.)

- o administration d'oxygène à haute concentration;
- o protocole approprié;
- o lorsqu'une immobilisation de la colonne vertébrale est requise, procéder selon la technique de sortie rapide, **le cas échéant (ex. : assis dans un véhicule)**;
- o transport **URGENT** au centre désigné par le SPU;
- o appréciation secondaire **et prise de signes vitaux** en route.

4. Sinon, prise des signes vitaux, si signes vitaux instables :

- o administration d'oxygène à haute concentration;
- o protocole approprié;
- o lorsqu'une immobilisation de la colonne vertébrale est requise, procéder selon la technique de sortie rapide, **le cas échéant (ex. : assis dans un véhicule)**;

Appréciation de la condition clinique préhospitalière en traumatologie (suite)

- o transport **URGENT** au centre désigné par le SPU;
- o appréciation secondaire en route.

5. Si potentiellement instable (voir critères à la page TRAU. APP. 3) :

- o administration d'oxygène à haute concentration;
- o protocole approprié;
- o appréciation secondaire sur place;
- o surveillance continue étroite;
- o lorsqu'une immobilisation de la colonne vertébrale est requise, procéder selon TECH. 4 ou 5 (Protection spinale adulte ou pédiatrique);
- o transport selon les normes présentées au présent protocole.

6. Si stable :

- o protocole approprié;
- o administration d'oxygène selon TECH. 10 lorsque le saturomètre est disponible;
- o appréciation secondaire sur place;
- o lorsqu'une immobilisation de la colonne vertébrale est requise, procéder selon TECH. 4 ou 5 (Protection spinale adulte ou pédiatrique);
- o **transport** selon les normes présentées au présent protocole.

7. Stabilisation

- a) Application du protocole approprié selon les signes et symptômes du patient;
- b) Calcul du score de Glasgow;
- c) Application de l'échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie (EQTPT);
- d) Prendre les mesures nécessaires pour éviter la perte de chaleur corporelle et manipuler avec soin si risque d'hypothermie;
- e) Intervention primaire sur les lieux et complément de stabilisation en route.

8. Communications et transport

- a) Selon la situation, aviser le Centre de communication santé, le centre receveur ou référer au support médical à distance (SMD);
- b) Transport **URGENT** si traumatisé en arrêt cardiorespiratoire (avec réanimation en cours) au centre receveur le plus près;
- c) Transport **URGENT** si traumatisé présente une détresse respiratoire sévère non contrôlée en préhospitalier (ex. : patient hypoventilé avec difficulté de ventilation et incapacité d'intubation au Combitube®) au centre receveur le plus près;

Appréciation de la condition clinique préhospitalière en traumatologie (suite)

- d) Transport **URGENT si traumatisé majeur instable** (critère positif dans l'étape 1 de l'EQTPT ou critères d'instabilité) dans un centre de traumatologie tertiaire si disponible ou le centre de traumatologie de plus haut niveau dans un délai maximal de 60 minutes selon l'organisation régionale;
- e) Transport **IMMÉDIAT si traumatisé majeur potentiellement instable** (critère positif dans l'étape 2 de l'EQTPT) dans un centre de traumatologie tertiaire si disponible ou le centre de traumatologie de plus haut niveau dans un délai maximal de 60 minutes selon l'organisation régionale; Le transport doit s'effectuer en mode **URGENT** si le patient présente des **signes d'instabilité**;
- f) Transport **IMMÉDIAT si traumatisme à haut risque** (critère positif dans l'étape 3 de l'EQTPT) dans un centre de traumatologie de plus haut niveau dans un délai maximal de 60 minutes selon l'organisation régionale. Le transport doit s'effectuer en mode **URGENT** si le patient présente des **signes d'instabilité**;
- g) Transport **IMMÉDIAT si traumatisme à haut risque** (critère positif dans l'étape 4 de l'EQTPT) dans un centre de traumatologie selon l'organisation régionale. Le transport doit s'effectuer en mode **URGENT** si le patient présente des **signes d'instabilité**;
- h) Transport **IMMÉDIAT si traumatisme à faible risque** (critère positif dans l'étape 5 de l'échelle québécoise de triage en traumatologie) dans le centre de traumatologie approprié le plus près. Le transport doit s'effectuer en mode **URGENT** si le patient présente des **signes d'instabilité**;
- i) Transport **NON URGENT si traumatisme mineur** (aucun critère identifié par l'EQTPT) dans l'établissement le plus près ou désigné par les SPU.

9. Réappréciation avant et durant le transport

Monitoring cardiaque par MDSA et de la saturométrie en continu.

Compléter l'histoire de cas O.P.Q.R.S.T. et S.A.M.P.L.E.

Surveillance continue et réappréciation sériée des signes vitaux et du score de Glasgow.

Appréciation de la stabilité du patient

Instable

Arrêt cardiorespiratoire ou respiratoire Obstruction des voies respiratoires qui ne peuvent être dégagées par des méthodes simples Détresse/insuffisance respiratoire avec ou sans blessure thoracique ou des VRSⁱ Hémorragie impossible à contrôlerⁱⁱ Choc décompensé Absence de pouls radial (bilatéralement) Niveau de conscience « P » ou « U » ou score de Glasgow de 13 ou moins	APPRÉCIATION SECONDAIRE EN ROUTE, SI POSSIBLE Aviser le centre receveur de l'arrivée de l'ambulance Surveillance continue du patient
---	--

ⁱ Ceci inclut les critères respiratoires de l'étape 1 de l'EQTPT : FR < 10/min (< 20/min chez les bébés de moins d'un an), FR > 29/min (adultes, enfants et bébés) ou besoin de support ventilatoire.

ⁱⁱ Tout patient avec un traumatisme pénétrant central (selon EQTPT) est considéré avoir une hémorragie interne incontrôlable et doit être classifié instable.

Appréciation de la stabilité du patient (suite)

Potentiellement instable (à risque de blessures significatives)

Tout patient qui ne présente aucun des signes d'instabilité notés ci-dessus mais qui présente un ou l'autre des critères suivants (les signes vitaux peuvent être dans les limites de la normale ou légèrement hors normes) :

Hémorragie active;

Signes de choc compensé;

État de conscience à « V »;

Blessures à risque (2^e étape de l'EQTPT) :

- Trauma pénétrant central (tête, cou, torse ou extrémités au-dessus du coude ou du genou);
- Fracture du crâne ouverte ou fracture du crâne enfoncée;
- Instabilité ou déformation du gril costal (ex. : volet costal évident);
- Deux déformations (incluant œdème) ou plus d'os longs proximaux (suspicion de fractures);
- Douleur pelvienne significative (suspicion de fractures);
- Extrémité écrasée, dégantée ou mutilée ou absence de pouls;
- Amputation au-dessus du poignet ou de la cheville;
- Paralysie (aigüe chez le patient conscient);

Cinétique à risque (3^e étape de l'EQTPT) :

- Chutes :
 - Adultes : > six mètres (un étage correspond à trois mètres);
 - Enfants : > trois mètres ou de deux à trois fois la grandeur de l'enfant.
- Accident de voiture à risque élevé :
 - Intrusion dans l'habitacle incluant le toit : > 30 cm de l'espace patient ou > 45 cm ailleurs dans l'habitacle;
 - Éjection (partielle ou complète) de la voiture;
 - Décès d'un occupant dans l'habitacle où se trouve le patient;
 - Données de télésurveillance du véhicule permettant de soupçonner un risque élevé de blessure;
 - Piéton ou cycliste renversé ou écrasé par une voiture, ou impact significatif (> 30 km/h);
 - Accident de motocyclette > 30 km/h

Patient âgé de 8 ans et moins;

Patient âgé de 55 ans et plus avec une TAs entre 100 et 110 mm Hg;

Patient prenant des médicaments affectant la coagulation (anticoagulants et antiplaquettaires sauf l'AAS)ⁱ;

Patiante enceinte de 20 semaines ou plus.

ⁱ Médicaments affectant la coagulation : anticoagulants (warfarine (Coumadin), acénocoumarol (Sintrom), dabigatran (Pradaxa), rivaroxaban (Xarelto), apixaban (Eliquis), edoxaban (Lixiana), énoxaparine (Lovenox), daltéparine (Fragmin), tinzaparine (Innohep), fondaparinux (Arixta) et antiplaquettaires (AAS, clopidogrel (Plavix), ticlopidine (Ticlid), prasugrel (Effient), ticagrelor (Brilinta), AAS/dipyridamol (Aggrenox)).

Appréciation traumatique – Remarques

Remarques :

Le temps maximal visé sur la scène pour un patient traumatisé instable est de 10 minutes. L'optimisation du temps de scène (incluant la période passée dans le cabinet de soins avant de quitter) est également importante pour les patients potentiellement instables et stables tout en procédant à l'ensemble des étapes requises.

À noter que la liste des présentations correspondant à des situations où la condition clinique doit être jugée instable ou potentiellement instable n'est pas exhaustive. Tous les signes ou symptômes que le technicien ambulancier paramédic juge comme mettant en doute la stabilité du patient doit amener celui-ci à agir comme si le patient était potentiellement instable.

L'assistance respiratoire avec la CPAP à usage unique en traumatologie n'est pas applicable.

Traumatisme isolé

Un traumatisme isolé dans le contexte de l'application de l'EQTPT est un traumatisme dont la cinétique n'est appliquée que sur une seule partie du corps et une seule blessure en résulte. Les patients victimes d'un traumatisme isolé ne doivent pas être traités par l'EQTPT sauf si leur blessure est incluse dans la liste de l'étape 2. Notez bien qu'une « chute de sa hauteur » ne constitue pas un traumatisme isolé dans ce contexte.

Appréciation secondaire

L'appréciation secondaire se fait uniquement dans les cas de traumatismes. Elle consiste en un examen rapide de la tête aux pieds afin de déterminer les déformations ou lésions évidentes. **Elle doit être pratiquée dans un temps maximal de 2 à 3 minutes.** Dans le cas d'un traumatisme isolé, seule la partie affectée fait l'objet d'un examen.

Indications pour une évacuation (sortie) rapide vs D'URGENCE :

- a) Situations nécessitant une **évacuation (sortie) RAPIDE** :
 - o patient instable;
 - o accès requis à un patient instable.

- b) Situations nécessitant une **évacuation (sortie) D'URGENCE*** :
 - Situations à risque non contrôlées :
 - Exemples :
 - o incendie ou danger immédiat d'incendie;
 - o danger d'explosion;
 - o véhicule submergé;
 - o véhicule instable qui risque de se déplacer;
 - o exposition continue à un produit toxique.

*** Ces situations sont considérées comme étant des sauvetages et ne sont pas du ressort du technicien ambulancier paramédic.**

Appréciation traumatique – Échelle de Glasgow

ÉCHELLE DE COMA DE GLASGOW ADULTE / ENFANT

A) Ouverture des yeux (Y) :

Spontanée :	4
A la voix :	3
À la pression (douleur) :	2
Absente :	1
Non évaluable :	NE

B) Réponse verbale (V)

Orientée :	5
Confuse :	4
Mots (inappropriés) :	3
Sons (incompréhensibles) :	2
Absente :	1
Non évaluable :	NE

C) Meilleure réponse motrice (M)

Ordres simples :	6
Localise :	5
Flexion normale (retrait) à la douleur :	4
Flexion anormale à la douleur :	3
Extension à la douleur :	2
Absente :	1
Non évaluable :	NE

ÉCHELLE DE COMA DE GLASGOW BÉBÉ

A) Ouverture des yeux (Y) :

Spontanée :	4
À la voix ou au son :	3
À la pression (douleur) :	2
Absente :	1
Non évaluable :	NE

B) Réponse verbale (V)

Gazouille :	5
Irritable, pleure :	4
Pleure à la douleur :	3
Gémit à la douleur :	2
Absente :	1
Non évaluable :	NE

C) Meilleure réponse motrice (M)

Normale, spontanée :	6
Localise :	5
Flexion normale (retrait) à la douleur :	4
Flexion anormale à la douleur :	3
Extension à la douleur :	2
Absente :	1
Non évaluable :	NE

TRAU. 0 définit plus que les indications d'immobilisation de la colonne vertébrale. Il définit également les examens à effectuer pour identifier les indications d'immobilisation de la colonne vertébrale. Il doit encore en tout temps être jumelé à TRAU. APP. et à un protocole traumatique spécifique lorsqu'applicable.

1. **Obtenir les informations disponibles concernant le mécanisme de traumatisme pouvant amener une blessure à la colonne vertébrale; poursuivre le protocole.**
2. **Faire un examen du rachis cervical et de la colonne dorsolombaire ainsi que l'examen neurologique prescrit avant de conclure que le patient ne requiert aucune immobilisation.**
3. **L'immobilisation de la colonne vertébrale DOIT ÊTRE RÉALISÉE si présence d'au moins un des CRITÈRES CLINIQUES suivants :**

a) Présence d'un facteur pouvant altérer l'appréciation clinique du patient :

- Altération de l'état de conscience (« V », « P », « U »);
- Score de Glasgow < 15;
- Patient agité ou non coopératif;
- Intoxication confirmée ou présumée (ex. : alcool, drogue ou médicaments);
- Traumatisme crânio-cérébral symptomatique (ex. : confusion, amnésie de l'événement, patient posant des questions de façon répétitive, nausées et vomissements);
- Trouble de la communication (ex. : langue étrangère, aphasie);
- Trouble cognitif apparent ou changement au niveau de base selon témoins.

b) Présence d'une douleur significative pouvant limiter l'appréciation clinique du patient :

- Suspicion de fracture d'un os long avec douleur significativeⁱ;
- Suspicion de fracture/dislocation aux extrémités, proximale aux poignets/chevilles avec douleur significative;
- Lésion dégloviante/extrémité déglantée (perte substance significative);
- Lésion par écrasement (*crush injury*);
- Brûlure importante;
- Douleur significative à proximité de la colonne (ex. : occiput);
- Autre traumatisme associé avec une douleur significative (ex. : traumatisme thoracique).

c) Présence d'une douleur à la colonne (cervicale et/ou dorsale et/ou lombosacrée), spontanée OU à la palpation :

- Inclut toute douleur au cou (antérieure et/ou postérieure);
- Inclut toute douleur jusqu'à 5 cm de part et d'autre de la ligne médiane au niveau dorsal et lombaire.

d) Déficit neurologique focal présent ou disparu :

- Engourdissement/paresthésie de novo d'un membre;
- Parésie/faiblesse de novo d'un membre;
- Paralysie de novo d'un membre.

ⁱ Une douleur significative fait généralement référence à une douleur à 7/10 ou plus.

Indications d'immobilisation de la colonne vertébrale (suite)

4. L'immobilisation de la colonne DOIT ÊTRE RÉALISÉE si présence d'au moins un des CRITÈRES À HAUT RISQUE DE LÉSION DE LA COLONNE suivants :

a) Âge extrême :

- Pédiatrie (≤ 8 ans).

b) Mécanismes à haut risque :

- Traumatisme par compression axiale (ex. : accident de plongeon, etc.);
- Éjection (partielle ou complète) de la voiture;
- Empreinte de toile d'araignée dans le pare-brise (auto vs cycliste/piéton).

5. L'immobilisation de la colonne DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉE chez les clientèles à risque suivantes chez qui une attention particulière doit être portée lors de l'examen neurologique et de la colonne vertébrale. En cas de découverte de signe clinique ou de doute quant à la présence d'un tel signe, procéder à l'immobilisation.

a) Âge extrême :

- Gériatrie (≥ 65 ans).

b) Mécanismes à risque :

- Chute : Plus de trois (3) pieds (un mètre) ou cinq (5) marches;
- Décès dans le véhicule où se trouve le passager;
- Piéton ou cycliste renversé ou écrasé par une voiture ou impact significatif;
- Accident de motocyclette;
- Accident de véhicule-moteur à haute vitesse;
- Autre mécanisme selon jugement du TAP.

c) Comorbidités musculo-squelettiques :

- Exemples : ostéoporose diagnostiquée, chirurgie antérieure à la colonne vertébrale, polyarthrite rhumatoïde, spondylite ankylosante, trisomie 21, osteogenesis imperfecta, etc.

6. En l'absence de critères des points 3 et 4 et après une évaluation minutieuse des patients à risque mentionnés au point 5 sans aucun doute de traumatisme à la colonne, AUCUNE IMMOBILISATION N'EST INDIQUÉE.

Remarques :

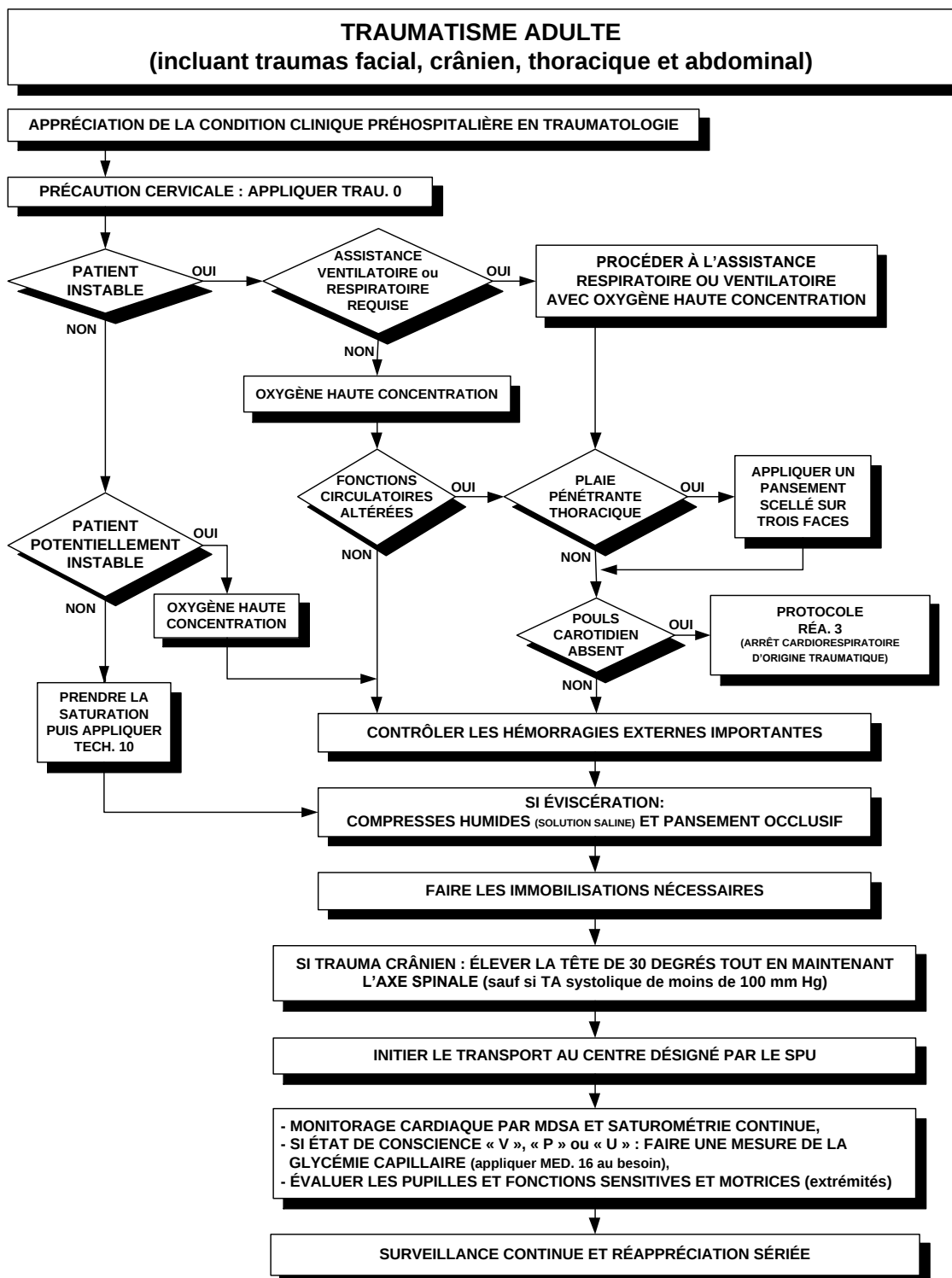
Fracture de hanche : le patient victime d'une fracture de hanche qui est immobile se plaint rarement d'une douleur importante pouvant être considérée comme une douleur distrayante.

Douleur lombaire isolée : si douleur présente uniquement au niveau lombaire, sans critères de haut risque de lésion à la colonne et sans douleur significative (distrayante), omettre la mise en place du collier cervical et procéder à l'immobilisation avec matelas uniquement.

Déficit neurologique : immobiliser même si symptômes transitoires et résolus.

Traumatismes pénétrants : l'immobilisation de la colonne vertébrale des patients ayant subi un traumatisme pénétrant n'est requise que chez le patient avec un état de conscience à « A » ou « V » avec histoire ou présence de signes ou symptômes neurologiques. L'immobilisation n'est pas requise chez le patient avec un état de conscience à « P » ou « U » et chez le patient avec un état de conscience à « A » ou « V » sans atteinte neurologique.

Prise en charge du patient déjà immobilisé : lors de la prise en charge par le TAP d'un patient qui a été immobilisé par un secouriste ou un PR, le TAP se doit d'évaluer la pertinence de maintenir l'immobilisation pour le transport. Il peut donc cesser l'immobilisation si non indiquée par le présent protocole.



1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière en traumatologie.
2. Évaluer le besoin de protection cervicale, se référer à TRAU. 0 (Indications d'immobilisation de la colonne vertébrale). Stabilisation de la colonne cervicale lorsque requis.
3. **Déterminer le niveau de stabilité de la victime;**
 - **Si instable : aller à l'étape 4;**
 - **Si stable ou potentiellement instable : aller à l'étape 5.**
4. Patients instables : vérifier le besoin de support respiratoire et intervenir selon a), b) ou c) :
 - a) Assistance ventilatoire/respiratoire requise :
 - o Ventiler avec oxygène à haute concentration à 10 L/min ou plus;
 - o Si plaie pénétrante thoracique, appliquer un pansement scellé sur trois côtés;
 - o Si pouls carotidien absent :
 - manœuvres de RCR selon les normes de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, se référer à RÉA. 3 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique – Adulte).
 - o Si pouls carotidien présent :
 - contrôler les hémorragies externes importantes.
 - b) Si assistance ventilatoire/respiratoire non requise et fonction circulatoire altérée (pouls carotidien présent et pouls radial absent ou autres signes de choc) :
 - o Administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus;
 - o Si plaie pénétrante thoracique, appliquer un pansement scellé sur trois côtés;
 - o Contrôler les hémorragies externes importantes.
 - c) Si **fonctions** respiratoire et circulatoire adéquates avec altération de l'état de conscience :
 - o Administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus;
 - o Contrôler les hémorragies externes importantes;
 - o En présence de vomissements, positionner le patient légèrement incliné vers la gauche sur la civière.

Traumatisme adulte (incluant traumatismes facial, crânien, thoracique ou abdominal) (suite)

5. Si fonctions respiratoire et circulatoire adéquates et état de conscience à « A » :

- a) Chez le patient potentiellement instable :
 - Administrer de l'oxygène à haute concentration;
 - Contrôler les hémorragies externes.
- b) Pour le patient stable :
 - Documenter la saturométrie, lorsque le saturomètre est disponible;
 - Administrer de l'oxygène selon TECH. 10 (Oxygène/Saturométrie).

6. Si présence d'éviscération, appliquer des compresses abdominales humides avec une solution saline et envelopper les viscères dans un pansement occlusif; ne pas tenter de repousser les viscères.

7. Immobilisation de la colonne vertébrale et/ou d'un membre, lorsque requis. Élever la tête du patient (tout en maintenant l'axe spinal) présentant des signes et symptômes de traumatisme crânien de 30 degrés, sauf si TAs < 100 mm Hg.

8. Calcul du score de Glasgow et validation de l'EQTPT.

9. Initier le transport comme indiqué par la condition du patient.

10. Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique et saturométrie en continu.

11. En transport, chez le patient dont l'état de conscience est à « V », « P » ou « U », considérer le risque d'hypoglycémie ayant pu causer l'accident et faire une glucométrie capillaire; se référer au protocole MED. 16 (Problèmes diabétiques – hypoglycémie) au besoin.

12. Évaluer les pupilles et les fonctions sensitives / motrices des extrémités.

13. Surveillance continue et réappréciation sériee des signes vitaux et du score de Glasgow. Chez le patient MPOC ayant reçu de l'oxygène à haute concentration, réappréciation de la condition clinique et de l'oxygénothérapie.

Tout patient devant être immobilisé dans un contexte de traumatisme doit l'être sur un matelas immobilisateur sauf pour les patients en ACR ou lorsque transport de plus d'un seul patient.

Remarques :

Lorsqu'une hémorragie est significative, le contrôle de celle-ci est prioritaire à l'administration d'oxygène.

Fonctions respiratoire et circulatoire adéquates : tous ces critères doivent être présents :

- pouls et respiration spontanée présents;
- absence d'obstruction des voies respiratoires qui ne peuvent être dégagées par des méthodes simples;
- absence de détresse / insuffisance respiratoire;
- absence de choc décompensé;
- présence de pouls radial.

TRAUMATISME CHEZ LA FEMME ENCEINTE

APPRÉCIATION DE LA CONDITION CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE EN TRAUMATOLOGIE

APPLIQUER LE PROTOCOLE TRAU. 1
(TRAUMATISME ADULTE)

ADMINISTRER OXYGÈNE AVEC
MASQUE À HAUTE
CONCENTRATION

RÉPÉTER SIGNES VITAUX AUX
5 MINUTES et SURVEILLER LES
SIGNES DE CHOC

GROSSESSE
> 20 SEMAINES

OUI

POSITION LÉGÈREMENT
INCLINÉE VERS LA GAUCHE
APRÈS IMMOBILISATION
POUR LE TRANSPORT

NON

ACR

OUI

PROTOCOLE RÉA. 3
(ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE
D'ORIGINE TRAUMATIQUE - ADULTE)

NON

TRANSPORT URGENT
AU CENTRE DÉSIGNÉ PAR LE SPU

MONITORAGE CONTINU PAR MDSA

1. Les protocoles TRAU. APP. (Appréciation de la condition clinique préhospitalière en traumatologie) et TRAU. 1 (Traumatisme adulte incluant traumas facial, crânien, thoracique ou abdominal) sont applicables dans leur totalité chez la femme enceinte, avec les considérations suivantes :
2. L'administration d'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus est essentielle pour l'oxygénation foetale.
3. Il est important de répéter les signes vitaux aux 5 minutes, car un état de choc décompensé peut survenir rapidement.
4. En présence d'une patiente enceinte ≥ 20 semaines : position légèrement inclinée vers la gauche après immobilisation en ajoutant 10-15 cm de rembourrage du côté droit (sous le matelas immobilisateur) pour le transport.
5. Dans les situations d'arrêt cardiorespiratoire traumatique, se référer à RÉA. 3 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique – Adulte) et aviser le centre receveur.
6. Transport URGENT au centre désigné par le SPU.
7. Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.

Le volume sanguin de la femme est augmenté pendant la grossesse.

En situation d'hémorragie, une altération des signes vitaux peut survenir tardivement.

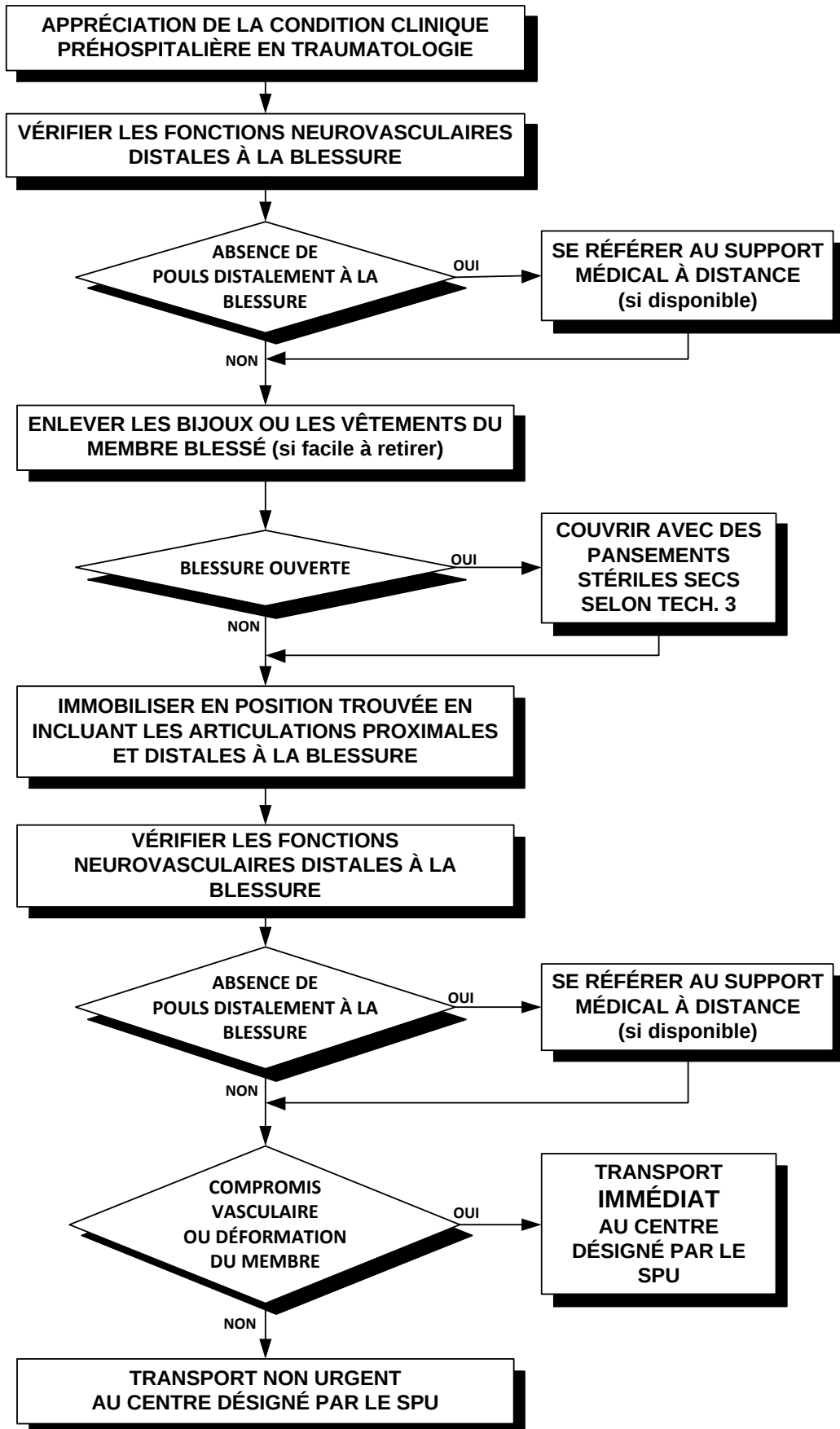
Remarques :

Les priorités de réanimation de la patiente polytraumatisée ont toujours préséance sur le traitement spécifique; se référer au protocole approprié.

La femme enceinte victime de traumatisme doit recevoir de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus quel que soit son niveau de stabilité ou de saturation afin de maximiser l'oxygénation foetale.

Un traumatisme, même mineur, chez la femme enceinte peut entraîner un traumatisme significatif chez le bébé. La patiente devra être monitorée en centre hospitalier.

TRAUMATISME ISOLÉ DES EXTRÉMITÉS



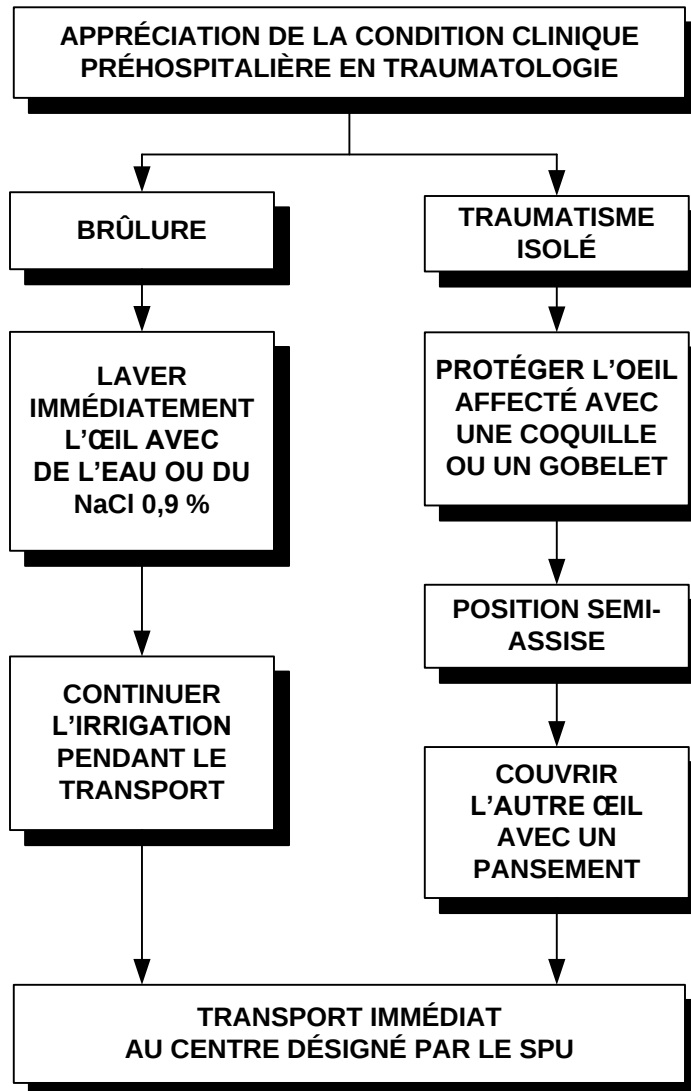
1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière en traumatologie.
2. Vérifier les fonctions neurovasculaires distales à la blessure avant l'immobilisation. Si absence de pouls distal, se référer au support médical à distance (SMD).
3. Enlever les bijoux ou les vêtements du membre blessé, (seulement si faciles à retirer).
4. Couvrir les blessures ouvertes avec des pansements stériles secs selon TECH. 3 (Contrôle d'hémorragie).
5. Immobiliser en position trouvée en incluant les articulations proximales et distales à la blessure.
6. Répéter l'appréciation neurovasculaire distale après l'immobilisation. Si absence de pouls distal, se référer au support médical à distance (SMD).
7. **Transport IMMEDIAT au centre désigné par le SPU si déformation d'un membre ou compromis neurovasculaire, et absence de critère d'instabilité.**
8. Transport NON URGENT au centre désigné par le SPU.

Remarques :

Appréciation neurovasculaire : motricité, sensibilité, pouls, coloration, température.

Les priorités de réanimation du patient polytraumatisé ont toujours préséance sur le traitement spécifique; se référer au protocole approprié.

TRAUMATISME OU BRÛLURE OCULAIRE



1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière en traumatologie.

2. Brûlure

- a) Laver immédiatement l'oeil avec de l'eau ou du NaCl 0,9 %;
- b) Transport **IMMEDIAT** au centre désigné par le SPU;
- c) Continuer l'irrigation durant le transport.

3. Trauma isolé

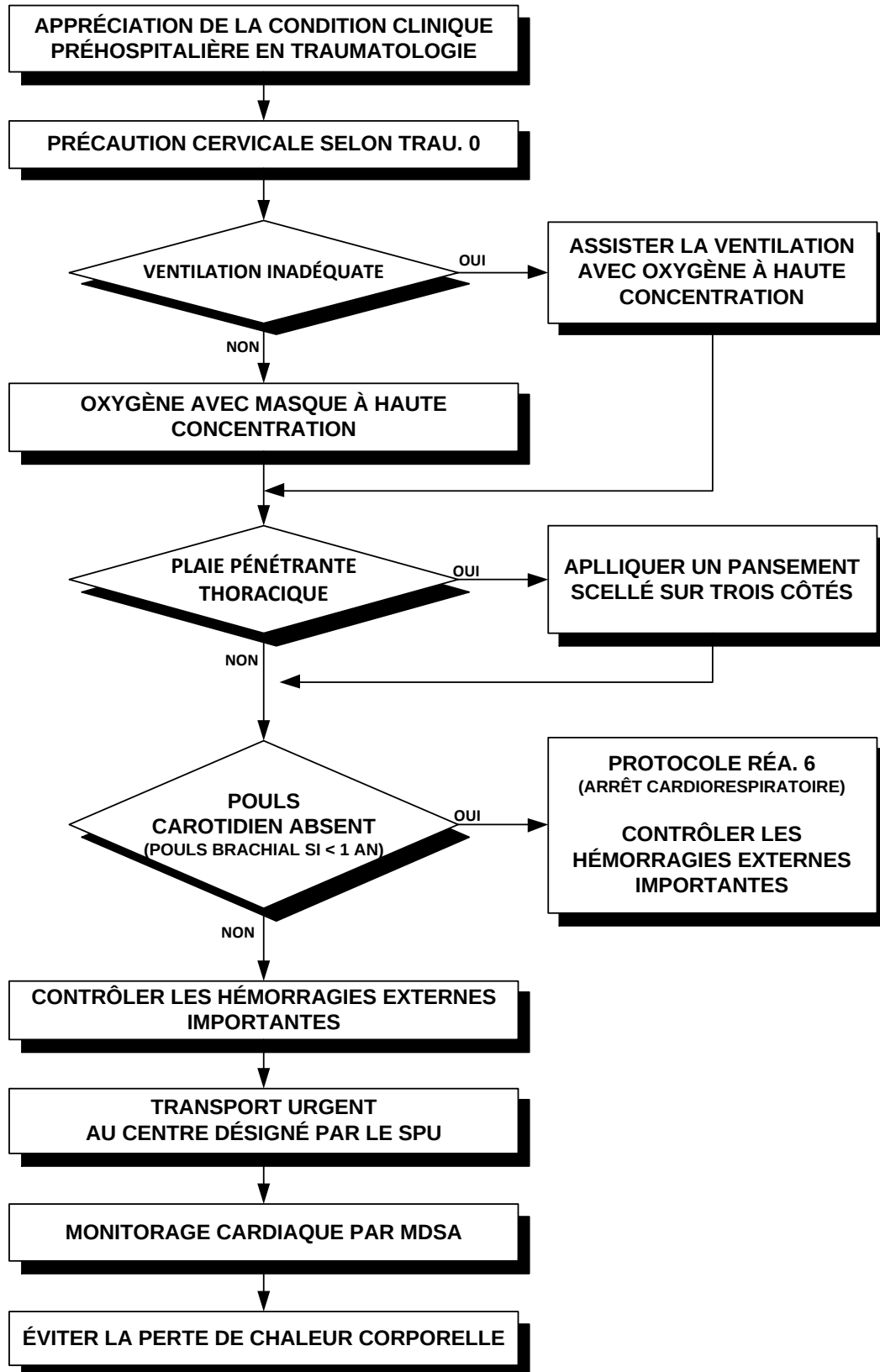
- a) Protéger l'oeil affecté avec une coquille ou un gobelet, couvrir l'autre oeil avec un pansement afin de limiter les mouvements oculaires;
- b) Position semi-assise;
- c) Transport **IMMEDIAT** au centre désigné par le SPU.

**Ne jamais retirer un corps
étranger pénétrant de l'oeil**

Remarque :

Les priorités de réanimation du patient **traumatisé majeur** ont toujours préséance sur le traitement spécifique; se référer au protocole approprié.

TRAUMATISME PÉDIATRIQUE



Note : ce protocole s'applique aux patients pédiatriques (voir section pédiatrie, généralités) lors de traumatismes autres qu'un traumatisme isolé.

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière en traumatologie.
2. Évaluer le besoin de protection cervicale, se référer à TRAU. 0 (Indications d'immobilisation de la colonne vertébrale). Stabilisation de la colonne cervicale lorsque requis.
3. Si la ventilation est inadéquate, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus.
4. Si la ventilation est adéquate, administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.

Si plaie pénétrante thoracique, appliquer un pansement scellé sur trois côtés.

- a) Si pouls carotidien (ou brachial si < 1 an) absent **ou < 60/min avec altération de l'état de conscience :**

- o appliquer le protocole RÉA. 6 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique – Pédiatrique);
- o contrôler les hémorragies externes importantes.

- b) Si pouls carotidien (ou brachial si < 1 an) présent **et ≥ 60/min :**

- o contrôler les hémorragies externes importantes.

5. Transport URGENT au centre désigné par le SPU.
6. Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.
7. Prendre les mesures nécessaires pour éviter la perte de chaleur corporelle et manipuler avec soin si risque d'hypothermie.
8. Surveillance continue et réappréciation sériée des signes vitaux.

Remarques :

Chez l'enfant de moins d'un an, prendre le pouls brachial au lieu du pouls carotidien.

Lorsqu'une hémorragie est significative, le contrôle de celle-ci est prioritaire à l'administration d'oxygène.

TECHNIQUES

Patient debout :

1. **Le TAP # 1 approche le patient de face et demande à celui-ci de ne pas bouger, il maintient la tête du patient en étau :**
 - o une main posée sur la base de l'occiput;
 - o une main posée sur le maxillaire inférieur.
2. **Demander au patient de retirer lui-même son casque protecteur (si possible).**

Sinon suivre la procédure suivante (retirer le casque de manière sécuritaire).
3. **Le TAP # 2 se place devant le patient et s'informe auprès de lui afin de savoir s'il n'y a pas d'objet qui peut nuire au retrait du casque (ex. : boucles d'oreilles).**
4. **Retrait du casque selon a) ou b) par le TAP # 2 :**
 - a) Casque avec mentonnière rigide couvrant le visage (intégral) :
 - o tout en écartant légèrement les côtés du casque, effectuer une légère bascule vers l'arrière jusqu'au moment où vous percevez le nez du patient;
 - o effectuer ensuite une bascule vers l'avant en retirant le casque;
 - o s'assurer de l'immobilité de la tête lors de la manœuvre.
 - b) Casque sans mentonnière rigide :
 - o tout en écartant légèrement les côtés du casque, retirer celui-ci avec un mouvement vers l'avant;
 - o s'assurer de l'immobilité de la tête lors de la manœuvre.
5. **Le TAP # 2 reprend l'immobilisation de la tête et la maintient en position neutre.**
6. **Le TAP # 1 mesure et installe un collet cervical rigide.**
7. **Les TAP procèdent au transfert du patient sur la civière selon TECH. 4 (Protection spinale adulte – section 1.a).**
8. **Apporter le casque au centre receveur.**

Patient couché :

1. **Le TAP # 1 se place parallèlement au patient, stabilise manuellement la colonne cervicale du patient, ouvre la visière du casque (si présente).**
2. **Le TAP # 2 se place à la tête du patient et prend la relève de l'immobilisation manuelle.**
3. **Si le patient n'est pas déjà en position couchée sur le dos, les TAP placent le patient en position de décubitus dorsal, préférablement directement sur l'équipement d'immobilisation spinale, si l'état du patient le permet, en limitant les mouvements de la tête.**

Retrait du casque protecteur (suite)

- 4. Le TAP # 1 détache ou coupe la sangle de retenue du casque.**
- 5. Le TAP # 1 maintient la tête en étau en position neutre :**
 - o une main posée sur la base de l'occiput;
 - o une main posée sur le maxillaire inférieur.
- 6. Retrait du casque selon a) ou b) par le TAP # 2.**
 - a) Casque avec mentonnière rigide couvrant le visage (intégral) :
 - o tout en écartant légèrement les côtés du casque, effectuer une légère bascule vers l'arrière en portant une attention particulière au nez;
 - o effectuer ensuite une bascule vers l'avant en retirant le casque;
 - o s'assurer de l'immobilité de la tête lors de la manœuvre.
 - b) Casque sans mentonnière rigide :
 - o tout en écartant légèrement les côtés du casque, retirer celui-ci avec un mouvement vers l'avant;
 - o s'assurer de l'immobilité de la tête lors de la manœuvre.
- 7. Le TAP # 2 reprend l'immobilisation de la tête et la maintient en position neutre.**
- 8. Le TAP # 1 mesure et installe un collet cervical rigide.**
- 9. Compléter l'immobilisation de la colonne vertébrale selon TECH. 4 (Protection spinale adulte – section 2).**
- 10. Apporter le casque au centre receveur.**

Remarque :

S'assurer de conserver la position neutre de la colonne vertébrale particulièrement lorsque le patient porte des épaulettes.

1. **S'assurer que le patient est d'abord maîtrisé par les policiers.**
2. **Placer le patient sur la civière en position de décubitus dorsal.**
3. **Immobiliser les membres à l'aide de manchettes faites avec des bandes triangulaires :**
 - a) Utiliser un nœud de cabestan;
 - b) S'assurer de garder les membres dans une position anatomique;
 - c) Utiliser une manchette pour chaque cheville ou l'équivalent;
 - d) Utiliser une manchette pour chaque bras ou l'équivalent;
 - e) Au besoin, utiliser une manchette pour chaque poignet ou l'équivalent.
4. **Toutes les manchettes doivent être attachées au corps de la civière, jamais au chariot ou à la ridelle.**
5. **Utiliser toutes les courroies et les boudriers afin d'immobiliser le tronc et les membres inférieurs.**
6. **S'assurer que les courroies sont ajustées correctement et n'entravent jamais les fonctions vitales.**
7. **S'assurer de la solidité des liens.**

En tout temps, lors de l'application de la technique de contention, les fonctions vitales du patient doivent être surveillées étroitement. Si vous notez un changement dans l'état du patient, réévaluez immédiatement ses fonctions vitales.

Remarques :

Se référer au protocole PSY. 2 (Transport sans consentement) et à la section « Consentement, aptitude, refus et modalités de transport » présentés à la fin de la section « Généralités ».

La décision de mettre un patient sous contentions revient aux policiers. Lorsque la situation exige d'installer des contentions à un patient, le technicien ambulancier paramédic doit le faire à la demande expresse d'un policier.

Les patients présentant les facteurs de risques suivants : agitation sévère, intoxication (drogue, alcool), obésité abdominale, blessure thoracique ou difficulté respiratoire sont en danger d'asphyxie au moment de l'installation de contentions. Pour cette raison, la position ventrale est interdite, et ce, pour tous les patients.

Si le patient est menotté, suggérer qu'il soit menotté les mains à l'avant afin de permettre la position de décubitus dorsal sur la civière. Si les policiers ne peuvent installer les menottes de cette façon, le patient devrait être placé en position latérale de sécurité.

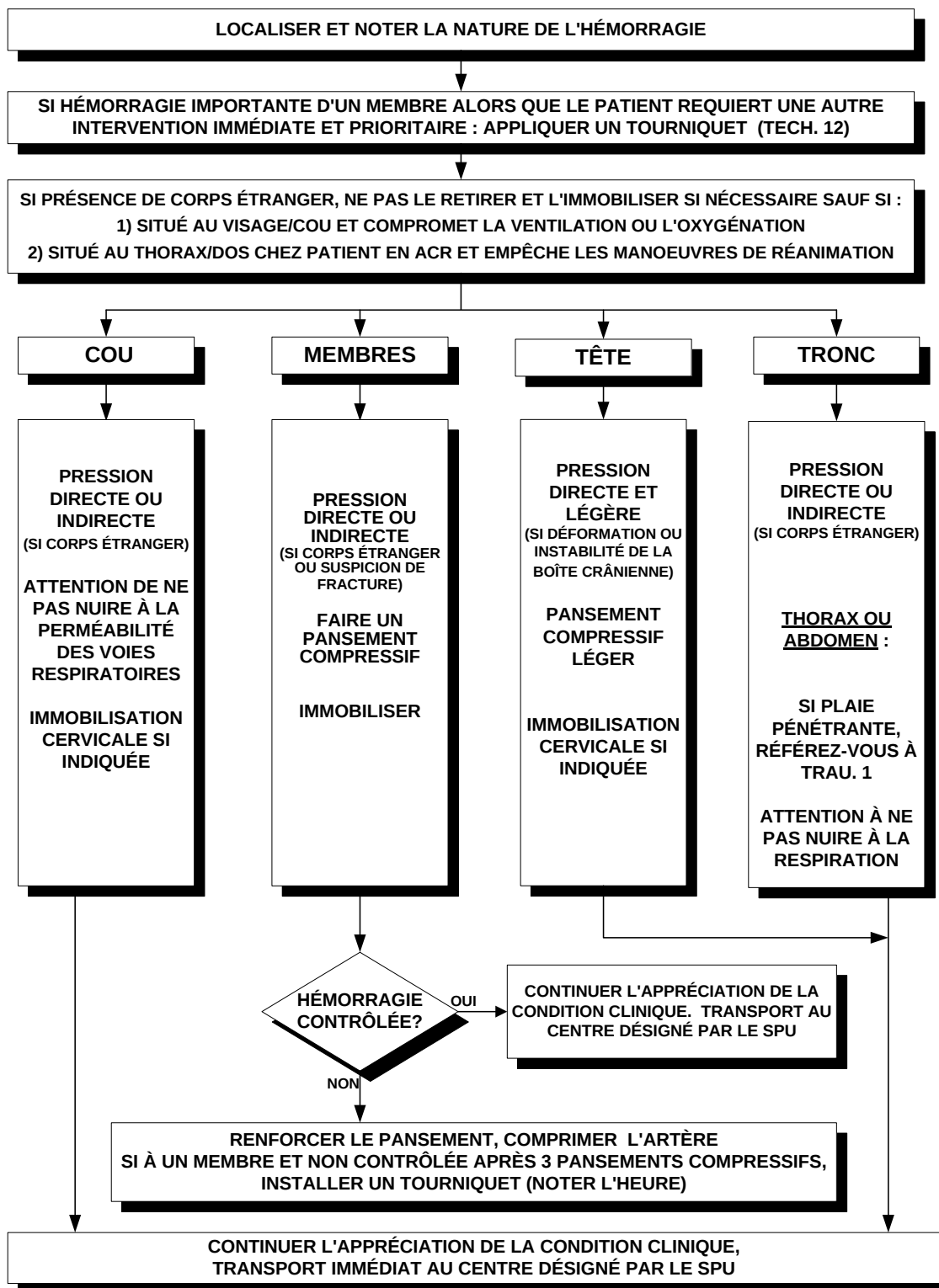
Dans tous les cas, s'assurer que le patient n'est pas menotté à la civière.

En tout temps, lors de l'installation des contentions, veuillez à ne pas :

- o infliger de douleur au patient;
- o provoquer une hyperflexion des articulations;
- o provoquer une hyperextension des articulations.

En tout temps, si le patient crache, installer un masque chirurgical.

CONTRÔLE D'HÉMORRAGIE



1. Localiser l'hémorragie.
2. Si plusieurs sites d'hémorragie, prioriser le contrôle du saignement le plus abondant.
3. Noter la nature de l'hémorragie et la présence d'un corps étranger, si visible.
4. Si présence d'hémorragie significative d'un membre lorsque l'état du patient requiert une ou d'autres interventions immédiates et prioritaires **ou hémorragie importante d'un membre partiellement ou totalement amputé**, appliquer un tourniquet (se référer à TECH. 12 – Tourniquet).
5. En présence d'un corps étranger :

a) De façon générale :

- o ne pas retirer l'objet;
- o immobiliser l'objet si nécessaire;
- o exercer une pression indirecte.

b) Si le corps étranger se situe au visage ou au cou et que :

- o l'assistance ventilatoire/respiratoire est compromise,
OU
- o l'oxygénation du patient est compromise,
OU
- o le corps étranger se situe au thorax/dos et que le patient est en ACR.

Retirer l'objet pour pouvoir procéder à la réanimation cardiorespiratoire.

6. Si l'hémorragie est située au niveau du cou :

- o exercer une pression directe;
- o faire une compression indirecte si corps étranger;
- o s'assurer de la perméabilité des voies respiratoires;
- o faire l'immobilisation cervicale si indiquée (et si possible).

7. Si l'hémorragie est située au niveau des membres :

- o exercer une pression directe;
- o faire un pansement compressif.

Si suspicion de fracture ou présence de corps étranger :

- o exercer une pression indirecte;
- o éviter les mouvements du membre;
- o couvrir la plaie;
- o immobiliser.

Contrôle d'hémorragie (suite)

8. Si l'hémorragie est située au niveau de la tête :

- o exercer une pression directe;
- o faire un pansement compressif (sauf en présence de déformation ou d'instabilité de la boîte crânienne (la pression doit être la plus légère possible pour contrôler le saignement);
- o immobilisation cervicale si indiquée (et si possible).

9. Si l'hémorragie est située au niveau du tronc :

- o exercer une pression directe;
- o appliquer un pansement compressif;
- o attention de ne pas nuire à la respiration;
- o en présence d'éviscération ou plaie aspirante, voir TRAU. 1 (Traumatisme adulte).

10. Hémorragie non contrôlée

- o ajouter un nouveau pansement compressif par-dessus le précédent;
- o comprimer l'artère proximale adjacente à la blessure, si l'hémorragie persiste.

11. Hémorragie non contrôlée sur un membre

- o Si après l'application de deux pansements de type compressif et une pression de l'artère proximale continue, l'hémorragie n'est pas contrôlée : application d'un tourniquet;
- o Toujours inscrire l'heure de l'application du tourniquet.

1. Mobilisation adulte (8 ans et plus)

Note : la présente section n'est applicable que chez les patients dont l'appréciation de la stabilité a conclu que le patient est stable ou potentiellement instable. Pour les patients instables, les éléments d'examen secondaire ne doivent pas être appliqués lors des techniques de mobilisation.

a) Patient trouvé debout

- o demander au patient de ne pas bouger;
- o immobiliser la tête manuellement en position neutre;
- o mesurer et installer un collet cervical rigide;
- i. lorsque possible :
 - a. préparer la civière avec le matelas immobilisateur en mode semi-rigide. Ajuster le dossier en position assise (90 degrés). Cela doit permettre au patient une fois debout, de s'asseoir le plus près possible du dossier, et ce, en vue de réduire au maximum les déplacements;
 - b. placer la civière perpendiculaire au patient, derrière celui-ci; si impossible le plus près de cette position;
 - c. appliquer les freins de sécurité de la civière;
 - d. indiquer au patient que vous allez cesser de lui tenir la tête, et qu'il doit la bouger le moins possible;
 - e. en fonction de la position de la civière, indiquer au patient d'effectuer une rotation de 10-180 degrés sur lui-même ou un déplacement latéral afin de se positionner adéquatement pour s'asseoir sur la civière;
 - f. demander au patient de s'asseoir sur la civière (matelas immobilisateur) le plus près possible du dossier;
 - g. tout en le guidant, demander au patient de faire une rotation de 90 degrés sur lui-même en déposant une jambe à la fois sur le matelas immobilisateur;
 - h. immobiliser la tête manuellement en position neutre;
 - i. tout en maintenant la tête en position neutre par l'arrière, demander au patient de s'appuyer contre le dossier (matelas immobilisateur) et descendre le dossier de la civière jusqu'à 180 degrés ou position tolérée par le patient.
- ii. lorsqu'il est impossible de placer la civière comme décrit ci-dessus, procéder avec la descente rapide :
 - a. placer la planche debout et l'adosser au patient;
 - b. tout en maintenant la tête en position neutre, descendre lentement le patient adossé à la planche au sol;
- o procéder à l'examen secondaire une fois le patient couché dans le matelas ou sur la planche avant de compléter l'immobilisation;

Protection spinale adulte (suite)

- o effectuer l'examen secondaire incluant notamment :
 - l'examen de la colonne cervicale;
 - l'examen neurologique spécifique;
 - l'examen du bassin et des membres inférieurs.
 - o tout en maintenant la tête alignée avec le tronc, tourner le patient en bloc vers soi;
 - o effectuer l'examen de la colonne dorsolombaire;
 - o conclure sur la nécessité d'immobilisation cervicale et/ou dorsolombaire selon TRAU. 0 :
 - i. si immobilisation requise, se référer à la section 2 - Matelas immobilisateur.
 - ii. si immobilisation non requise :
 - remettre en décubitus dorsal;
 - retirer le collet;
 - demander au patient de se lever selon la technique de son choix et assister le patient.
- b) Patient trouvé par terre (décubitus dorsal)
- o demander au patient de ne pas bouger;
 - o immobiliser la tête manuellement en position neutre;
 - o effectuer l'examen secondaire incluant notamment :
 - l'examen de la colonne cervicale;
 - l'examen neurologique spécifique;
 - l'examen du bassin et des membres inférieurs tout en maintenant l'axe spinal.
 - o mesurer et installer un collet cervical rigide;
 - o tout en maintenant la tête alignée avec le tronc, tourner le patient en bloc vers soi;
 - o placer le matelas immobilisateur parallèle au patient;
 - o effectuer l'examen de la colonne dorsolombaire;
 - o conclure sur la nécessité d'immobilisation cervicale et/ou dorsolombaire selon TRAU. 0 :
 - i. si immobilisation requise, retourner le patient sur le matelas immobilisateur et procéder à l'immobilisation (se référer à la section 2 - Matelas immobilisateur).
 - ii. si immobilisation non requise :
 - retirer le collet;
 - demander au patient de se lever selon la technique de son choix, et assister le patient.

Protection spinale adulte (suite)

- c) Patient trouvé (allongé) dans une autre position
 - o demander au patient de ne pas bouger;
 - o immobiliser la tête manuellement;
 - o effectuer l'examen de la colonne vertébrale (cervicale et dorsolombaire);
 - o positionner le matelas immobilisateur de façon appropriée (se référer à la section 2 - Matelas immobilisateur);
 - o installer le patient en position de décubitus dorsal sur le matelas tout en tentant de réaligner l'axe de la tête en position neutre (si applicable);
 - o mesurer et installer un collet cervical rigide;
 - o effectuer le reste de l'examen secondaire, notamment :
 - l'examen neurologique spécifique;
 - l'examen du bassin et des membres inférieurs.
 - o conclure sur la nécessité d'immobilisation cervicale et/ou dorsolombaire selon TRAU. 0 :
 - i. si immobilisation requise, procéder au transfert vers le matelas immobilisateur le cas échéant et se référer à la section 2 - Matelas immobilisateur.
 - ii. si immobilisation non requise :
 - retirer le collet;
 - demander au patient de se lever selon la technique de son choix et assister le patient.

Protection spinale adulte (suite)

2. Matelas immobilisateur : (1,22 mètre ou 4 pieds et plus)

a) Installation du matelas immobilisateur – patient au sol

- o étendre le matelas et disperser les billes de façon uniforme;
- o placer un drap sur le matelas;
- o installer la pompe, faire un demi-vide et fermer la valve;
- o tout en maintenant la tête alignée avec le corps, tourner le patient en bloc vers soi :
 - placer le matelas immobilisateur parallèlement au patient en prenant soin de replier par en dessous le rebord adjacent au patient;
 - toujours garder le matelas immobilisateur complètement au sol (ne pas soulever le matelas pour l'adosser au patient);
 - déposer doucement le patient sur le matelas immobilisateur et repositionner latéralement au besoin.
- o ouvrir la valve;
- o fixer les courroies du matelas immobilisateur en commençant par la partie supérieure du thorax et en terminant par les pieds (placer une couverture entre les jambes du patient pour remplir l'espace vide au besoin);
- o mouler le matelas immobilisateur aux épaules et à la tête, tout en maintenant l'immobilisation manuelle de celle-ci; replier les rebords du matelas vers l'extérieur (respecter le champ de vision du patient);
- o faire le vide d'air à l'aide de la pompe, la forme des billes doit être visible à la surface du matelas ou une complète rigidité de la surface, refermer la valve;
- o réajuster les courroies (attention de ne pas nuire à la respiration);
- o immobiliser la tête avec du ruban adhésif en commençant par le front et en terminant par le menton;
- o transporter le patient à deux personnes ou plus à l'aide des poignées latérales; ne pas transporter en tenant le matelas par ses extrémités (tête aux pieds).

b) Retrait du matelas immobilisateur

En fonction de la technique qui suit, la présence minimale de quatre (4) intervenants est requise. Toutefois, la présence de cinq (5) intervenants permet de manipuler le patient plus facilement.

- o transférer le patient dans le matelas sur la civière du centre receveur;
- o maintenir la tête en position neutre;
- o défaire les courroies du matelas et ouvrir la valve;

Protection spinale adulte (suite)

b) Retrait du matelas immobilisateur (suite)

- o étendre le matelas à plat sur la civière;
- o mouler la partie latérale (un côté ou l'autre) sous le matelas le plus près possible du patient si retrait fait avec la technique à quatre (4) intervenants;
- o faire un vide complet du matelas.

Si présence de quatre (4) intervenants :

- o un intervenant maintient la tête en position neutre (et dirige les manœuvres);
- o deux intervenants tournent le patient en bloc;
- o le retrait du matelas immobilisateur se fait de la façon suivante :
 - tourner en bloc en maintenant l'axe spinal droit;
 - retirer le matelas immobilisateur;
 - retourner le patient sur le dos en bloc.

Si présence de cinq (5) intervenants :

- o un intervenant maintient la tête en position neutre (dirige les manœuvres);
- o deux intervenants placent les mains sous le tronc;
- o un intervenant place les mains sous les membres inférieurs;
- o le retrait du matelas immobilisateur se fait de la façon suivante :
 - soulever le patient en bloc;
 - retirer le matelas;
 - déposer le patient sur la civière.

Remarques :

En présence de douleur ou si résistance à l'immobilisation de la tête, immobiliser en position trouvée.

EN CAS DE NON-DISPONIBILITÉ DU MATELAS IMMOBILISATEUR, un patient doit être immobilisé sur une planche dorsale, voir la technique suivante :

- a) À l'aide des courroies, immobiliser d'abord le thorax, le bassin, la tête, puis les pieds en dernier :
 - o immobiliser le thorax à l'aide de deux courroies posées en « X » :
 - demander au patient (si conscient) de prendre une grande inspiration avant d'ajuster les courroies;
 - si le patient est inconscient ou non coopératif, coordonner l'ajustement des courroies avec l'inspiration du patient (si possible); attention de ne pas nuire à l'amplitude respiratoire.

Protection spinale adulte (suite)

- o immobiliser les hanches à l'aide d'une courroie posée horizontalement : s'assurer que les points d'appui de la courroie soient situés sur la partie osseuse du bassin et non l'abdomen;
- o immobiliser la tête à l'aide d'une couverture ou de l'équipement approprié;
- o immobiliser les jambes à l'aide d'une courroie simple en « 8 » et remplir les espaces creux au besoin;
- o maintenir les mains jointes à l'aide d'une bande triangulaire, au besoin.

Protection spinale adulte (suite)

3. KED (*Kendrick's extrication device*)

a) Installation du KED

- o immobiliser la tête du patient manuellement par l'arrière (TAP # 1);
- o Effectuer l'examen secondaire, notamment :
 - o l'examen de la colonne cervicale;
 - o l'examen neurologique spécifique;
 - o l'examen du bassin et des membres inférieurs.
- o mesurer et installer un collet cervical rigide (TAP # 2);
- o reprendre l'immobilisation de la tête; maintenir en position neutre en étau (TAP # 2);
 - une main posée sur la base de l'occiput;
 - une main posée sur le maxillaire inférieur.
- o incliner le tronc et la tête du patient vers l'avant en maintenant l'axe spinal;
- o effectuer l'examen dorsolombaire du patient (TAP # 2);
- o si aucune immobilisation n'est requise selon TRAU. 0, retirer le collet;
- o lorsque l'immobilisation est requise selon TRAU. 0, glisser le KED derrière le patient (TAP # 1);
 - centrer le KED avec la colonne vertébrale;
 - tout en maintenant l'immobilisation en étau (maintien de la tête et du tronc), adosser le patient au KED.
- o ramener les courroies latérales inférieures (jambes) en bas de chaque côté du patient; ne pas installer immédiatement;
- o ramener les rabats thoraciques vers l'avant et boucler les courroies du centre et du bas seulement (ne pas serrer immédiatement); pour les grossesses évidentes, ramener les rabats vers l'extérieur pour ne pas appliquer de pression sur l'abdomen;
- o amener la partie supérieure des rabats thoraciques sous les aisselles du patient, en utilisant les poignées de soulèvement;
- o resserrer les deux courroies préalablement bouclées (pour les personnes obèses, faire prendre une grande inspiration avant de resserrer);
- o passer les courroies inférieures sous les jambes du patient de l'extérieur vers l'intérieur et boucler chacune dans les boucles femelles du même côté (lorsqu'il y a suspicion de trauma au bassin et/ou au fémur, ne pas installer les courroies inférieures);
- o remplir l'espace entre l'arrière de la tête et le KED au besoin, à l'aide d'accessoires spongieux (fournis ou improvisés);

Protection spinale adulte (suite)

- o fixer les bandes frontales et mentonnières en ramenant chacun des rabats supérieurs au niveau de la tête (en maintenant la tête en position neutre) en commençant par le front et terminant par le menton;
- o ajuster toutes les courroies de bas en haut;
- o ajuster et boucler la courroie thoracique supérieure en demandant au patient d'inspirer profondément;
- o s'assurer que toutes les courroies soient ajustées adéquatement.

b) Technique de sortie de véhicule avec KED

Préparation des équipements :

- o installer et préparer le matelas immobilisateur sur la civière d'ambulance (voir section 2-a), étapes 1-3);
- o positionner la civière perpendiculairement au siège du patient, pieds en premier;
- o positionner une planchette de transfert ou une planche sous les fesses du patient, servant de pont entre le siège et la civière;
- o immobiliser la civière.

Transfert du patient :

- o effectuer une rotation du patient pour qu'il soit dos à la sortie (la tête doit sortir en premier si possible);
- o coucher le patient sur le matelas immobilisateur. Pendant la manœuvre, la tête du patient doit être maintenue manuellement **pour éviter tout mouvement indu du patient pendant les déplacements**. Les TAP doivent coordonner leurs actions;
- o détacher les courroies latérales des jambes et glisser le patient sur le matelas tout en maintenant l'axe de la colonne.

c) Technique du retrait du KED sur matelas immobilisateur

- o un minimum de trois (3) intervenants est nécessaire pour effectuer le retrait du KED pour assurer une protection optimale au patient. Si seulement deux TAP sont disponibles pour appliquer cette technique, demander à un témoin de soulever les épaules;
- o se placer de côté et face au patient et maintenir manuellement la tête de celui-ci (TAP # 1);
- o détacher les courroies du KED. Ensuite, se placer de l'autre côté du patient et soulever légèrement ses épaules (attention pour ne pas déplacer le patient) (TAP # 2);

Protection spinale adulte (suite)

- o les deux techniciens ambulanciers paramédics positionnent leurs pieds pour bloquer le mouvement de la civière vers la tête;
- o un troisième intervenant se place à la tête de la civière, et, au signal du TAP # 1 (qui maintient la tête), retire le KED d'un seul mouvement continu et coordonné;
- o procéder ensuite à l'immobilisation du patient sur le matelas immobilisateur (voir section 2-a), étapes 5-9).

Protection spinale adulte (suite)

4. Évacuation rapide

a) Préparation des équipements :

- o installer et préparer le matelas immobilisateur sur la civière d'ambulance (voir section 2-a), étapes 1-3);
- o positionner la civière perpendiculairement au siège du patient, pieds en premier;
- o positionner une planchette de transfert ou une planche sous les fesses du patient, servant de pont entre le siège et la civière;
- o immobiliser la civière.

b) Transfert du patient :

- o le TAP # 1 stabilise la colonne cervicale;
- o le TAP # 2 dispose les équipements requis et reprend le maintien de la tête;
- o le TAP # 1 mesure et installe le collet cervical;
- o le TAP # 1 s'assure que les membres inférieurs sont bien dégagés, place une main sous l'aisselle éloignée (opposée) du patient et l'autre main au niveau des omoplates du patient;
- o au signal du TAP # 2, le TAP # 1 pivote le patient vers la sortie;
- o au signal du TAP # 2, le TAP # 1 abaisse le patient sur le matelas immobilisateur et planche dorsale;
- o le TAP # 1 place ses deux mains sous les aisselles du patient. Au signal du TAP # 2, le TAP # 1 déplace le patient jusqu'à l'endroit désigné;
- o le TAP # 1 referme le matelas immobilisateur en débutant par la région thoracique vers les membres inférieurs;
- o le TAP # 1 reprend le maintien de la tête. Le TAP # 2 complète l'installation du matelas, (voir section 2 - Matelas immobilisateur).

Remarque :

Le matelas est déposé sur la planche dorsale et moulé à la section excédant la civière. L'utilisation d'un drap facilitera le déplacement du patient sur le matelas.

5. Technique de « lever assisté » pour évacuation avec la chaise d'escaliers

Note : En dépit du fait que le patient se mobilise lors de la technique, les TAP doivent s'assurer que le patient effectue le moins de mouvement possible tout en limitant le déplacement de ce dernier.

Critères cliniques : permet l'application de la technique de « lever assisté » afin d'évacuer le patient à risque de blessure à la colonne cervicale trouvé assis sur une chaise, dans un fauteuil ou tout autre dispositif maintenant celui-ci en position assise avec la chaise d'escaliers.

- | | |
|----------------------------------|---|
| • État de conscience : | « A » |
| • Collaboration : | Comprend et collabore aux directives |
| • Stabilité : | Stable ou potentiellement instable |
| • Examen neurologique : | Normal |
| • Colonne dorsolombaire : | Aucune douleur |
| • Membres inférieurs et bassin : | Aucune suspicion de fracture des MI ou du bassin |
| • Douleur significative : | Aucune douleur significative |
| • Environnement : | Possibilité de placer la chaise d'escaliers à proximité du patient (seul un pivot est nécessaire) |

Technique :

1. Immobiliser la tête du patient manuellement en position neutre.
2. Procéder à l'examen secondaire :
 - effectuer entre autres :
 - l'examen neurologique spécifique;
 - l'examen de la colonne cervicale;
 - la mesure et la pose d'un collet cervical rigide, si indiqué;
 - l'examen de la colonne dorsolombaire, du bassin et des membres inférieurs tout en maintenant l'axe spinal. Au besoin, incliner le patient légèrement vers l'avant tout en maintenant l'axe spinal (« prise en étau »).
3. Si aucune atteinte neurologique, lésion au bassin ou des membres inférieurs, procéder à l'étape suivante, autrement se référer à la section 3 - KED (*Kendrick's extrication device*).
4. Placer la chaise d'escaliers à proximité du patient de façon à limiter son déplacement et afin de lui permettre de s'asseoir aisément sur celle-ci.
5. Indiquer au patient que vous allez cesser de lui tenir la tête et qu'il doit la bouger le moins possible.
6. Tout en guidant le patient, lui demander de se lever. Demeurer à ses côtés au cas où une douleur apparaîtrait ou que le patient serait dans l'impossibilité de se lever.
7. En fonction de la position de la chaise d'escaliers, indiquez-lui d'effectuer une rotation de 90-180 degrés sur lui-même ou un déplacement latéral afin de se positionner adéquatement pour s'asseoir sur la chaise d'escaliers.
8. Au besoin repositionner la chaise plus près du patient.
9. Appliquer les freins de sécurité de la chaise d'escaliers.

Protection spinale adulte (suite)

10. Indiquer au patient de s'asseoir sur la chaise d'escaliers le plus près possible du dossier.
11. Reprendre l'immobilisation manuelle de la tête.
12. Fixer le patient à la chaise d'escaliers selon les recommandations du fabricant et appliquer une bande frontale afin d'immobiliser la tête.
13. Procéder à l'évacuation du patient.
14. Pour transférer le patient à la civière, procéder comme suit :
 - a) appliquer les freins de sécurité de la chaise d'escaliers;
 - b) positionner la chaise d'escaliers légèrement reculée par rapport au dossier de la civière de façon à optimiser le transfert du patient vers cette dernière. Le matelas immobilisateur en mode semi-rigide doit être installé sur cette dernière. Ajuster le dossier en position assise (90 degrés). Cela doit permettre au patient une fois debout, de s'asseoir le plus près possible du dossier, et ce, en vue de réduire au maximum les déplacements;
 - c) appliquer les freins de sécurité de la civière;
 - d) indiquer au patient qu'il doit bouger la tête le moins possible;
 - e) détacher les courroies retenant le patient à la chaise d'escaliers en commençant par la bande frontale;
 - f) tout en le guidant, demander au patient de se lever. En fonction de la position de la civière, indiquez-lui d'effectuer une rotation de 90-180 degrés sur lui-même ou un déplacement latéral afin de se positionner adéquatement pour s'asseoir sur la civière (matelas immobilisateur);
 - g) demander au patient de s'asseoir sur la civière (matelas immobilisateur), le plus près possible du dossier;
 - h) tout en le guidant, demander au patient de faire une rotation de 90 degrés sur lui-même en déposant une jambe à la fois sur le matelas immobilisateur;
 - i) tout en maintenant la tête en position neutre par l'arrière, demander au patient de s'appuyer contre le dossier (matelas immobilisateur) et descendre le dossier de la civière jusqu'à 180 degrés ou position tolérée par le patient;
 - j) procéder à l'immobilisation complète du patient dans le matelas immobilisateur (se référer à la section 2 - Matelas immobilisateur).

1. Mobilisation et immobilisation pédiatrique (0 à 4 ans) – Siège de bébé

Si le siège de bébé présente une atteinte à la rigidité de sa structure, le bébé devra être immobilisé sur un dispositif d'immobilisation spinale.

- a) Transfert d'un bébé sur le dispositif d'immobilisation (si le bébé présente de l'instabilité ou que l'intégrité du siège est touchée) :
 - o Sortir le bébé de l'auto sans le siège, en immobilisant la tête et le tronc en bloc (étau).
- b) Immobilisation dans le siège de bébé (si le bébé ne présente pas d'instabilité) :
 - o installer un collier cervical, si possible, selon la mesure;
 - o maintenir la tête en position neutre;
 - o combler tous les espaces creux;
 - o fixer le tronc;
 - o fixer la tête au niveau du front;
 - o fixer solidement le siège du bébé sur la civière.

Remarques :

Éviter de provoquer une restriction respiratoire lors de l'installation de courroies thoraciques.

Si le bébé est trop agité et qu'il y a difficulté d'intervention, ne pas forcer l'immobilisation.

Protection spinale pédiatrique (suite)

2. Installation et retrait du bébé dans une attelle sous vide

a) Installation de l'attelle sous vide

- o protection cervicale
 - immobiliser la tête manuellement en position neutre;
 - mesurer et installer un collier cervical rigide si possible.
- o préparation de l'attelle sous vide
 - étendre l'attelle de type « jambe adulte » et disperser les billes de façon uniforme;
 - placer un drap dans l'attelle;
 - installer la pompe;
 - faire le demi-vide (2 à 3 coups de pompe) et fermer la valve; des coussinets peuvent être utilisés sur le dispositif d'immobilisation afin de combler les espaces creux pouvant mettre en jeu la stabilité de l'immobilisation et la neutralité de la position de la colonne vertébrale (des épaules jusqu'au bassin) afin d'éviter la flexion cervicale;
 - placer l'attelle parallèlement au patient, la partie la plus large à la tête du patient.
- o transfert du bébé sur le dispositif d'immobilisation
 - un TAP maintient la tête du bébé avec les mains (attention aux fontanelles);
 - le deuxième TAP maintient le tronc avec les deux mains (attention pour ne pas comprimer la cage thoracique);
 - de façon coordonnée, les deux TAP transfèrent le bébé sur le dispositif d'immobilisation (la personne située à la tête dirige les manœuvres).

Protection spinale pédiatrique (suite)

2. Installation et retrait du bébé dans une attelle sous vide (suite)

- o immobilisation du bébé dans l'attelle sous vide
 - ouvrir la valve;
 - bien mouler l'attelle autour du bébé;
 - fixer les courroies de l'attelle en commençant par la partie supérieure du thorax et en terminant par les pieds;
 - mouler l'attelle aux épaules et à la tête, tout en maintenant l'immobilisation manuelle de celle-ci; replier les rebords de l'attelle vers l'extérieur;
 - faire le vide d'air à l'aide de la pompe, la forme des billes doit être visible à la surface de l'attelle et /ou une complète rigidité de la surface;
 - refermer la valve;
 - réajuster les courroies (attention de ne pas gêner la respiration);
 - immobiliser la tête avec du ruban adhésif en commençant par le front et en terminant par le menton;
 - transporter le patient sécuritairement sur la civière.

b) Retrait de l'attelle sous vide

- en fonction de la technique qui suit, la présence de trois personnes est requise;
- transférer le patient (bébé) dans l'attelle sous vide sur la civière du centre hospitalier receveur;
- maintenir la tête en position neutre avec les mains;
- défaire les courroies de l'attelle sous vide et ouvrir la valve pour permettre à l'air de pénétrer à l'intérieur;
- étendre l'attelle sous vide à plat sur la civière;
- en présence de trois personnes : la première maintient la tête en position neutre (attention aux fontanelles), la seconde maintient le tronc avec les deux mains, la troisième retire l'attelle;
- de façon coordonnée, les deux TAP soulèvent le bébé et la troisième personne retire l'attelle sous vide (la personne située à la tête dirige les manœuvres);
- déposer le bébé délicatement sur la civière du centre hospitalier receveur (ne pas oublier les coussinets sous le bébé).

Contre-indication :

Bébé mesurant plus de 48 po ou 122 cm.

Protection spinale pédiatrique (suite)

2. Installation et retrait du bébé dans une attelle sous vide (suite)

Remarques :

Utiliser l'attelle sous vide de type « jambe adulte » (mesurant environ 24 pouces de large / 48 pouces de long ou 61 cm de large / 122 cm de long).

L'utilisation de coussinets permet de conserver une position neutre de la tête et du cou. Une flexion antérieure de la tête peut entraîner un compromis respiratoire.

Éviter de provoquer une gêne respiratoire lors de l'installation de la courroie thoracique.

Ne jamais déplacer le patient en utilisant les extrémités de l'attelle sous vide.

Protection spinale pédiatrique (suite)

3. Mobilisation pédiatrique (1 à 7 ans)

- a) Enfant trouvé en position debout (si l'enfant est assez grand pour pouvoir s'asseoir sur la civière, procéder comme chez l'adulte, autrement procéder comme suit)
 - o s'approcher calmement de l'enfant;
 - o demander de ne pas bouger;
 - o immobiliser la tête manuellement en position neutre;
 - o mesurer et installer un collet cervical rigide (si applicable);
 - o positionner la planche dorsale pédiatrique debout et bien adossée au patient;
 - o descendre lentement l'enfant adossé à la planche dorsale pédiatrique (type « Pedi-Pac ») jusqu'au sol;
 - o immobiliser l'enfant selon le point 4.
- b) Enfant couché par terre (décubitus dorsal)
 - o s'approcher calmement de l'enfant;
 - o demander de ne pas bouger;
 - o immobiliser la tête manuellement en position neutre;
 - o mesurer et installer un collet cervical rigide (si applicable);
 - o tout en maintenant la tête bien alignée avec le tronc, tourner le patient en bloc vers soi;
 - o placer le dispositif d'immobilisation (planche ou « Pedi Pac ») parallèlement au patient;
 - o un coussinet doit être placé sous le tronc (des épaules jusqu'au bassin) afin d'éviter la flexion de la colonne cervicale (au besoin);
 - o retourner l'enfant sur le dispositif d'immobilisation;
 - o immobiliser l'enfant selon le point 4.
- c) Enfant couché par terre dans une autre position
 - o s'approcher calmement de l'enfant;
 - o demander de ne pas bouger;
 - o immobiliser la tête manuellement en position neutre;

Protection spinale pédiatrique (suite)

3. Mobilisation pédiatrique (1 à 7 ans) (suite)

- o positionner le dispositif d'immobilisation de façon appropriée;
- o installer le patient en position de décubitus dorsal tout en tentant de réaligner l'axe de la tête en position neutre (si applicable);
- o mesurer et installer un collet cervical rigide, si applicable;
- o immobiliser l'enfant selon le point 4.

d) Enfant trouvé en position assise

- o s'approcher calmement de l'enfant;
- o immobiliser la tête manuellement en position neutre;
- o mesurer et installer un collet cervical si applicable;
- o positionner la planche dorsale pédiatrique près du patient afin de pouvoir le déplacer (glisser et/ou retourner), idéalement derrière le patient;
- o mobiliser le patient en bloc pour l'allonger sur la planche dorsale pédiatrique;
- o immobiliser l'enfant selon le point 4.

Protection spinale pédiatrique (suite)

4. Immobilisation d'un enfant sur une planche dorsale pédiatrique de type « Pedi-Pac ».

- a) Technique d'immobilisation sur la planche dorsale pédiatrique
 - o maintenir la tête de l'enfant en position neutre;
 - o immobiliser d'abord le thorax, le bassin, les membres inférieurs puis la tête de l'enfant avec les courroies situées sur la planche dorsale pédiatrique;
 - o maintenir les mains jointes à l'aide des courroies prévues à cette fin, ou d'une bande triangulaire;
 - o transporter le patient sécuritairement sur la civière.

Remarques :

La planche dorsale pédiatrique peut recevoir un enfant mesurant de 71 cm à 137 cm (28 po à 54 po) et pesant de 9 kg à 40 kg (20 lb à 90 lb).

La planche dorsale pédiatrique est déjà munie de coussinets permettant de conserver la tête et le cou en position neutre.

S'assurer que les coussinets sont déjà en place sur la planche dorsale pédiatrique de type « Pedi-Pac », sinon en appliquer au moment de l'utilisation.

Éviter de provoquer une restriction respiratoire lors de l'installation de courroies thoraciques.

Si l'enfant est trop agité et qu'il y a difficulté d'intervention, ne pas forcer l'immobilisation.

En présence de douleur ou si résistance à l'immobilisation de la tête, immobiliser en position trouvée.

L'utilisation de coussinets permet de conserver une position neutre de la tête et du cou. Une flexion antérieure de la tête peut entraîner un compromis respiratoire.

Les techniques de retrait du patient sur la planche dorsale pédiatrique sont identiques à celles du matelas immobilisateur présentées au protocole TECH. 4 (Protection spinale adulte, point 2 b).

1. Installation du Combitube®

- a) Si la personne est traumatisée, la colonne cervicale doit être immobilisée avant l'insertion du Combitube®
- b) Préparer le Combitube® (vérifier l'étanchéité des ballonnets, les pilotes, le vérificateur de positionnement oesophagien (VPO), la succion et le ballon-masque);
- c) Appliquer du gel lubrifiant sur l'extrémité distale du Combitube®;
- d) Positionner la tête en position neutre; soulever à la fois la langue et la mâchoire inférieure vers le haut, en s'assurant de maintenir la tête entre les genoux ou avec les deux mains d'un autre intervenant si immobilisation entre les genoux impossible;
- e) Insérer le Combitube® en suivant la courbe du pharynx;
- f) Cesser l'insertion lorsque la ligne d'arrêt sur le tube est approximativement au niveau des incisives;
- g) Gonfler le ballonnet proximal (pilote # 1 bleu), puis gonfler le ballonnet distal (pilote # 2 blanc);
- h) Vérifier le positionnement du Combitube® :
 - o VPO sur tube blanc (conduit # 2) :
 - si VPO négatif : ventiler dans le conduit # 1 (bleu);
 - si VPO positif : ventiler dans le conduit # 2 (blanc).
 - o auscultation pulmonaire positive;
 - o absence de son et de distension gastrique.

Remarques :

Ne pas utiliser le Combitube® si :

- o la personne a ingéré un agent caustique;
- o le patient est en obstruction des voies respiratoires par corps étranger;
- o le réflexe de déglutition est présent;
- o présence de trachéostomie fermée;
- o présence d'anaphylaxie au latex.

Si le VPO est négatif et s'il existe un doute important d'une absence de ventilation dans les poumons par le conduit # 1 (bleu), demander au TAP # 2 de ventiler le conduit # 2 (blanc) :

- o ausculter l'estomac et les poumons;
- o choisir le conduit adéquat;
- o si le doute persiste, retirer le Combitube®.

Si fuite d'air par la bouche et que le pilote est bien gonflé : ajouter 20 cc d'air supplémentaire au ballonnet proximal (pilote # 1 bleu), selon le tableau ci-dessous :

	Combitube® standard (41F)	Combitube® SA (37F)
Taille du patient	5'6" – 1,65 m et plus	4'0" - 1,22 m à 5'6" – 1,65m
Quantité d'air ballon proximal initial	100 cc	85 cc
Quantité d'air ballon proximal maximal	200 (ajout 20 cc X 5)	165 (ajout 20 cc X 4)
Quantité d'air distal	15 cc	12 cc

Tube orotrachéal à double voie (COMBITUBE® et COMBITUBE® SA) (suite)

2. Retrait du Combitube®

- a) Vérifier la disponibilité des équipements requis : succion en marche, seringue 140 cc;
- b) Tourner le patient en décubitus latéral;
- c) Dégonfler complètement le ballonnet proximal par le pilote # 1 (Bleu);
- d) Dégonfler complètement le ballonnet distal par le pilote # 2 (Blanc);
- e) Retirer doucement le Combitube® en respectant sa courbure pour éviter de stimuler inutilement le pharynx;
- f) Succionner au besoin.

Remarques :

Intubation du patient vivant : l'utilisation de détecteur de CO₂ est requis dans la procédure de choix du tube de ventilation. Se référer au protocole RÉA. 7 (Intubation au Combitube® du patient en hypoventilation).

Indications de retrait du Combitube® : patient s'éveille, présence de réflexe de Gag, efforts de vomissements.

Lors de toute tentative d'intubation avec Combitube®, le technicien ambulancier paramédic doit porter un masque chirurgical.

1. Considérer tout traumatisme à une extrémité comme une fracture possible.
2. Minimiser les mouvements de la partie blessée.
3. Évaluer les fonctions neurovasculaires distales.
4. Maintenir le membre en position trouvée en le soutenant par les parties distale et proximale à la fracture.
5. Utiliser une attelle qui soutient le membre et le maintient en position adéquate.
6. Combler l'intérieur de l'attelle à l'aide de coussinets, au besoin.
7. Immobiliser l'articulation proximale et distale.
8. Soutenir le membre immobilisé à l'aide de bandes triangulaires, au besoin.
9. Réévaluer les fonctions neurovasculaires distales.

Situations exceptionnelles :

- impossibilité d'immobiliser en position trouvée;
- compromis neurovasculaire.

Dans ces situations, tenter de réaligner le membre
sans force excessive (une tentative)
pour permettre l'immobilisation et le transport.

Réévaluer les fonctions neurovasculaires distales et documenter.

Critère d'inclusion :

Tout membre ou partie de membre amputé.

1. **Récupérer la partie amputée.**
2. **Recouvrir la partie exposée du membre amputé de compresses stériles humidifiées avec du NaCl 0,9 %.**
3. **Placer à l'intérieur d'un sac en plastique hermétiquement fermé.**
4. **Déposer le sac dans de l'eau avec de la glace.**
5. **Mettre des compresses humides sur la plaie du membre amputé, ensuite recouvrir d'un bon nombre de compresses sèches puis maintenir le tout en place avec du « kling ».**
6. **Isoler le membre dans un sac imperméable.**
7. **À l'arrivée au centre receveur, remettre le membre amputé au personnel compétent en spécifiant le contenu et le temps écoulé depuis l'amputation.**
8. **Si l'amputation est partielle, la partie amputée doit être remise dans l'axe normal, appliquer un pansement humide et immobiliser avec un sac de glace placé sur le pansement stérile.**

Remarques :

Le délai d'intervention est très important : il est primordial d'intervenir rapidement et efficacement.

Une dent devrait être transportée dans la bouche du patient (si son état de conscience est « A » sur l'échelle « AVPU ») ou dans du lait.

Oxylator EM-100™, Oxylator EMX™

Indications (toutes doivent être présentes) :

- Patient > 25 kg.
- Patient nécessitant une assistance respiratoire ou ventilatoire (RÉA. 7 (Intubation au Combitube® du patient en hypoventilation)).

Notes sur la ventilation :

- Assurer en tout temps, la perméabilité des voies respiratoires.
- Le temps inspiratoire doit être d'une (1) seconde, jusqu'au soulèvement du thorax.
- À moins d'une contre-indication, le mode automatique doit être appliqué, puisqu'il assure au patient, une ventilation constante.
- La ventilation à l'Oxylator™ doit être débutée à la pression de ventilation la plus basse.
- Chez le patient non intubé, la pression de ventilation ne doit pas dépasser les 35 cm d'H₂O.
- En fonction des besoins du patient et des objectifs visés par la procédure, il est possible de devoir ajuster la pression de ventilation à la hausse, comme à la baisse.

Précisions sur le mode automatique :

- Contre-indications au mode automatique :
 - o Hypotension (tension artérielle systolique < 100 mmHg).
 - o Patient en ACR.
 - o Traumatisé crânien.
 - o Asthme décompensé < 40 ans.
- Afin de ventiler adéquatement en mode automatique, il faut assurer en tout temps, l'étanchéité du masque.
- En début de ventilation, il est possible que l'Oxylator™ nécessite une période d'adaptation d'une durée de quelques minutes (généralement une à deux minutes). Il est aussi possible, pendant cette période, qu'il produise des cycles irréguliers et inattendus.
- Si le mode automatique ne fonctionne pas du fait que l'Oxylator™ ne produit pas les cycles de ventilation attendus, valider la perméabilité des voies respiratoires et la présence de fuite menant à un problème d'étanchéité et corriger la problématique, le cas échéant.

Précisions sur le mode manuel (patient vivant) :

- Le mode manuel est utilisé en présence de contre-indications ou lorsqu'on objective une hyperventilation évidente avec ventilation inefficace en mode automatique.
- Il est important de respecter la fréquence respiratoire compensatoire du patient lors de l'assistance ventilatoire, à moins d'être en présence d'hypoventilation ou apnée. Dans ce cas, suivre les recommandations suivantes :
 - Chez l'adulte (> puberté) : la ventilation doit être effectuée à raison de 10 à 12 ventilations par minute (1 ventilation aux 5 à 6 secondes).
 - En pédiatrie (< puberté) : la ventilation doit être effectuée à raison de 12 à 20 ventilations par minute (une ventilation aux 3 à 5 secondes).

1. Assistance ventilatoire avec l'Oxylator™ - utilisation avec masque et Combitube®

Avant d'initier la mesure du masque, le technicien ambulancier paramédic doit préparer l'ensemble du matériel dont il aura besoin pour effectuer l'assistance ventilatoire. Une saturométrie en temps réel (en continu) est requise afin de surveiller l'oxygénation du patient. Si le patient est intubé, le choix du tube de ventilation ainsi qu'une ventilation adéquate avec ballon-masque doivent avoir été établis.

- a) Sélectionner le masque approprié pour la morphologie du patient, si non intubé et préparer l'équipement relié à l'Oxylator™.
- b) Brancher une (1) seule tubulure d'appoint crénelée à l'Oxylator™ afin de diminuer la pression de ventilation (création d'un espace mort).
- c) Assurer le fonctionnement de l'Oxylator™.
- d) Si non intubé, appliquer le masque sur le visage du patient :
 - i. Ouvrir le masque.
 - ii. Ajuster le masque aux contours du nez.
 - iii. Terminer l'application du masque autour de la bouche.
- e) Maintenir une étanchéité optimale :

Effectuer un « C/E » avec la main et accrocher vos doigts à la mandibule inférieure. Idéalement, la technique pour maintenir le masque à deux mains devrait être utilisée pour ventiler le patient, **tout particulièrement chez les patients obèses.**
- f) Brancher la tubulure d'appoint crénelée au masque (cette dernière est déjà branchée à l'Oxylator™) ou au Combitube®, le cas échéant.
- g) Initier l'assistance ventilatoire et valider l'efficacité de la ventilation.

2. Assistance respiratoire avec l'Oxylator™

Avant d'appliquer le masque, le technicien ambulancier paramédic doit préparer l'ensemble du matériel dont il aura besoin pour effectuer l'assistance respiratoire et expliquer la procédure au patient. Une saturométrie en temps réel (en continu) est requise afin de surveiller l'oxygénation du patient.

- a) Sélectionner le masque approprié pour la morphologie du patient et préparer l'équipement relié à l'Oxylator™.
- b) Assurer le fonctionnement de l'Oxylator™.
- c) Brancher l'outil de ventilation :
 - i. Utiliser deux (2) tubulures d'appoint crénelées afin de diminuer la pression de ventilation (création d'un espace mort).
 - ii. Brancher l'Oxylator™ et initier la ventilation (le mode automatique doit être utilisé en l'absence de contre-indication à celui-ci) à la pression de ventilation la plus basse (20 cmH₂O pour l'EMX et 25 cmH₂O pour L'EM-100).

- d) Appliquer le masque sur le visage du patient :
 - i. Ouvrir le masque.
 - ii. Ajuster le masque aux contours du nez et demander à ce moment au patient de prendre une grande inspiration.
 - iii. Terminer l'application du masque autour de la bouche.
- e) Effectuer un coaching respiratoire et réassurer le patient.

ATTENTION

Lors d'une défibrillation faite par MDSA (en situation d'arrêt cardiorespiratoire), la source d'oxygène doit être à plus d'un mètre du patient. L'Oxylator™ doit donc être débranché du masque ou de la tubulure du raccordement qui est relié au Combitube®.

Remarques :

Si l'utilisation de l'Oxylator™ est abandonnée en raison de la présence d'une alarme signifiant une obstruction qui ne peut être levée et que la ventilation au ballon n'est pas plus efficace, il faut donc trouver le moyen de lever cette obstruction.

Il faut assurer la perméabilité des voies respiratoires (lors de situations avec état de conscience à « V », « P » ou « U ») à l'aide des outils appropriés (canule oropharyngée ou nasopharyngée).

Tous les cas d'assistance ventilatoire avec l'Oxylator™ et tous les cas d'abandon de l'appareil doivent être documentés.

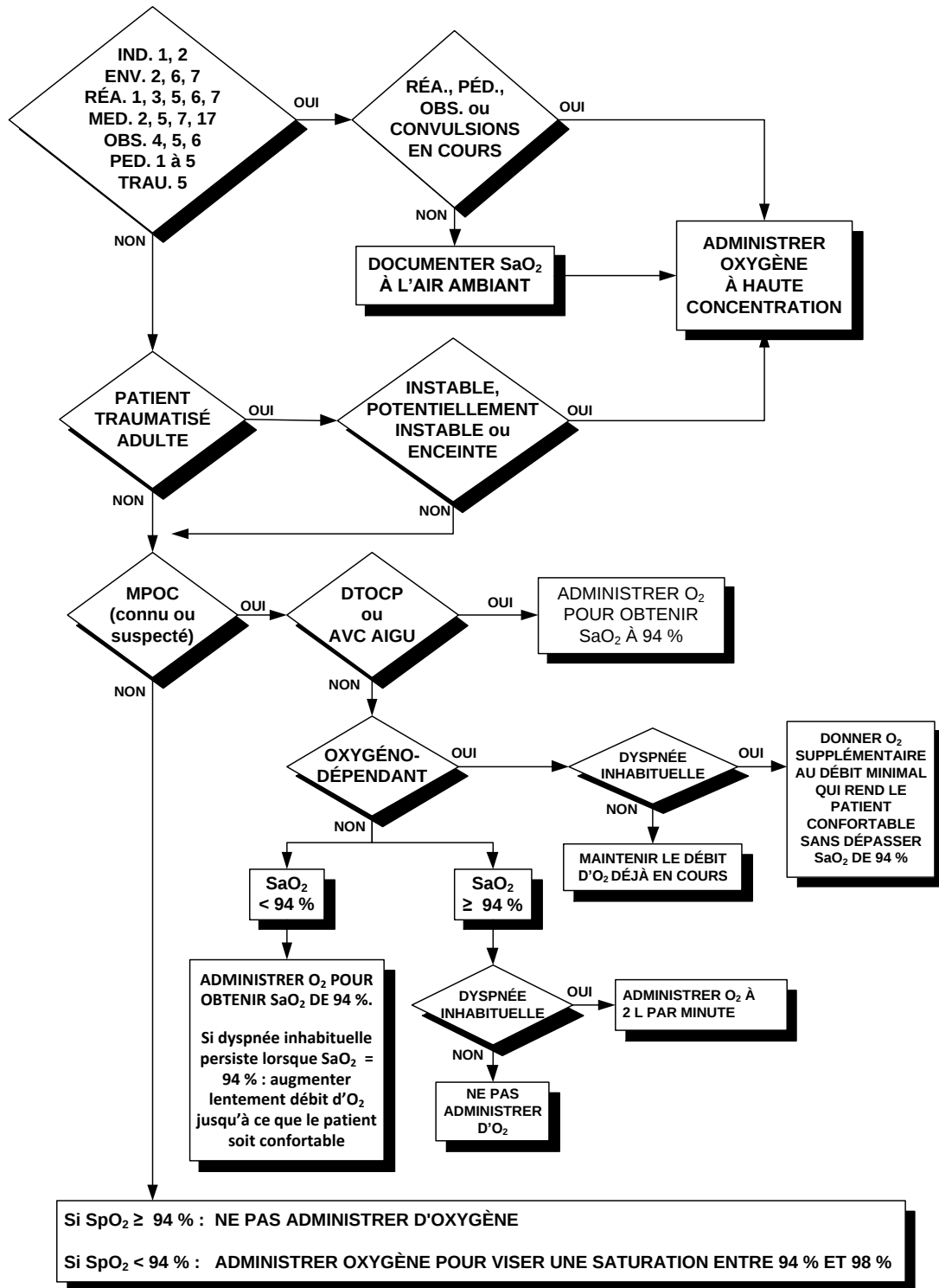
En situation de trachéostomie fermée, utiliser un masque à membrane souple.

Arrêt cardiorespiratoire

En présence d'un ACR intubé avec Combitube® où le technicien ambulancier paramédic est seul lors du transport pour effectuer les manœuvres de réanimation, à son choix, il est acceptable de ventiler à l'Oxylator™ en mode manuel seulement.

Lors d'un arrêt cardiorespiratoire, l'installation de l'Oxylator™, lorsque son utilisation est choisie pour le déplacement et transport, doit se faire après la dernière analyse/choc fait sur les lieux.

TECH.10 OXYGÈNE / SATUROMÉTRIE



1. Administration d'oxygène à haute concentration au patient chez qui le ou les protocoles suivants s'appliquent :

INDUSTRIELS ET ENVIRONNEMENTAUX

IND. 2	Exposition cutanée à des substances toxiques.
IND. 3	Inhalation de vapeurs ou de substances toxiques.
ENV. 1	Accident de plongée.
ENV. 2	Brûlure.
ENV. 6	Hypothermie.
ENV. 7	Submersion.

RÉANIMATION

RÉA. 1, 3, 5 6, 7	Arrêt cardiorespiratoire, hypoventilation ou assistance respiratoire/ventilatoire.
----------------------	--

MÉDICAUX

MED. 2	Atteinte de l'état de conscience; lorsque le patient est à « P » ou « U » sur l'échelle d'AVPU.
MED. 5	Choc non-traumatique.
MED. 7	Convulsions; lorsque convulsions actives seulement.
MED. 17	Réaction allergique/anaphylactique (lors de réaction anaphylactique seulement).

OBSTÉTRICAUX ET PÉDIATRIQUES

OBS. 2	Accouchement imminent.
OBS. 4	Appréciation et soins au nouveau-né, dans certaines situations.
OBS. 5	Convulsions du troisième trimestre - Éclampsie.
OBS. 6	Procidence du cordon.
PED. 1 à 5	Tous les protocoles pédiatriques, non-traumatiques*.
TRAU. 2	Traumatisme chez la femme enceinte.
TRAU. 5	Traumatisme pédiatrique.

Remarque – Patients requérant oxygène à haute concentration :

Sauf lors d'arrêt cardiorespiratoire, en pédiatrie (< 10 ans) ou lors de situations d'obstétrique ou lors de convulsions en cours, documenter la saturométrie à l'air ambiant avant de débiter l'administration d'oxygène. Ensuite, toujours maintenir le monitoring de cette dernière en continu.

*L'oxygénation du patient pédiatrique qui n'est pas inclus dans un protocole pédiatrique spécifique doit se faire selon le protocole adulte correspondant. (Si le patient adulte doit recevoir de l'oxygène, le patient pédiatrique doit recevoir 100 %).

Oxygène/Saturométrie (suite)

2. Si le protocole spécifique demande un supplément d'oxygène, procéder de la façon suivante pour toutes les situations sauf les situations spéciales :

Si $SpO_2 \geq 94\%$: ne pas administrer d'oxygène, sauf si dyspnée, administrer de l'oxygène par lunette nasale à 4 L/min.

Si $SpO_2 < 94\%$: administrer de l'oxygène; viser une saturation entre 94 % et 96 %.

3. Situations spéciales

A. Patient ADULTE traumatisé :

- **Instable/potentiellement instable et femme enceinte** : administrer de l'oxygène à haute concentration sans documenter préalablement la saturation.
- **Stable** : administrer de l'oxygène selon le point 2 lorsque le saturomètre est disponible (ex. : une fois dans le véhicule ambulancier).

B. Patient réanimé post ACR :

- **État de conscience « A » ou « V »** : procéder selon le point 2.
- **État de conscience « P » ou « U » (avec ventilation assistée ou non)** : administrer de l'oxygène à haute concentration.

C. Patient MPOC non oxygéo-dépendant :

Si $SpO_2 \geq 94\%$: - ne pas administrer d'oxygène;
- si dyspnée augmentée, administrer de l'oxygène par lunette nasale à 2 L/min.

Si $SpO_2 < 94\%$: - Administrer la plus petite concentration d'oxygène possible jusqu'à ce que le patient soit confortable, viser une saturation de 94 %.

Si présence d'une DTOCP ou AVC **nouveau** : administrer de l'oxygène au besoin et viser une saturation de 94 %.

D. Patient MPOC oxygéo-dépendant :

- Maintenir le débit d'oxygène déjà en place.
- Si plainte de dyspnée augmentée, administrer de l'oxygène supplémentaire en donnant la plus petite concentration possible jusqu'à ce qu'il soit confortable sans dépasser une saturation de 94 %;

Si présence d'une DTOCP ou AVC **nouveau** : administrer de l'oxygène au besoin et viser une saturation de 94 %.

Remarques

Hormis les patients chez qui l'oxygène est administré à haute concentration et les patients MPOC, le TAP titre l'oxygène pour que la saturation se situe entre 94-96 %. Ceci implique que le TAP peut diminuer la FiO_2 administrée.

Ceci est aussi applicable lorsque le TAP prend en charge un patient qui s'est vu administrer de l'oxygène par un premier intervenant ou premier répondant et que la saturation dépasse la cible dictée plus haut pour sa condition clinique.

Oxygène/Saturométrie (suite)

Patients MPOC

Chez le patient MPOC, le TAP titre l'oxygène pour que la saturation soit toujours la plus basse possible en tenant compte du confort du patient. Il est important d'ajuster la concentration d'oxygène à la baisse si le patient, avec les traitements (ex: salbutamol) s'améliore cliniquement. Cet ajustement de la concentration d'oxygène est important et demande une surveillance constante de l'état clinique et de la saturation.

Lorsque le patient MPOC oxygène-dépendant ou non est traité principalement pour un traumatisme significatif **ou un choc non-traumatique**, de l'oxygène à haute concentration doit être initialement administré. Le besoin du maintien de l'oxygène à haute concentration sera évalué dans le transport selon l'évolution de la condition clinique globale.

Le patient asthmatique ne doit pas être inclus dans la catégorie des MPOC. Pour fin d'application de ce protocole, le patient asthmatique est défini de la façon suivante : diagnostiqué asthmatique et doit être âgé de moins de 40 ans.

Fiabilité de la saturométrie

La vérification de la présence du pouls radial sur le côté où le saturomètre est installé, est requise préalablement à l'installation de l'appareil.

La valeur peut être considérée fiable si :

- il y a présence d'un pouls radial;
- en absence de pouls radial bilatéralement, l'indicateur de pulsation correspond au pouls carotidien ou fémoral;
- absence de possibilité d'intoxication au monoxyde de carbone ou autre produit toxique;

Malgré la présence d'un pouls radial, le TAP doit considérer que la perfusion distale peut être diminuée (vasoconstriction) et affecter la fiabilité de la valeur. Ceci doit être considéré si :

- les extrémités sont froides;
- le patient présente des signes de choc.

En présence d'une valeur jugée non fiable par le TAP, il est indiqué d'administrer de l'oxygène par masque à haute concentration.

Principes pour l'ajustement FiO₂ désiré en fonction de la saturométrie

La saturométrie doit minimalement être évaluée à toutes les 3 à 5 minutes.

Chez le patient médical potentiellement instable ou instable, la surveillance de la saturométrie en continu est requise à partir du début de l'intervention.

L'ajustement du débit d'oxygène doit respecter les cibles visées de saturation décrites précédemment.

Lors d'un changement de débit, on peut s'attendre à une modification de la saturation en moins d'une minute, d'où l'importance de respecter la fréquence des vérifications. Une omission de vérification peut mener à une hypoxygénation comme à une hyperoxygénation qui, dans les deux cas, peuvent être délétères pour le patient.

Il est donc possible que le TAP doive changer le masque à haute concentration pour une lunette nasale durant l'intervention et vice-versa, ou simplement ajuster le débit d'oxygène de cette dernière afin d'obtenir la valeur de saturométrie recherchée. Il se peut également que l'arrêt de l'administration de l'oxygène soit nécessaire afin de respecter la saturométrie recherchée.

Toute modification du débit d'oxygène doit être notée au rapport d'intervention préhospitalière (RIP).

Oxygène/Saturométrie (suite)

Pourcentage d'oxygène administré en fonction de l'outil utilisé		
Lunette nasale (litre par minute)	FiO ₂	% approximatif
1	0,24	24 %
2	0,28	28 %
3	0,32	32 %
4	0,36	36 %
5	0,40	40 %
6	0,44	44 %
Haute concentration		
12 à 15	0,80 à 0,85*	80 à 85 %*
Ballon-masque		
12 à 15	1,0*	100 %*
*avec réservoir gonflé en tout temps		

Critères d'inclusion :

Patient âgé de **18 ans et plus**.

ET une des présentations suivantes :

- Plainte principale ou secondaire : douleur (de tout type: serrement, brûlement, indigestion, etc.) ou malaise persistant ou disparu dans la région entre l'ombilic et la mâchoire incluant le dos et les bras ou douleur angineuse habituelle ayant été à l'origine de l'appel;
- Bradycardie, tachycardie ou palpitations;
- Syncope ou quasi-syncope.

OU

Patient âgé de **65 ans et plus**

ET une des présentations suivantes :

- Plainte principale : faiblesse ou diaphorèse, soudaine et inexplicée;
- Dyspnée soudaine inexplicée.

Critères d'exclusion (un des critères suivants) :

Situation où la plainte principale est d'origine traumatique.

État de conscience à « P » ou « U ».

Détresse/insuffisance respiratoire.

Patient réanimé post ACR.

1. Positionner adéquatement le patient en position couchée ou semi-assise. La position choisie doit permettre au patient de prendre une position confortable.
2. Exposer de façon respectueuse le thorax du patient.
3. Identifier l'angle de Louis qui correspond à la 2^e côte.
4. Identifier le 4^e espace intercostal;
5. Après avoir préparé la peau adéquatement, positionner V1 à droite du sternum du patient et V2 à gauche du sternum du patient à la hauteur du 4^e espace intercostal;
6. Positionner ensuite V4 à la croisée de la ligne mid-claviculaire et du 5^e espace intercostal.
7. Positionner V3 entre V2 et V4 sur la 5^e côte.
8. Positionner V6 dans le 5^e espace intercostal sur la ligne mid-axillaire.
9. Positionner V5 entre V4 et V6 dans le 5^e espace intercostal.
10. Après avoir préparé la peau adéquatement, positionner les électrodes des membres sur la face interne des poignets et des chevilles (juste au-dessus des articulations) à moins de directive régionale contraire (technique standard).
11. Faire l'acquisition de l'ECG 12D.

ECG 12 dérivations (suite)

12. Vérifier si l'ECG est de qualité, sinon retenter la technique en favorisant la relaxation/immobilité du patient pour limiter les artéfacts. Jusqu'à trois tentatives sont permises sur place pour l'obtention d'un ECG de qualité.

13. Suite à l'acquisition d'un ECG 12D de qualité (permettant une bonne identification informatique), prendre connaissance de l'interprétation du logiciel.

- a) Si l'ECG est positif pour un IAMEST, suivre la politique régionale de transport/avis des victimes d'IAMEST, installer les électrodes de défibrillation et considérer l'administration de l'AAS et de la nitroglycérine en se référant à MED. 10;
- b) Si négatif, répéter l'ECG à l'arrivée dans le véhicule ambulancier si le patient présente encore une douleur.

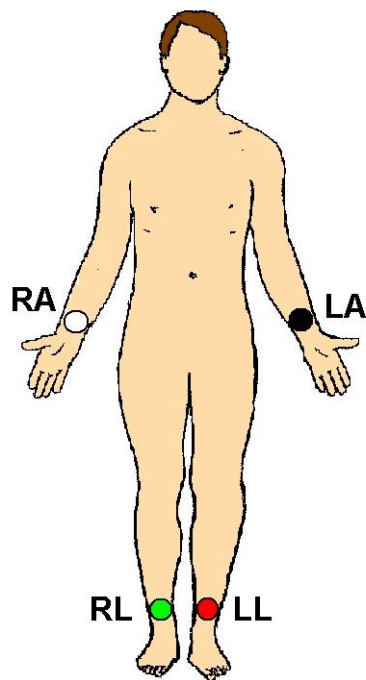
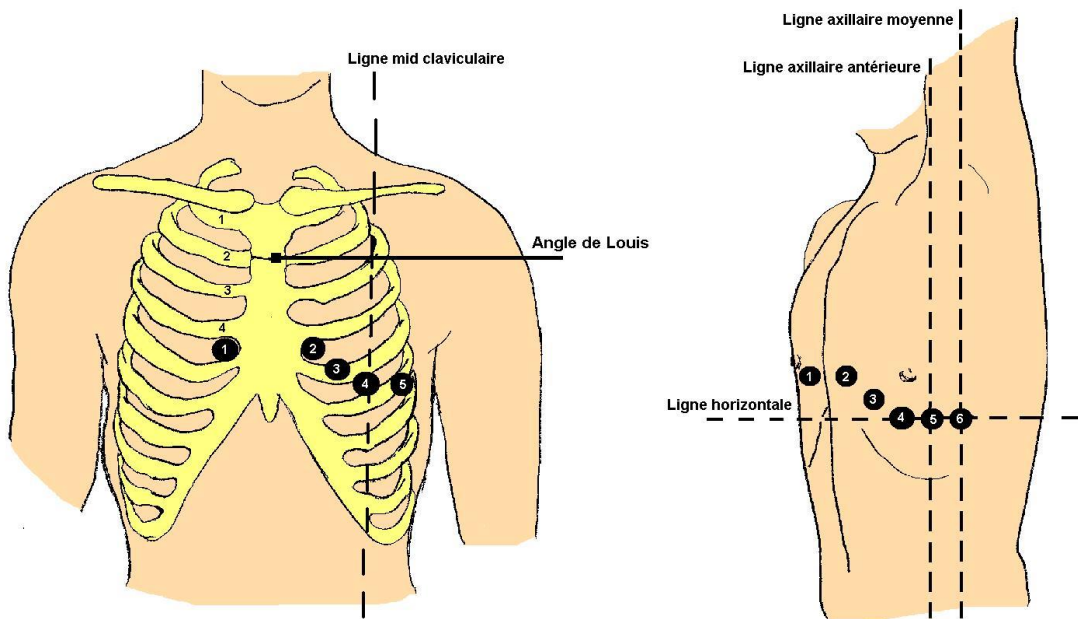
Remarques :

Artéfacts : si présence d'artéfacts, vérifier les éléments suivants :

- Position du patient;
- Rasage adéquat;
- Fils entrecroisés;
- Interférences-radio possibles;

Il est important de brancher les fils aux électrodes avant de placer les électrodes sur le patient.

Si les artéfacts sont toujours présents après 2 essais, considérer l'application des électrodes des membres sur le thorax antérieur (technique mixte).



Critères d'inclusion :

Hémorragie **importante** d'un membre partiellement ou totalement amputé.

Hémorragie significative d'un membre lorsque l'état du patient requiert une ou d'autres interventions immédiates et prioritaires.

Toute hémorragie incontrôlable d'un membre lorsque les autres techniques ont échouées.

1. **Appliquer le tourniquet proximale à la blessure ou à la partie proximale du membre amputé; **appliquer le tourniquet aussi près que possible de la blessure; noter l'heure.****
2. **Si transport $\leq$ 30 minutes, maintenir le tourniquet en place pour la durée du transport.**
3. **Si transport $>$ 30 minutes et que le tourniquet a été placé car d'autres interventions étaient prioritaires et que celles-ci sont complétées, réévaluer si le tourniquet est toujours requis, en suivant les étapes ci-dessous :**
 - a) Appliquer un pansement **de type** compressif;
 - b) Relâcher le tourniquet tout en le laissant en place;
 - c) Si un saignement significatif survient à ce moment, serrer à nouveau le tourniquet et maintenir en place jusqu'à l'arrivée au centre hospitalier.

Critère d'inclusion :

Tout patient portant un équipement sportif de protection incluant plastron, épaulettes ou casque (exemple : joueur de football, hockey, motocross) et dont la colonne vertébrale doit être immobilisée.

1. Lors de la prise en charge du patient, s'assurer d'avoir à disposition tout le personnel nécessaire ainsi que l'équipement pour le retrait de l'équipement sportif. (outils, matériel d'immobilisation, équipe de soigneurs ou autre).
2. En premier lieu, toujours se présenter face au patient et lui expliquer ce que vous allez faire. Immobiliser manuellement la colonne cervicale.
3. Si le patient n'est pas déjà couché sur le dos, les TAP placent le patient en décubitus dorsal, préférablement directement sur l'équipement d'immobilisation spinale, en limitant les mouvements de la tête.
4. Le TAP #1 se place à la tête du patient, stabilise manuellement la colonne cervicale en tenant le casque et ouvre la visière ou la grille du casque si présente.
5. Retirer la grille/visière. Certains casques ont une grille vissée, il faut alors ne retirer que les deux (2) vis inférieures pour accéder aux voies respiratoires. Maintenir la mentonnière en place pour le moment.
6. Couper le chandail afin d'avoir accès au thorax et aux épaulettes. Le chandail doit être coupé selon les directives suivantes (en croix) :
 - du milieu du col jusqu'au bas du chandail;
 - d'une manche à l'autre au-dessous du col.
7. Préparer les épaulettes pour le retrait en détachant ou en coupant toutes les sangles ou toutes autres pièces des épaulettes pouvant bloquer le mouvement, afin de permettre la plus grande ouverture possible. Il n'est pas nécessaire de retirer le collet fixé aux épaulettes, il ne limitera pas le mouvement lors du retrait mais exigera de soulever un peu plus les épaules du patient lors de la manœuvre de retrait. Déplacer les courroies latérales et bandes élastiques entre le sol et les épaules du patient.
8. Préparer le casque pour le retrait en retirant les autres vis retenant la grille.
9. Retirer les coussins de joues, s'il y a lieu.
10. Rassembler l'équipe. Un minimum de trois (3) et idéalement quatre (4) intervenants sont nécessaires pour effectuer le retrait du complexe casque-épaulettes, et ce, pour assurer une mobilisation optimale du patient durant la manœuvre. Il est utile de prévoir un assistant au TAP #1 qui aidera au retrait des épaulettes et un assistant au TAP #2 qui soulèvera les épaules du patient, au besoin.

Retrait de l'équipement sportif de protection (Protocole non en vigueur) (suite)

11. Lors du retrait du casque, il y aura un espace entre la tête du patient et le sol puisque le patient porte toujours ses épaulettes. Donc, il faudra maintenir la tête dans cette position en maintenant cet écart, et ce, jusqu'au retrait complet des épaulettes en maintenant l'axe tête/tronc immobile.
12. Lorsque toute l'équipe est prête, et que chacun connaît son rôle, le TAP #1 donnera le signal pour amorcer les manœuvres de retrait. Il agira comme le « chef d'orchestre » et dirigera l'équipe pour que les mouvements soient coordonnés, séquentiels, et effectués en douceur. Le TAP #1 sera placé à la tête et le TAP #2 parallèle au patient. Leur assistant-soigneur (S #1 et S #2) respectif fera de même.
13. Le TAP #2 glisse ses mains sous les épaulettes pour prendre le contrôle de la colonne cervicale.
14. Le TAP #1 retire la mentonnière puis, tout en écartant légèrement les côtés du casque, retire celui-ci avec un mouvement vers l'avant.
15. S'assurer de l'immobilité de la tête et du cou lors de la manœuvre.
16. Le TAP #1 ou le S #1 retire les épaulettes d'un seul mouvement; ce mouvement doit être continu et coordonné.
17. Le S #2 soulève légèrement les épaules du patient afin de permettre un passage plus facile des épaulettes tout en s'assurant que le TAP #2 puisse maintenir l'immobilisation cervicale du patient.
18. Déposer tranquillement et doucement le patient en décubitus dorsal, la tête en position neutre.
19. Mesurer et installer le collet cervical.
20. Procéder ensuite à l'immobilisation du patient sur le matelas immobilisateur, selon TECH. 4 (Protection spinale-Adulte), section 2.

Remarques:

Le soigneur ou le préposé à l'équipement est responsable des manœuvres liées à la manipulation des équipements de protection et ses différentes composantes. Les TAP sont responsables de la mobilisation du patient. La coordination de l'intervention relève des TAP.

Même si le patient a préalablement été déplacé ou immobilisé par l'équipe de soigneurs, lors de la prise en charge du patient, les TAP doivent effectuer l'appréciation du patient et de son immobilisation puisqu'ils en prennent la responsabilité. Les TAP devront transférer le patient sur le matelas immobilisateur avant le transport vers le CH.

Le retrait de l'équipement sportif doit être effectué chez tous les patients, peu importe la situation et peu importe l'état de stabilité. Même si le patient est instable, le retrait des équipements devra être effectué avant le transport vers le centre hospitalier puisque la présence de l'équipe technique de soigneurs est requise lors de cette manœuvre.

Une fois l'équipement sportif retiré, le soigneur n'est pas tenu d'accompagner le patient au centre hospitalier.

A. VENTILATION**1. Valider si le patient a une canule de trachéostomie :**

- a) Si présence de canule de trachéostomie :
 - attacher le ballon-masque à la canule et ventiler normalement.
- b) Si absence de canule de trachéostomie :
 - basculer la tête pour exposer la stomie et ventiler avec un masque à membrane souple (bouche à masque) directement sur la stomie, après avoir fermé la bouche et le nez;
 - si inefficace, tenter de ventiler la bouche et le nez (bouche à masque) en fermant la stomie; considérer la possibilité d'une obstruction de la stomie, au besoin, se référer à la section B.

B. SUCCION

Critère d'inclusion :

Difficulté respiratoire chez le patient porteur d'une trachéostomie avec suspicion d'obstruction partielle ou complète de la trachéostomie.

1. **Obtenir des proches les informations pertinentes : outils disponibles à utiliser, grandeurs de la canule et du cathéter à succion, profondeur de succion.**
2. **Assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque requis. Si constat d'obstruction complète, se référer à l'étape 14 tout en installant les outils de surveillance lorsque possible.**
3. **Monitoring continu de la saturation.**
4. **Administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.**
5. **Monitoring cardiaque par moniteur défibrillateur semi-automatique.**
6. **Choisir le calibre de cathéter à succion à utiliser. Si l'information est fournie par les proches, respecter la consigne. Autrement, s'assurer que le diamètre du cathéter choisi n'est pas supérieur à 50 % de celui de la canule / stomie.**
7. **Appliquer les procédures d'asepsie et éviter de contaminer le cathéter à succion.**
8. **Préparer l'appareil à succion et brancher le cathéter. Régler le contrôle de pression comme suit :**
 - 80 - 100 mm Hg pour les bébés;
 - 100 - 120 mm Hg pour les enfants et adultes.
9. **Lubrifier le cathéter en aspirant un peu de solution saline.**
10. **Insérer le cathéter sans appliquer de succion en respectant la profondeur spécifique au patient si elle est connue. Dans le cas contraire, insérer le cathéter jusqu'à ce qu'une résistance soit ressentie ou que le patient tousse. Retirer le cathéter d'environ 1 cm.**
11. **Appliquer la succion tout en retirant le cathéter et en faisant des mouvements circulaires.**
12. **Rincer le cathéter en appliquant une succion avec une solution saline s'il contient des sécrétions.**

Trachéostomie (suite)

13. Répéter la succion au besoin, en donnant un temps de repos de 30 à 60 secondes au patient.
14. Si un blocage complet est suspecté :
 - a) Si présence de canule avec ballonnet, dégonfler celui-ci. et valider si le patient peut se ventiler de façon autonome.
 - b) Si proches ou personnel soignant présent et qu'une canule de rechange est disponible, considérer le remplacement de la canule par ces derniers.

C. INTUBATION AU COMBITUBE®

1. Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière.
2. Se référer au protocole de réanimation applicable.
3. Confirmer qu'il s'agit d'une trachéostomie ouverte.
4. S'il y a indication de procéder à une intubation, préparer le Combitube® et ses accessoires.
5. Au moment prévu au protocole, procéder à l'insertion du Combitube®.
6. Avant d'évaluer la qualité de la ventilation pour effectuer le choix du tube de ventilation, fermer la trachéostomie avec un pansement occlusif.
7. Procéder au choix de tube de ventilation selon la technique applicable selon le protocole de ventilation.
8. Continuer le protocole de réanimation applicable.

Remarques :

Trachéostomie ouverte : trachéostomie (ouverture entre la trachée et la peau (du cou)) avec une persistance d'une perméabilité complète ou partielle des voies respiratoires supérieures (bouche-nez) et inférieures du patient.

Trachéostomie fermée : trachéostomie avec absence de continuité entre les voies respiratoires inférieures et supérieures du patient, le plus souvent par exérèse du larynx.

Trachéostomie ouverte et oxygénation : dans ce cas, l'oxygène doit être administré par la trachéostomie et par la bouche/nez.

Oxygénation : dans le contexte de succion d'une trachéostomie, il est important d'administrer l'oxygène à haute concentration durant la préparation de l'équipement.

Durée de la succion : le temps maximal de succion est de 10 secondes.

Complications possibles de la succion : hypoxie, dysrythmies (bradycardie et tachycardie), bronchospasme ou saignement.

LEXIQUE

Accident vasculaire cérébral :	Événement neurologique aigu secondaire à une interruption de la perfusion sanguine d'une région du cerveau.
Adipocire :	Transformation du corps humain après le décès en une substance d'un gris jaunâtre, molle et grasse au toucher (saponification) lorsqu'un cadavre a séjourné longtemps dans l'humidité.
Aphasie :	Absence de langage parlé.
Apnée :	Absence de respiration.
Arythmie :	Trouble du rythme cardiaque.
Assistance respiratoire :	Ventilation à pression positive chez le patient dont l'état de conscience est à « A » ou « V » sur l'échelle d'AVPU.
Assistance ventilatoire :	Ventilation à pression positive chez le patient dont l'état de conscience est à « P » ou « U » sur l'échelle d'AVPU.
Bradycardie :	Fréquence cardiaque inférieure à 60/min.
Bradypnée :	Fréquence respiratoire anormalement lente, ici définie comme inférieure à 8/min chez l'adulte.
Calcination :	État du corps humain après le décès où le cadavre est complètement brûlé; le corps est non identifiable et les structures anatomiques sont souvent difficiles à reconnaître.
Céphalée :	Mal de tête.
Choc/Défaillance circulatoire :	Hypoperfusion des tissus secondaire à une hypovolémie, une dysfonction cardiaque, une infection majeure. Les signes et symptômes du choc sont variables selon la sévérité de celui-ci : tachypnée, anxiété, tachycardie, hypotension, altération de l'état de conscience.
Compression totale du crâne :	Compression tellement importante du crâne qu'il peut être difficile de reconnaître les structures anatomiques du visage et de la tête.
Cyanose :	Coloration bleutée de la peau (extrémités), de la langue ou des lèvres, secondaire à un manque d'oxygénation.
Décapitation :	Séparation complète ou partielle de la tête du restant du corps impliquant un bris de l'axe vertébral.
Décubitus dorsal :	Position couchée sur le dos.
Décubitus latéral :	Position couchée sur le côté.

Défaillance respiratoire :	Dans notre contexte, terme utilisé comme équivalent de fatigue respiratoire.
Détresse respiratoire :	Difficulté respiratoire sévère, impliquant utilisation significative des muscles accessoires, sans besoin de ventilation assistée immédiate. L'absence de bruits respiratoires à l'auscultation ou la présence de stridor associée à la difficulté respiratoire sévère doit amener le TAP à considérer la situation comme grave, et à agir promptement.
Difficulté respiratoire/dyspnée :	Sensation de manquer d'air. Une difficulté respiratoire peut être objectivée ou non par l'intervenant.
Diaphorèse :	Sudation profuse froide.
Dysarthrie :	Trouble du langage dû à une difficulté à prononcer.
Dysfonction neurologique aiguë :	Récente perte de fonction du système nerveux pouvant inclure paralysie, parésie, paresthésie, aphasie, dysphasie, dysarthrie.
Dysphasie :	Trouble du langage consistant en une mauvaise coordination des mots, en raison d'une lésion cérébrale.
Dystocie de l'épaule :	Accouchement compliqué par la difficulté de passer l'épaule antérieure à travers le bassin de la mère.
Éclampsie :	Convulsions survenant en fin de grossesse (troisième trimestre), durant l'accouchement ou dans les jours suivants l'accouchement, pouvant évoluer vers le coma. L'éclampsie est associée à l'hypertension artérielle et à l'œdème des membres suite à une dysfonction rénale.
Électrisation :	Accident électrique causant des blessures non mortelles.
Électrocution :	Accident électrique causant la mort.
Évidemment du crâne :	Matière cérébrale (cerveau) partiellement ou complètement sortie du crâne. Ceci suppose la présence de lacérations majeures associées à une ou des fractures du crâne.
Éviscération :	Sortie des organes abdominaux par une plaie ouverte au niveau de l'abdomen.
Fontanelle :	Espace membraneux compris entre les os du crâne des jeunes enfants, qui disparaît progressivement suite à la fusion des os crâniens.
Hypoglycémie :	Baisse de la concentration sanguine de glucose, ici définie comme inférieure à 4 mmol/L.
Hypotension :	Tension artérielle systolique définie par les PICTAP comme étant inférieure à 100 mmHg chez l'adulte.

Hypoxémie :	Diminution de la pression partielle d'oxygène dans le sang.
Hypoxie :	Diminution de la quantité d'oxygène dans les tissus.
Insuffisance respiratoire :	État du patient qui requiert une assistance à la ventilation. État qui, de par une tentative de compensation à une difficulté respiratoire, démontre une utilisation significative des muscles accessoires (n'importe lesquels, généralement tous) de la respiration (pas seulement du tirage simple) qui peut être associée, mais pas nécessairement, avec la position tripode, une désaturation, cyanose, etc. Généralement, ce patient démontre une certaine anxiété associée ou même une agitation (de légère à sévère). Le patient qui démontre des signes de fatigue respiratoire ou une altération de l'état de conscience et dont l'utilisation significative des muscles accessoires, de par son épuisement, est moins évidente, est d'emblée inclus.
Ischémie :	Souffrance tissulaire secondaire à l'arrêt ou diminution de l'apport sanguin dans un organe ou un tissu.
Momification :	Transformation du corps humain après le décès où les tissus se dessèchent sans putréfaction. La peau est fine et friable, les tissus graisseux ont presque complètement disparus : la peau est accolée au squelette. Cette transformation a lieu dans un environnement sec.
Palpitations :	Sensation de pulsations cardiaques rapides, irrégulières ou de force augmentée.
Paralysie :	Disparition de la motricité d'un ou plusieurs groupes musculaires.
Parésie :	Faiblesse d'un ou de plusieurs groupes musculaires.
Paresthésies :	Trouble de la sensibilité qui se manifeste par des sensations anormales.
Plaie aspirante :	Plaie ouverte au thorax qui aspire l'air extérieur lors de l'inspiration.
Putréfaction avancée :	Forme de décomposition du corps humain causée par les bactéries impliquant la présence de : suintement, gonflement et friabilité des tissus, tissus noirâtres et/ou bleutés, odeur nauséabonde caractéristique et possibilité de présence d'insectes nécrophages. Une seule partie du corps peut être décomposée de telle façon pour rencontrer la définition.

« Réappréciation sériee » :	Concept qui fait référence à une surveillance continue du patient et une quantification des signes vitaux de façon régulière aux 5 à 15 minutes selon les besoins.
Respiration agonale :	Respiration non volontaire régulière ou non qui persiste même en état d'arrêt cardiaque suite à la présence de réflexes présents au niveau du tronc cérébral.
Sectionnement complet du corps :	Section complète ou partielle du tronc impliquant un bris de l'axe vertébral.
Sinistre :	Événement majeur dont l'ampleur dépasse la capacité des ressources à le gérer de façon habituelle.
SMD :	Support médical à distance intégré aux services préhospitaliers d'urgence dont l'Unité de coordination clinique des SPU du CSSS Alphonse-Desjardins.
Submersion :	Situation lors de laquelle les voies aériennes se retrouvent sous un liquide, habituellement de l'eau, et qui potentiellement entraîne une asphyxie.
Syncope :	Perte de conscience temporaire subite et complète.
Tachycardie :	Fréquence cardiaque supérieure à 100/min.
Tachypnée :	Fréquence respiratoire rapide, définie par les PICTAP comme 24 respirations/minute ou plus, chez l'adulte.
Viscère :	Organe situé à l'intérieur de l'une des principales cavités du corps.