

Revue clinique pour les intervenants du système préhospitalier
d'urgence de la région de Montréal métropolitain / Urgences-santé

Dans ce numéro

- Éditorial **2**
- La dépression chez les aînés **3**
- La personne âgée et la traumatologie routière **4**
- La polymédication **6**
- Labyrinthe alzheimerien **7**
- Les fractures de hanche **8**
- Les personnes âgées en perte d'autonomie **9**
- Étude de cas - 10-33 «Homme avec couteau dans le thorax» **10**
- Nouvelles de l'APPQ **11**
- Doc Martin au congrès de la NAEMSP **12**

« Et si c'était ma mère ? » Les SPU et la personne âgée Dr Marcel Boucher

Mon papa est un instituteur retraité de 87 ans, qui vit dans un CHSLD du nord de Montréal. Il a fait un AVC du tronc cérébral en 1998 et après trois mois de coma profond, s'est réveillé aveugle, avec des problèmes de mémoire à court terme et une dysfonction de la sérotonine qui le fait dormir 22h sur 24. Il ne marche plus sauf du fauteuil au lit. Il a de l'arthrose lombaire qui le fait cruellement souffrir dès qu'on le déplace.

Récemment, nous l'avons fait amener en ambulance à l'Hôpital Notre-Dame de la Merci

pour une échographie abdominale et une radiographie de l'abdomen car il avait périodiquement des douleurs avec vomissements. Ma sœur qui l'accompagnait a été très impressionnée par la gentillesse, le calme et la délicatesse des techniciens ambulanciers qui l'ont manipulé habilement sans le brusquer ni le faire souffrir. Une fois au centre hospitalier, l'équipe préhospitalière a assisté les techniciens en imagerie médicale, les examens ont pris quelques minutes et hop de retour au CHSLD aussi harmonieusement qu'à l'allée, réinstallation sur son fauteuil, repas, repos, dodo. Résultats des tests sans surprise : intestin rempli de selles dures comme du ciment dans tout le colon. Évacuation progressive de tout le tralala par le personnel du CHSLD. Papa va mieux, son train-train reprend, son long chemin de croix (son purgatoire comme il le dit) continue vers « vous-savez-qui », mais on ne sait pas quand...

Ma sœur, une fois le transport ambulancier de retour effectué, s'est identifiée comme la sœur du directeur médical d'Urgences-santé et a manifesté à nos deux techniciens ambulanciers sa grande satisfaction pour leur approche, leur attitude, leur empathie et leur professionnalisme.

Pourquoi vous avoir raconté cette histoire toute banale, sans héroïsme, sans sirène, sans gyrophare ? Parce que c'est ça, de plus en plus, le rôle des SPU et pour les années à venir. Notre population vieillit, perd son autonomie, n'est souvent plus candidate aux soins extrêmes, mais continue d'avoir besoin de nous, de nos services, de notre compétence, de notre humanité. C'est tout aussi important, c'est tout aussi essentiel, et ça devrait être tout aussi valorisant... différemment.

Papa n'a pas toujours été aveugle et invalide. Le soir de ses 76 ans, nous étions autour de lui, ses 8 enfants, ses 18 petits enfants, nos épouses et les blondes de mes neveux (45 personnes, et ça, c'est régulier dans ma famille) et il menait le bal des conversations et histoires drôles comme d'habitude. Je lui ai lancé le défi suivant : à 76 ans, Ronald Reagan était élu président des États-Unis pour la deuxième fois. Comment vas-tu nous épater, toi ? Il n'a pas répondu mais à son prochain anniversaire, il avait écrit et publié un livre d'anecdotes sur l'histoire de notre famille de 1917 à 1960. Il a écrit une suite trois ans plus tard.

Papa ne fait plus grand chose, il s'en va doucement. Si jamais vous êtes appelés à son chevet, prenez en soin, gentiment, et sans trop insister s'il se démène. Il est un peu malcommode. À part moi, il déteste les médecins et a toujours fui les hôpitaux. Ça ne l'empêche pas d'avoir consacré sa vie, tout son amour, à l'enseignement et à sa famille. Il mérite notre respect. Je tiens à lui encore beaucoup, et toute ma famille aussi l'adore.

PS. Maman aura 84 printemps le 21 mars prochain. Elle vit seule, dans son 5 1/2, fait encore superbement à manger et a marqué 634 points, lundi dernier, dans sa ligue de quilles où elle gagne presque chaque année le titre de la meilleure joueuse. Elle ne veut pas non plus de soins extrêmes s'il lui arrive quelque chose, elle a trop de peine de voir ce qui arrive avec Papa qu'elle visite tous les soirs pour le souper. C'est peut-être elle votre prochain appel 911. Il vaut autant la peine que tous les autres et il y en a des dizaines comme elle dans son bloc. Je fais appel en leur nom à toute votre compétence et à toute votre compassion.

Amicalement. 🍷



est une publication
d'Urgences-santé

Direction responsable :

Direction des services professionnels et de l'assurance de la qualité (DSPAQ)

Comité de rédaction :

Mme Estelle Zehler, rédactrice en chef
Mme France Dutilly, coordonnatrice
Dr François de Champlain, rédacteur
Dr Normand Martin, responsable médical
M. Stéphan Veillette, rédacteur
Mme Diane Verreault, rédactrice

Collaboration :

Diane Lamarre, assistante aux communications

Tirage : 2200

Conception et réalisation

Danalco impressions inc.

Pour renseignements, commentaires

ou suggestions d'articles :

ClinicUS
3232, rue Bélanger, 2^e étage
Montréal (Québec) H1Y 3H5
(514) 723-5740
clinicus@urgences-sante.qc.ca ISSN 1499-4313

À noter que tous les numéros du ClinicUS sont accessibles sur le site Internet d'Urgences-santé au www.urgences-sante.qc.ca.

Les idées et les opinions émises dans le ClinicUS sont la responsabilité des auteurs et ne reflètent pas nécessairement l'opinion de l'éditeur. Le lecteur doit confirmer dans une source médicale reconnue ou auprès du manufacturier les dosages, indications, contre-indications, effets secondaires et les interactions des médicaments cités dans les textes. Toute reproduction d'article est possible après entente avec la rédaction et en mentionnant la source.

Veuillez prendre note qu'au moment d'aller sous presse, toutes les informations fournies étaient, à notre connaissance, exactes.

Le générique masculin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

GLOSSAIRE

APPQ	Association professionnelle des paramédics du Québec
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CLSC	Centre local de services communautaires
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAM	Programme d'administration des médicaments
PICTA	Protocole d'intervention clinique pour les techniciens ambulanciers
RCR	Réanimation cardio-respiratoire
SPA	Services préhospitaliers avancés
SPU	Service préhospitalier d'urgence
TAI	Technicien ambulancier instructeur

COLLABORATION

(par ordre alphabétique)

De la Corporation d'urgences-santé:

Dr Daniel Beaudry
Médecin

Dr Marcel Boucher

Directeur des services professionnels

M. Gaétan Leroux

Technicien ambulancier instructeur

De l'extérieur :

Madame Isabelle Landry

Pharmacienne
Centre universitaire de santé McGill
Hôpital Royal-Victoria

La dépression chez les aînés

M. Stéphan Veillette

La dépression est caractérisée par un état de tristesse morbide, un sentiment de découragement et une perte d'estime de soi. Ces sentiments sont habituellement accompagnés d'une baisse de l'énergie et de la capacité de concentration, d'insomnie, d'inappétence et de perte de poids. À l'occasion, certains patients focalisent également sur des problèmes de santé plus vagues, tels que douleurs généralisées, faiblesses, etc. Détecter la dépression chez la clientèle âgée peut être encore plus difficile, les symptômes associés étant aussi fréquemment reliés à la sénescence ou encore à une condition médicale sous jacente.

Si la dépression est malaisée à diagnostiquer pour le médecin, il est par contre facile d'en comprendre les implications. La vie n'est pas toujours facile pour les gens du troisième âge. La perte du conjoint ou d'un ami proche est une chose fréquente à ce moment de la vie. Des douleurs chroniques, de la difficulté à se mobiliser, la frustration de devoir composer avec des pertes de mémoire et la difficulté

d'adaptation au fait de devoir quitter son foyer pour une maison de retraite sont autant de facteurs qui peuvent contribuer à faire naître un sentiment dépressif. La dépression peut aussi être signe d'un problème médical ou encore être compliquée par une pathologie dégénérative associée au vieillissement telle que la démence de type Alzheimer. Beaucoup de personnes âgées hésitent à consulter de peur d'être perçues comme faibles ou mentalement perturbées.

Par conséquent, la première étape à franchir pour ces personnes est souvent l'appel à l'aide. L'appréhension du jugement de l'autre fait en sorte qu'ils camouflent leur détresse sans en avoir pleinement conscience tout en somatisant davantage. Le technicien ambulancier affecté sur ce type d'appel doit agir avec tact et diplomatie. Il doit avoir pleine conscience de l'importance de son rôle, qui est bien sûr d'évaluer, stabiliser et transporter, mais surtout de faire en sorte que le patient soit pris en charge plus rapidement et plus

efficacement par le personnel médical. L'intervenant doit adopter une attitude calme et compréhensive et toujours se rappeler que les personnes du troisième âge accordent généralement une grande importance aux conventions. Il verra également à projeter une image impeccable et la plus neutre possible, tout en faisant preuve d'écoute et de respect. Le protocole d'évaluation clinique préhospitalière correctement exécuté viendra fournir les renseignements de base nécessaires à toute intervention de qualité. Selon l'anamnèse recueillie, le technicien orientera son intervention vers le protocole approprié ou procédera au transport avec célérité.

Suite à l'intervention préhospitalière, la prise en charge par l'établissement de santé débute inévitablement à l'urgence. Mais qu'est-ce que le médecin de l'urgence offrira à ce type de patient ? D'abord et avant tout, la plupart des médecins oeuvrant en salle d'urgence sont entraînés à intervenir dans ce genre de situation, vous ne risquez donc pas de déranger inutilement le médecin de garde. En outre, il faudra être attentif, car le vieillissement des premiers *baby boomers* augmentera considérablement le pourcentage de la population dite du troisième âge, risquant de rendre la dépression des personnes âgées d'une effrayante banalité. Habituellement, la prise en charge inclura un examen physique approfondi visant à déterminer si un problème organique est en cause. Des examens sanguins et divers tests permettant de mesurer les fonctions rénales, hépatiques et autres viendront éclairer le praticien. Un examen psychologique et d'autres tests aideront finalement à brosser un tableau plus complet de la situation. Les conditions médicales seront traitées le cas échéant et finalement une demande de transfert ou de consultation au spécialiste adéquat sera demandé au besoin. L'intervention préhospitalière aura donc été le déclencheur d'une série d'actions visant à remettre sur pied la personne dépressive, lui permettant ainsi de recouvrer la santé et un certain équilibre émotionnel essentiel à la qualité de vie. 🍀

Démographie

Des chiffres pour ne pas sous-estimer la réalité

Statistiques canadiennes	
En 1995 :	
■ 3,6 millions de personnes de 65 ans et plus, soit 12 % de la population	
Projection en 2041 :	
■ Les personnes de 65 ans et plus représenteraient 23 % de la population	
Espérance de vie en 1996 :	
■ 81.2 ans pour les femmes	■ 75.4 ans pour les hommes
Autonomie en 1996 :	
■ 92 % de toutes les personnes de 65 ans et plus vivaient dans une maison privée	
■ 29 % de toutes les personnes de 65 ans et plus vivaient seules	

Statistiques québécoises	
En 1996 :	
■ 870 200 personnes de 65 ans et plus, soit 11,96 % de la population	
Projection en 2026 :	
■ 2 millions de personnes de 65 ans et plus, soit une augmentation de 122% ce qui représenterait un poids démographique dépassant les 20 %	
Espérance de vie en 1996 :	
■ 81 ans pour les femmes	■ 74.6 ans pour les hommes

Statistiques montréalaises	
En 2002 :	
■ 276 094 personnes de 65 ans et plus, soit 14.89 % de la population	
Espérance de vie en 1996 :	
■ 80.98 ans pour les femmes	■ 74.76 ans pour les hommes

Sources : Statistique Canada, Institut de la statistique du Québec

La personne âgée et la

Imaginez vous au volant de votre voiture attendant à un feu rouge en pleine heure de pointe. Devant vous une voiture, son clignotant indique qu'il fera un virage à gauche. La lumière passe au vert, la voiture n'avance pas. La voie est pourtant libre. Vous regardez qui se trouve en arrière du volant, un homme aux cheveux gris portant un chapeau. Vous klaxonnez, vous vous énervez. Certaines questions semblent cependant plus constructives. Pourquoi l'aptitude à conduire varie-t-elle avec l'âge ? Quelles incidences sont particulières à l'âge en cas d'accident de la route ?

La prise en charge
par une équipe
multidisciplinaire
diminue la morbidité,
raccourcit les durées
de séjour en milieu
hospitalier et facilite
le retour à un niveau
« acceptable » de
fonctionnalité.

Une recherche effectuée par « Insurance institute for Highway Safety » en 1998, attribue aux conducteurs âgés le plus haut taux d'accidents mortels par mille parcours, exception faite des 16-19 ans. Un nombre important de contraventions leur est également adressé pour non-respect par exemple des feux de circulation ou des arrêts obligatoires. Ils se distinguent par ailleurs par le potentiel élevé de complications associées aux blessures survenues lors d'accidents. Une autre étude réalisée dans l'état de New-York, indique que ces conducteurs sont perçus dangereux par leur propre famille qui trouve leurs réactions trop lentes. Ils relèvent notamment des difficultés dans la conduite de nuit, ou lors d'intempéries, ou encore aux heures de pointe.

Caractéristiques propres aux personnes âgées

AVANT L'IMPACT. Dans une perspective préventive, certaines caractéristiques liées au vieillissement exigent une attention particulière. En effet, plusieurs fonctions jouant un rôle dans la conduite automobile sont altérées dont les capacités sensorielles, la vitesse et la coordination des réponses psychomotrices, la mémoire, la vigilance et l'attention, les limitations musculosquelettiques, les difficultés dans la prise de décision et les problèmes spécifiques liés à la vision. À cette liste s'adjoint la prise de médicaments à même d'altérer ces fonctions.

Dans le cadre du seul domaine de la vision, il est noté une diminution de la capacité à distinguer d'une part les détails fins et d'autre part les objets, lorsque le contraste n'est pas élevé. Cet état entraîne une

réduction secondaire de la faculté à émettre un jugement correct et prendre une décision rapide en pleine circulation. De plus, le champ visuel peut subir une réduction de 40%, voire plus, affectant de façon importante la quantité d'informations nécessaires au choix d'une action. La pupille ne reçoit à 60 ans que 33% de la lumière reçue à 20 ans du fait de son ouverture diminuée. Quant au cristallin, il devient de plus en plus opaque et rigide avec l'âge, pénalisant encore davantage la quantité de lumière et la mise au point de l'image. L'éblouissement est donc augmenté. Enfin, la sénescence de la rétine influe, outre la vision périphérique, la vision nocturne provoquant une vision en « tunnel ». L'appréciation des distances devient alors très difficile. Cet inconfort ressenti lors de la conduite nocturne force les conducteurs à la restreindre au minimum.

À L'IMPACT. Le mal est fait, l'accident a eu lieu. Les blessures ont été infligées et comportent des caractéristiques liées à l'âge. Ainsi, on note une plus grande fréquence des blessures à la tête et un taux de mortalité lié aux blessures intracrâniennes plus élevé. Du fait de l'atrophie cérébrale et de la perte de volume qui augmente la tension sur les veines sous-durales, on rencontre plus d'hématomes sous-duraux et intraparenchymateux. Le phénomène s'inverse pour les hématomes épiduraux, car la dure-mère devient plus adhérente à l'os du crâne avec l'âge.

Les traumatismes thoraciques sont également plus nombreux. Les facteurs

Signaux d'alarme de dangerosité

- Dommages mineurs à la voiture
- Commentaires des passagers
- Implication dans un ou des accidents récents
- Maladie récente ou hospitalisation récente
- Difficultés à tenir la maison
- Troubles de l'audition ou de la vision
- Restriction de certains mouvements.

explicatifs sont liés à une rigidité accrue de la cage, corrélative à une fragilité des cartilages costaux, le tout étant aggravé par une ostéoporose croissante des côtes du sternum. Aussi, les fractures de côtes et même des volets thoraciques sont plus fréquentes avec ou sans contusion pulmonaire ou pneumothorax. La tendance est identique pour les déchirures de l'aorte dans les impacts à haute vitesse à cause de la rigidité athérosclérotique. Il y a également une inflation des problèmes d'insuffisance respiratoire dès l'impact.

Les blessures à l'abdomen, quant à elles, constituent un défi de taille, d'abord parce que leur proportion est importante, puis parce que la personne âgée a une moins grande tolérance à l'instabilité hémodynamique. La reconnaissance précoce du « choc » est par conséquent un élément primordial. La plus grande tolérance à la douleur de cette population, rend plus ardue l'identification des signes et symptômes d'irritation péritonéale par le professionnel. Les soins aux patients se traduisent donc souvent en « *damage control* » en tentant le plus possible de limiter les dégâts !

La perte de masse osseuse par ostéoporose a également des incidences. Le squelette devient vulnérable aux transferts d'énergie lors d'un impact. On relève par conséquent plus de fractures des vertèbres, des hanches, du bassin et des os longs. Les réductions chirurgicales effectuées rapidement, lorsque la réduction fermée est impossible, ont grandement réduit la mortalité. La réanimation pré-opératoire reste cependant la priorité.

APRÈS L'IMPACT. L'attention se porte essentiellement sur la prévention des complications. Ces dernières sont reliées aux changements physiologiques conséquents au vieillissement et aux conditions médicales préexistantes à l'accident. D'abord l'état général de la personne, son niveau de fonctionnalité et ses réserves physiologiques sont déterminants. Commençons par la condition cardiovasculaire. L'athérosclérose progressive, la diminution de la réserve cardiaque et sa capacité d'ajustement aux demandes de variation de débit et le « syndrome de petit débit » prédisposent cette population à la défaillance multisystémique. Un monitoring et une thérapie agressive, à titre préventif, s'imposent par conséquent.

Le point le plus vulnérable des personnes âgées est leur système pulmonaire. L'atélectasie et les altérations de la ventilation-perfusion sont favorisées par la perte de l'élastine pulmonaire, entraînant une diminution de la capacité de diffusion avec rétention de CO₂ et une hypoxie progressive. Les mécanismes de toux sont moins efficaces à cause de la réduction des réserves et des capacités pulmonaires, les infections sont donc plus faciles à contracter. Il est aussi noté une prédisposition à la pneumonie d'aspiration du fait d'une dysfonction des sphincters de l'œsophage et de la polymédication. La sénescence peut aussi s'accompagner d'une diminution physiologique de la fonction rénale. Un petit débit cardiaque, des médicaments néphrotoxiques ou hypovolémiques peuvent causer une insuffisance rénale aiguë et engendrer un taux élevé de mortalité.

Devant ces faits, vous comprendrez que la prise en charge par une équipe multidisciplinaire diminue la morbidité, raccourcit les durées de séjour en milieu hospitalier et facilite le retour à un niveau « acceptable » de fonctionnalité.

Savais-tu que les personnes âgées peuvent faire une grosse infection sans nécessairement faire de température ?

La conduite automobile

En regard des éléments présentés ci-dessus, plusieurs problématiques peuvent intervenir directement sur la conduite des personnes âgées :

- Connaissances insuffisantes et mauvaises habitudes de conduite
- Lenteur psychomotrice
- Troubles de l'attention
- Troubles de la mémoire
- Troubles de la perception visuelle
- Autocritique réduite
- Troubles d'adaptation aux équipements

Il faut se garder toutefois de confiner l'ensemble des conducteurs âgés dans un stéréotype sombre. En effet, compétents pour la plupart et respectueux des autres, ils méritent notre respect.

Les accidents dans lesquels ils sont impliqués sont rarement le fait d'excès de

vitesse, de conduite agressive, de perte de contrôle ou d'usage d'alcool. Ils surviennent généralement de jour et proche de leur lieu de résidence, causés par des erreurs de jugement ou de perception. Il y a lieu de conserver à l'esprit que la liberté de conduire améliore grandement la qualité de vie des personnes âgées, alors que nombre d'entre elles sont rejetées dans la solitude et une sédentarité forcée. Vous voilà de retour à votre feu vert. Le conducteur devant vous tarde à démarrer. Au diable l'impatience ! Saluez plutôt cette personne en reconnaissant son autonomie. Un frein porté à ses émotions permet de se recentrer sur ses propres attitudes, soit une des conditions essentielles à une conduite de qualité. ✦

* Référence : présentation Power Point du Dr Pierre Lapointe au Congrès de l'APPQ, mai 2003



La polymédication

Mme Isabelle Landry

L'organisation mondiale de la santé (OMS) retient l'âge de 65 ans comme la frontière entre la maturité et la vieillesse. Avec une espérance de vie de 74,6 ans pour les hommes et de 81,1 ans pour les femmes, beaucoup de personnes atteindront donc un niveau de maturité... élevé ! On compte présentement près d'un million de personnes âgées au Québec, et ce nombre va presque doubler en 2010 à cause du vieillissement des *baby boomers*. Et le terme de quatrième âge s'applique maintenant aux personnes de plus de 80 ans.

Si vieillir n'est pas en soi une maladie, il demeure que plusieurs problèmes de santé chroniques affectent les personnes âgées : arthrite, hypertension, maladie cardiaque, cataracte et diabète pour n'en nommer que les plus fréquents chez ce groupe. La diminution de la mortalité attribuable notamment aux maladies cardiovasculaires, illustre bien l'efficacité des médicaments afin de contrôler une maladie, augmenter l'espérance de vie et conserver une qualité de vie. Malheureusement, la prise de médicaments peut aussi entraîner des effets indésirables. La personne âgée est particulièrement à risque de développer des effets secondaires suite à la prise de médicaments, et ce entre autres, à cause de changements physiologiques dus au vieillissement. Le tableau suivant présente certains facteurs qui permettent d'identifier les patients les plus à risque :

Patients à risque

- ≥ 6 maladies chroniques
- ≥ 9 médicaments par jour
- ≥ 12 prises de médicaments par jour
- Patients de faible poids
- Âge > 85 ans

Changements dus à la vieillesse

- Changements dans l'élimination des médicaments (rein, foie) pouvant entraîner une accumulation du produit et une toxicité
- Diminution de la masse musculaire et augmentation de la masse lipidique – risque d'accumulation et de surdosage

Les personnes âgées sont de grands consommateurs de médicaments. Selon les données du régime d'assurance de la RAMQ concernant les personnes admissibles de plus de 65 ans, on note une augmentation notable du budget de médicaments de 450 millions au début des années 1990 à plus de 905 millions en 2001! La création de l'assurance-

médicaments ainsi que le développement de nouvelles molécules jugées plus sécuritaires pourraient expliquer en partie cette augmentation. Il n'en demeure pas moins que la prescription inappropriée chez ce groupe d'âge est malheureusement fréquente, comme le montre une étude américaine publiée en 1990 qui rapporte que 28% des hospitalisations en gériatrie seraient directement associées à la prise de médicaments. Il est établi que plus le nombre de médicaments consommés est important, plus les risques d'effets indésirables augmentent. La connaissance des caractéristiques propres à chaque médicament devient donc primordiale dans le choix de l'agent et de la dose appropriés à l'intérieur d'une même classe pharmacologique.

Problème de santé

↓
Médicament #1

↓
Effet secondaire

↓
Médicament #2

Par exemple, un patient souffrant d'œdème pourra se voir prescrire un diurétique (médicament #1, par exemple le furosémide-Lasix™) afin d'augmenter l'élimination d'eau (donc d'urine); la prise de ce médicament pourrait entraîner chez ce patient de l'incontinence urinaire (effet secondaire), si par exemple la dose donnée est trop élevée ou encore si le médicament est pris le soir et que le patient a une mobilité diminuée. Afin de remédier au problème, il faudrait alors réévaluer le traitement diurétique au lieu de prescrire un médicament contre l'incontinence urinaire (médicament #2). Un autre exemple : certains antidépresseurs peuvent causer chez la personne âgée des symptômes s'apparentant à ceux reliés à la maladie de Parkinson. La prescription d'un médicament antiparkinsonien pourrait alors être faite alors que le simple changement d'antidépresseur aurait pu éviter le problème. Par ailleurs, les médicaments utilisés contre l'insomnie ou l'anxiété de la famille des benzodiazépines, que l'on reconnaît à leur suffixe « am » - lorazépam (Ativan™), diazépam (Valium™), nitrazépam (Mogadon™), flurazépam (Dalmane™) pour n'en nommer que quelques-uns, ainsi que les narcotiques (codéine, morphine, etc.), entraînent fréquemment chez ces patients de

la confusion, des pertes de mémoire et des pertes d'équilibre pouvant amener des chutes et des fractures. La prescription de ces agents doit donc être faite de façon prudente.

Observance ? Au-delà des médicaments eux-mêmes, la complexité des traitements a une influence sur l'observance au traitement. Ainsi, un médicament pris trois fois par jour risque d'être oublié plus souvent qu'un médicament pris une fois par jour. Par ailleurs, à cause des changements spécifiques à la vieillesse, il faut s'assurer que le patient qui souffre d'arthrite aux mains soit capable d'ouvrir les pots qui contiennent ses médicaments et que l'écriture soit assez grosse pour être lue malgré une vue qui baisse. Les boîtes Dosett™ qui sont préparées dans les pharmacies peuvent être utiles chez certaines personnes, regroupant ainsi tous les médicaments dans un même contenant, selon le jour de la semaine et selon des heures simplifiées. Elles permettent aussi de constater si les médicaments ont été pris ou oubliés.

L'évaluation médicale et pharmacologique de la personne âgée représentent tout un défi pour les différents intervenants impliqués. En vous souhaitant d'atteindre le quatrième âge... en santé !

« La vieillesse n'est pas une maladie. Méfions-nous de l'âgisme qui considère que si un vieillard est malade, c'est normal parce qu'il est vieux. »

François Delahaye

Labyrinthe alzheimerien

Mme Estelle Zehler

Incompréhension, mutisme, manque de collaboration, agressivité... La patiente que vous prenez en charge est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Inaccessible, elle est retenue dans un *no man's land* où les éléments familiaux s'effacent progressivement. Des visages, des objets, de l'espace environnant, de la parole ne subsistent que quelques bribes ténues, de plus en plus ténues avec le temps.

La maladie d'Alzheimer (MA) est une maladie dégénérative qui touche, dans sa forme la plus courante, mais non exclusivement, les plus de 60 ans. Elle entraîne des lésions irréversibles au cerveau qui sont caractérisées par le rétrécissement ou la disparition de cellules au profit de tâches denses de formes irrégulières nommées plaques, tandis que des écheveaux apparaissent également dans les neurones. Il en résulte une quantité excessive de plaques séniles dans le cortex cérébral tout comme dans la substance grise sous-corticale. Certes les plaques et la dégénérescence neurofibrillaire sont un tribut usuel au processus de vieillissement classique, mais leur prévalence diffère dans le cas de la MA. La progression de la maladie entraîne un déclin cognitif irréversible qui se traduit par la perte de certaines fonctions et habiletés.

Le bilan psychopathologique attaché à ce type de démence est lourd. Comprendre l'univers dans lequel ces personnes sont prisonnières devient alors un atout pour pouvoir interagir avec elles, ne serait-ce que le temps d'une intervention préhospitalière. Avant tout, il faut garder à l'esprit que le patient reste, et ce malgré tous les changements qu'il vit, à même de ressentir des sentiments que ce soit de la joie, de la peur ou de la tristesse... La faculté d'entendre, de répondre aux émotions et le sens du

toucher sont préservés. La MA en affectant différentes zones du cerveau entraîne dans son sillage, troubles de la mémoire affective et de la capacité d'attention, amnésie, agnosie et aphasie. Les canaux de communication les plus couramment usités deviennent par conséquent inopérants. Les souvenirs s'étiolent, l'action en cours perd sens. Le moindre élément trouble la concentration. Le monde environnant devient source d'incompréhension puis d'inquiétude, de peur. Un raz-de-marée singularisé par un sentiment intense d'insécurité submerge la personne. Incapable de gérer ce malaise, elle se retranche quelquefois derrière l'agressivité.

L'avalanche des difficultés engendrées par la maladie a pour conséquence, afin de se sentir protégés, d'augmenter la dépendance des malades vis-à-vis de leur entourage, un entourage fréquemment décontenancé par leur mode d'action. En effet, contrairement à la mémoire des faits récents qui est très touchée, la mémoire des faits anciens et la mémoire procédurale résistent mieux. Aussi, le comportement actuel peut-il être édicté par le souvenir de situations vécues. Le passé se vit au présent. Des troubles de l'attention les rendent également incapables d'entreprendre plusieurs actions simultanément. Il faut éviter de distraire la personne. Tout échange verbal sera considéré comme lui étant personnellement adressé. En outre, les objets deviennent progressivement des

images dénuées de sens. De quoi s'agit-il, à quoi servent-ils ? L'agnosie brouille les réponses. Pour établir un lien sémantique, une communication, le recours aux canaux sensoriels (le toucher, la vision, l'ouïe, l'odorat) devient essentiel, car la parole sur laquelle nous basons la plupart de nos échanges est perturbée par des troubles aphasiques. Les questions sont mal comprises, les réponses difficiles à élaborer, floues ou inappropriées avant d'être de l'ordre du jargon, puis du mutisme.

L'adaptation à toute nouvelle situation ou à tout nouvel acteur est ardue du fait des troubles précités. La communication non verbale reste dans bien des cas le seul recours afin d'entrer en relation avec le patient pour l'instauration d'une atmosphère chaleureuse et douce.

Empathie Patience Compréhension

1 Canadien sur 20 âgés de plus de 65 ans est atteint de la maladie d'Alzheimer

Pour plus d'informations :

- Muir, Michel, « Maladie d'Alzheimer : une communication à établir », Revue d'information de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales, volume 26, numéro 1, 2003, p.5-9
- Le Manuel Merck, 3^e édition, Éditions du Centenaire, p. 1373-1376

Sites Web

- www.alzheimer.ca
- www.cpa-apc.org

Voici quelques conseils en cas d'intervention :

■ Se présenter à la personne de face en la regardant dans les yeux.
■ Surveiller l'expression de son visage, un sourire rassure, un air renfrogné inquiète.
■ Faire des phrases courtes en parlant lentement et calmement, le ton est très important.
■ Utiliser des mots simples.
■ Ne pas demander plusieurs choses à la fois et lui laisser le temps de répondre.
■ Éviter les bruits inutiles.
■ Adopter une attitude d'écoute attentionnée.
■ Ne pas faire de geste brusque.
■ Ne pas interrompre la personne.
■ Permettre à la personne d'emmener un objet familier si celui-ci est source d'apaisement pour elle et ne pose aucun problème pour le transport.
■ L'un des membres de l'équipe parle avec la personne et fixe son attention tandis que le second pose les gestes nécessaires.
■ Si la personne a de la difficulté à faire un choix, lui offrir une suggestion.
■ Formuler les suggestions sur un mode positif, c'est-à-dire « Allons à l'hôpital Y » plutôt que « N'allons pas à l'hôpital X ».

Les fractures de la hanche

M. Gaétan Leroux et Dr Daniel Beaudry

La fracture de hanche est une pathologie fréquente chez la personne âgée. Différents facteurs propres au vieillissement de l'être humain entraînent des changements anatomiques et physiologiques susceptibles de le rendre vulnérable à la fracture de hanche. Citons entre autres, la déminéralisation osseuse et l'ostéoporose qui fragilisent l'os. La perte de masse musculaire, qui débute dans la trentaine et progresse de façon variable, affaiblit aussi la structure musculo-squelettique.

L'ostéoporose se manifeste surtout chez la femme ménopausée. Quant à la fonte musculaire, elle peut atteindre jusqu'à 30% selon les habitudes de vie, l'alimentation et les activités physiques de la personne. Lorsque les deux facteurs précédents sont présents, tout traumatisme, même insignifiant, peut entraîner une fracture de hanche chez la personne âgée.

Dans une situation clinique où la cinétique d'un traumatisme peut laisser suspecter la présence d'une fracture de hanche (i.e. chute, faux mouvement, coup direct), nous devrions nous attarder à rechercher la présence des signes et symptômes suivants :

- Douleur dans la région de la hanche (attention elle peut être diffuse et irradiée)
- Perte de mobilité ou douleur à la mobilisation
- Raccourcissement du membre atteint
- Rotation externe du membre inférieur

L'approche préhospitalière de la fracture de hanche s'effectue selon les principes énumérés dans le protocole d'intervention clinique TECH.5 :

1. Considérer tout traumatisme à une extrémité comme une fracture possible.
2. Minimiser les mouvements de la partie blessée (durant l'immobilisation et le transport).

3. Évaluer les fonctions neurovasculaires distales (SMCCT pour Sensibilité, Motricité, Circulation, Coloration, et Température).

4. Utiliser une attelle qui soutienne le membre et le maintienne en position adéquate. Dans le cas de la fracture de hanche, l'attelle devrait être l'immobilisation du membre inférieur affecté avec le membre inférieur sain en plaçant une couverture entre les 2 jambes et attacher le tout avec des bandes triangulaires. Pour un confort maximum, on peut immobiliser le patient grâce au matelas immobilisateur et ce, surtout lors de longs transports vers le centre hospitalier.

5. Réévaluer les fonctions neurovasculaires distales (SMCCT). Après l'immobilisation, s'assurer qu'une bonne circulation est toujours présente au niveau du membre atteint.

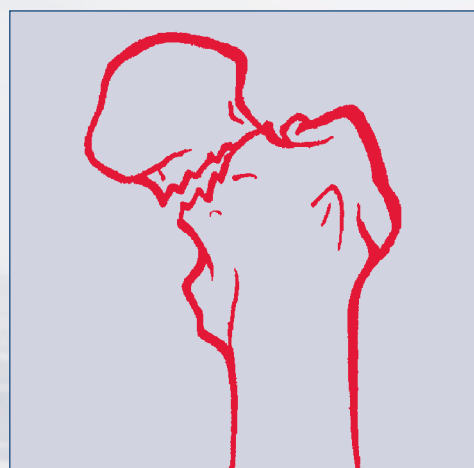
En conclusion, lors d'une intervention auprès d'une personne âgée, s'il y a un contexte de chute, faux mouvement ou coup direct à la hanche et si le patient se plaint d'une douleur localisée dans la région de la hanche, il y a un doute raisonnable de fracture. On doit alors toujours procéder comme si cette fracture était présente. En terminant, sachez qu'il n'est pas rare de voir des patients marcher avec certains types de fractures. ❖

Nombre d'hospitalisations en 1999-2000, pour fracture de la hanche :

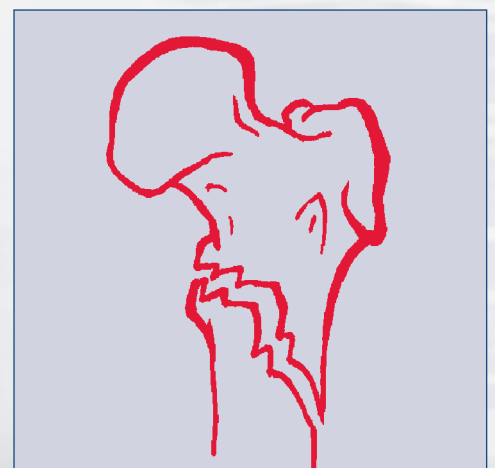
Montréal 521

Toronto 517

Winnipeg 503



Fracture du col fémoral



Fracture sous-trochantérienne

Les personnes âgées en perte d'autonomie

Mme Diane Verreault

Les équipes préhospitalières font partie des services de première ligne offerts à la population québécoise. Par définition, celles-ci interviennent fréquemment dans le milieu de vie des patients afin de leur porter secours. Les techniciens ambulanciers sont par conséquent des intervenants ressources dans l'identification des personnes âgées en perte d'autonomie.

Les CLSC de concert avec certains centres hospitaliers ont développé un outil de travail afin d'identifier les personnes âgées de plus de 75 ans en perte d'autonomie. Un questionnaire contenant 55 points évalue quatre types de données :

- l'état fonctionnel de la santé
- l'état psychologique et affectif
- la situation familiale et/ou sociale
- la situation économique

Cette grille, appliquée par le personnel infirmier de l'urgence, définit la nécessité d'une évaluation ultérieure, lors du séjour hospitalier, par un travailleur social ou le CLSC. Les ressources appropriées pourront ainsi être mises en place afin que le patient puisse regagner son domicile, au terme de son hospitalisation, dans des conditions de vie acceptables, sans risque pour sa santé et sa sécurité.

Or, les techniciens ambulanciers peuvent contribuer à l'identification des cas de perte d'autonomie grâce aux indices relevés dans le domicile pendant leur intervention. Combien de fois avez-vous vu un réfrigérateur vide? Un logement insalubre? Un état global des lieux désorganisé? Un paquet de chèques qui traînent sur la table du salon? Ces informations seront très utiles à l'infirmière du triage, surtout si la personne présente des déficits cognitifs. De plus, les personnes âgées ne disent pas toujours toute la réalité. Livrées à la solitude, il leur est quelquefois difficile de demander de l'aide. Dans d'autres cas, elles ne réalisent tout simplement pas qu'elles ont besoin d'aide. Les techniciens ambulanciers sont aptes à poser quelques questions simples et même à valider certains aspects clés grâce à l'évaluation clinique préhospitalière. Quelques pistes sont présentées ci-après.

L'état fonctionnel de la santé

L'évaluation de l'état fonctionnel de la santé est déterminée par la capacité de la personne à assumer ses activités de la vie quotidienne (AVQ) et celles de la vie domestique (AVD). Les AVQ s'intéressent à la capacité de se nourrir, se laver, s'habiller, aux fonctions intestinale et vésicale. Les AVD s'orientent plutôt sur le besoin d'aide pour faire le ménage, la lessive, préparer et faire chauffer les repas et les courses. La mobilité de la

personne est aussi évaluée. Peut-elle se mouvoir sans aide ou appui lors des transferts? Marcher à l'intérieur, à l'extérieur, gravir des escaliers? A-t-elle recouru au fauteuil roulant? Il est important, en outre, de savoir si la personne a fait des chutes au cours des trois derniers mois, si elle prend plus de trois sortes de médicaments par jour et ce, adéquatement. On questionnera également la personne sur le nombre d'hospitalisations durant la dernière année, sur son alimentation et sur ses déficits auditif, visuel et de langage. Chaque réponse affirmative augmentera le décompte relatif aux 55 points du questionnaire.

L'état psychologique et affectif

Il est question ici de la mémoire, de l'orientation, de la compréhension, du jugement et du comportement. Des procédés simples existent pour vérifier ces facultés. Indiquez à la personne ce que vous vous apprêtez à faire, par exemple vérifier sa mémoire. Demandez-lui de mémoriser trois mots que vous lui demanderez d'énumérer un peu plus tard. Afin de valider l'orientation, l'usager devra répondre aux questions suivantes : « *Quelle date sommes-nous (mois, saison)?* » « *Où êtes-vous?* » « *Qui suis-je par rapport à vous?* ».

La compréhension est mesurée grâce à une échelle. Elle est « normale » si la personne a bien compris toutes les questions sans répétition ou reformulation. Si 75 % des questions sont saisies avec le support parfois de répétitions ou de reformulations, le déficit est jugé « léger ». Celui-ci sera « modéré » quand seules 50% des questions sont comprises à l'aide d'explications supplémentaires, tandis que les questions concrètes n'obtiennent que des oui ou non. Le déficit est « sévère » quand la plupart des interrogations sont incomprises. Au plus sévère, la personne n'établit pas de contact visuel et ne tente pas de communiquer. Quant au jugement, il sera évalué grâce à une mise en situation en rapport à sa sécurité. Il peut lui être demandé par exemple : « *Vous êtes seul dans votre maison. Il est minuit, ça sonne à la porte. Que faites-vous?* » Si la personne n'émet aucune considération en termes de prudence (vérification de l'individu à la porte...), son jugement est jugé altéré.

Enfin, le comportement sera estimé en fonction de la collaboration du patient durant l'intervention préhospitalière. Celui-ci est jugé adéquat s'il collabore, que ce soit de manière mitigée ou avec irritation. Par contre, il sera perçu « altéré » quand une surveillance étroite est nécessaire. Quand une forte agitation, voire même de l'agressivité, sont manifestés, le comportement est admis comme « atteint sérieusement ».

Outre les déterminants de l'état cognitif, d'autres facteurs peuvent déterminer la perte d'autonomie, telles qu'une condition psychiatrique instable ou chronique, une dépression ou de l'anxiété affectant l'état général et la capacité d'organisation.

Situation familiale, sociale et économique

L'isolement de la personne âgée est une constatation triste dans notre société et de plus très présente. L'isolement, l'absence ou l'épuisement du réseau social, l'abus, la négligence, la violence, des conditions de logement inadéquates, insalubres constituent des situations à risque pour les personnes âgées. Les problèmes de base, dont les difficultés économiques qui empêchent la personne de subvenir à ses besoins primaires tels que la nourriture, le logement et l'habillement ou simplement l'incapacité de gérer ses affaires, appelleront bien sûr un processus d'aide et de soutien.

Cette évaluation peut sembler certes exhaustive. Cependant, le comportement général du patient et sa façon de répondre à vos questions comportent déjà des indices de taille. L'état du logement est lui-même révélateur. Sensibilisées à la situation des personnes âgées, les équipes préhospitalières qui ont la chance d'évoluer dans leur milieu de vie, pourront donner un « p'tit coup de pouce » très apprécié aux autres intervenants et ainsi briser dans certains cas le moule de la détresse. 🐾

* Merci à Monique Malette, infirmière de liaison à l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Coeur

10-33 : « Homme avec couteau dans le thorax »

Dr François de Champlain

Dimanche 7 décembre, Hôpital Charles-LeMoine, Longueuil, 16h45 : le téléphone rouge sonne et annonce l'arrivée prochaine d'une ambulance. Je continue de rédiger dans le dossier du patient que je viens de voir. Quelques minutes plus tard, une infirmière s'approche : « Dr de Champlain, j'aimerais vous aviser que l'on va recevoir un homme de 35 ans qui a reçu un coup de couteau dans le thorax, les SV sont stables et il arrive dans 10 minutes... »

En écoutant ces paroles, je me rappelle avoir entendu et vécu pareil scénario à maintes reprises lors de mon entraînement à Miami, l'une des capitales américaines du crime. Je sais très bien que les premiers instants suivant l'arrivée de ce patient seront critiques et déterminants, et bien loin de moi l'idée d'être rassuré par des SV stables... Je me dirige vers la salle de choc et tout en préparant mon matériel, je visualise et imagine le pire des scénarios, une détérioration rapide suivie d'un ACR suivant son arrivée. Je sais que si cela se produit, il faudra agir vite et ouvrir le thorax (thoracotomie) pour tenter de localiser et contrôler l'origine du saignement. Pas le temps d'espérer avoir un chirurgien dans cette circonstance. Il faudra faire l'impossible avec les moyens du bord et ce, en salle d'urgence.

« SVP, qu'on me prépare un cabaret pour pose de drains thoraciques et thoracotomie, 2 drains thoraciques de gros calibre, blouse stérile, masque avec visière, gants stériles, échographie FAST et faites signaler la banque de sang et le chirurgien de garde. ». Quelques minutes passent, 16h54 : « Ils sont là... ». L'ambulancier pousse la civière vers le moniteur : « Homme de 35 ans qui s'est poignardé à une reprise avec un couteau de cuisine, toujours en place d'ailleurs, signes vitaux stables durant le transfert. Je pouvais voir le couteau bouger avec son rythme cardiaque avant de le stabiliser avec un bandage... » Le patient est transféré sur la civière de la salle de choc et je demande aux infirmières de prendre les SV et d'installer deux voies veineuses de gros calibre. Je note que le couteau est dans la « boîte cardiaque » (cardiac box), qui est

délimitée supérieurement par les clavicules, latéralement par les lignes mid-claviculaires et inférieurement par les rebords costaux antérieurs, et qui constitue la zone la plus dangereuse pour une lésion cardiaque. De plus, l'entrée du couteau est sous la ligne des mamelons ce qui peut signifier une lésion intra-abdominale associée.

Les SV sont : TA=120/70mmHg, FC=113/min, RR=32/min et SatO₂=100% avec masque 100%. Le patient est alerte et orienté et se plaint de douleur en demandant où se trouve sa femme. Les examens primaire et secondaire sont normaux. Le R-X portable des poumons ne démontre pas de pneumothorax, d'hémothorax ou d'emphysème sous-cutané. L'échographie FAST au chevet ne démontre pas de signe d'épanchement péricardique mais démontre une légère quantité de liquide libre dans le quadrant supérieur droit (cul-de-sac de Morisson). Il y a donc présence d'une hémorragie intra-abdominale associée. Une infirmière me demande si je veux un bolus de salin mais je lui réponds immédiatement par la négative. Je lui explique que tant que le patient semble alerte et maintient une TA supérieure à 90 mmHg, les solutés seront gardés à TVO. La littérature des 10 dernières années sur la réanimation liquidienne tend en effet à favoriser une hypotension permissive (environ TA systolique 80-90 mmHg) jusqu'au traitement chirurgical définitif et ce, particulièrement dans les cas de plaies pénétrantes abdominales et/ou thoraciques.

Il est clair que ce couteau est à proximité du cœur et après une brève discussion avec le chirurgien général de garde, la décision est prise de transférer ce patient à l'Hôpital Général de Montréal (HGM). Du fait de l'éventualité d'une lésion au cœur, un chirurgien cardiaque est souhaitable, mais cette spécialité n'est pas disponible à Charles-LeMoine. Il faudra cependant être prêt à agir dans l'éventualité d'une détérioration rapide durant le transport, un transport inter-établissements qui pourrait en somme être assez « Rock and Roll ». En plus des deux ambulanciers de la CETAM¹, Martin McDuff et Jean-François Lemieux, une infirmière, Catherine Gagné et une inhalothérapeute, Josiane Mongeau m'accompagneront durant le transport. On prépare une trousse d'intubation avec sédation et curare, une trousse de médicaments de type ACLS, deux drains thoraciques avec instruments chirurgicaux et un moniteur Lifepak 12. Bon, on attend les

culots de sang groupés croisés de la banque de sang. Les minutes d'attente semblent longues et j'ose espérer que celles-ci ne feront pas la différence, provoquant une décompensation du patient dans l'ambulance entre la rive-sud et Montréal plutôt qu'en salle d'opération à l'HGM...

17h50

Nous sommes enfin prêts à quitter, les derniers SV sont semblables. Martin McDuff conduit l'ambulance. Le couteau est dans une position précaire et chaque imperfection de la route semble le faire bouger. Le moindre mouvement de ce dernier pourrait bien évidemment faire la différence entre un patient vivant ou en ACR à notre arrivée à HGM. Je tente tant bien que mal de stabiliser le couteau à l'aide de mes mains durant le transport... « Martin, va moins vite et ne passe surtout pas sur un nid de poule... » Je le sens un peu stressé au volant et pour cause! Je discute avec le patient et lui dis qu'il est chanceux car je crois bien qu'il se tirera bien d'affaire. Il me répond : « N'oubliez pas docteur que si j'ai fait cela c'est que j'avais de bonnes raisons de le faire... » Difficile de trouver une réponse réconfortante à ce commentaire. En tenant le couteau, je me questionne sur les motifs qui ont poussé cet homme, mari et père de trois enfants, à commettre un geste aussi désespéré. Notre patient devient soudainement plus diaphorétique et tachycarde à 135/min.

Patient :

« Je ne me sens pas très bien ».

Moi :

« À combien de temps sommes-nous de l'HGM? »

Jean-François :

« Cinq ou six minutes, tout au plus... »

Moi :

« Peux-tu prendre un TA par palpation, STP. »

Jean-François :

« Je ne la sens pas bien, environ 80/palp... »

Moi :

« 🩺🩺🩺..., mettez les solutés à flush, [j'ausculte le patient question d'éliminer un pneumothorax sous tension], bonne entrée d'air bilatérale, trachée centrale, pas d'emphysème sous-cutané... Martin, va plus vite un peu STP... »

Je rappelle l'équipe de trauma pour leur mentionner notre ETA. Ils attendent déjà le patient qui est maintenant léthargique mais répond aux questions et se plaint de nausées. Je souhaite qu'il ne soit que « vagal », mais plusieurs bonnes raisons peuvent mener à une détérioration de son état, je ne le sais que trop bien... Nous arrivons finalement à l'HGM et l'équipe de trauma nous attend. Le R-X des poumons est répété dans la salle de trauma et le patient monte rapidement au bloc opératoire. Bilan de la chirurgie: lacération du diaphragme et de l'estomac, toutes deux réparées facilement. Le couteau était en contact avec le cœur mais aucune lacération cardiaque. Le patient a une bonne évolution et obtient son congé des soins intensifs le lendemain. Ouf...

Bon travail Catherine, Josiane, Martin et Jean-François. 🍀

1 CETAM : Coopérative des employés et techniciens ambulanciers de la Montérégie



Observez le bandage au pourtour du couteau, quelle est l'erreur? Que feriez-vous si le patient tombait en ACR avant l'arrivée à l'hôpital?

Indications pour thoracotomie dans le département d'urgence

Trauma pénétrant
<ul style="list-style-type: none"> ■ ACR avec signes de vie sur le terrain ou durant le transport ■ TA systolique <50-70 mmHg malgré réanimation liquidienne active ■ Signes de choc sévère avec signes cliniques ou échographiques de tamponnade
Trauma fermé
<ul style="list-style-type: none"> ■ ACR survenant après l'arrivée dans le département d'urgence

Nouvelles de l'APPQ



Ordre professionnel

C'est avec fierté que je vous annonce le dépôt le 22 décembre 2003, du mémoire de l'APPQ à l'Office des professions du Québec. Ce mémoire fait suite aux exigences de l'Office concernant la demande de constitution d'un ordre professionnel pour les paramédics du Québec. Après huit mois de travaux, non seulement avons nous réussi à actualiser le mémoire déposé en 1994 mais cette fois, nous avons en plus obtenu plusieurs lettres d'appui concernant notre démarche.

Je tiens à remercier M. Claude Desrosiers, vice-président responsable du dossier de l'ordre professionnel et rédacteur principal du mémoire. Il a fait un travail remarquable qui mérite d'être souligné.

Congrès

Je profite de ces quelques lignes pour vous inviter à notre prochain congrès annuel, les 7 et 8 mai 2004 à l'hôtel Radisson de Laval sous le thème « **La paramédecine préhospitalière au Québec : un monde d'acteurs ou de spectateurs ?** ». Une activité précongrès se tiendra le 6 mai. Une première cette année, un cours d'instructeur DEA vous sera offert sans frais additionnel. Surveillez votre boîte à lettres et votre pigeonier. Tel que prévu dans les statuts et règlements, des élections auront lieu afin d'élire un conseil d'administration ainsi que le ou la présidente. C'est un rendez-vous ! Au plaisir de vous y rencontrer. J'espère que nous aurons d'ici là des nouvelles de l'Office des professions.

Le mémoire déposé à l'Office ainsi que les détails du congrès sont disponibles sur le site internet de l'APPQ à notre nouvelle adresse : www.paramedicduquebec.org

Mme Diane Verreault, présidente de l'APPQ

Plaies pénétrantes thoraco-abdominales

(entre les mamelons (4e EIC) et les rebords costaux antérieures)

■ Rupture/lacération diaphragmatique
■ Lacération des chambres cardiaques ou coronaires
■ Tamponnade cardiaque
■ Pneumothorax (simple, sous tension ou communiquant)
■ Hémothorax
■ Lacérations aortiques
■ Lacérations veine cave inférieure ou supérieure
■ Lacérations de vaisseaux intercostaux
■ Lacérations veines ou artère pulmonaires
■ Lacérations trachéo-bronchiques
■ Lacérations hépatiques ou spléniques
■ Lacérations intestinales ou mésentériques
■ Lacérations gastriques et oesophagiennes
■ Lacérations pancréatiques

Doc Martin au congrès de la NAEMSP

Dr Normand Martin

En janvier 2004, a eu lieu le congrès annuel de la National Association of EMS Physicians (NAEMSP). Cet événement est l'occasion de nombreux échanges notamment par le biais de conférences. Je vous présente ci-dessous quelques morceaux choisis.

Which Out of Hospital Cardiac Arrests May Benefit from Resuscitative Hypothermia.

Nathaniel J Lee et al, William Beaumont Hospital Department of Emergency Medicine

L'American Heart Association vient de publier une position qui suggère de placer les patients inconscients et réanimés (ROSC) d'une fibrillation ventriculaire en préhospitalier en hypothermie à 32-34°C durant une période de 12 à 24 heures. L'étude présentée s'inscrit dans cette perspective.

Les dossiers de deux hôpitaux universitaires affiliés du Michigan, ainsi que ceux du système préhospitalier ont été examinés sur une

période de 5 ans, de janvier 1997 à décembre 2002. Les cas d'arrêt cardiaque réanimés en préhospitalier ont été retenus. Le profil type du patient pris en charge tend majoritairement vers des hommes âgés en moyenne de 68 ans et ayant subi un arrêt cardiaque dans leur résidence privée. Le rythme le plus fréquent relevé est celui de la fibrillation ventriculaire. Durant cette période, 142 patients, souffrant dans la plupart des cas d'un infarctus du myocarde, ont survécu après l'admission à l'urgence.

Mais seuls 38.7 % d'entre eux sont sortis vivants de l'hôpital.

L'étude conclut sur la possibilité d'inclure l'hypothermie post-réanimation dans les processus usuels en salle d'urgence. Si cela avait été, la majorité de ces 142 patients réanimés en préhospitalier, soit 85.9 %, inconscients à l'arrivée à l'hôpital, auraient pu bénéficier de l'hypothermie post-réanimation. ❖

The Utilization of Prehospital 12 Lead Electrocardiograms in the 200 Most Populous Cities in the United States.

David A Rand et al, George Washington University Department of Emergency Medicine.

Cette étude de grande envergure a été menée grâce à un sondage postal effectué auprès des systèmes préhospitaliers des 200 plus grandes villes des États-Unis. L'objet de la recherche portait sur l'utilisation de l'ECG 12 dérivations. Le sondage a bénéficié d'un bon taux de réponse (79%). Les répondants, à raison de 62 %, ont déclaré faire des ECG 12 dérivations. Mais parmi eux, 44 % ne

transmettent jamais leur ECG, 36 % quelquefois et seulement 6% transmettent systématiquement leurs ECG au centre hospitalier receveur, avant l'arrivée des paramédics à la salle d'urgence. Les motifs avancés pour expliquer leurs décisions sont les suivants : en premier lieu intervient le coût de l'équipement, puis l'incertitude quant à l'utilité d'un tel geste, l'attitude de la communauté

médicale (non-utilisation des relevés), l'attitude du directeur médical EMS et enfin la crainte d'augmenter les délais d'intervention. Il ressort de cette étude, qu'outre de grandes variations d'un système préhospitalier à l'autre dans l'utilisation de l'ECG 12 dérivations, la transmission de l'information recueillie est rare. Nous pouvons conclure que cet excellent outil est mal utilisé aux États-Unis.. ❖

Patient Discomfort due to Indiscriminant use of Spinal Immobilization

George R. Zlupko, Ross E. Megargel, Robert E. O'Connor, Christiana Care Health System

Le but de cette étude était orienté vers la mesure du niveau de douleur induite par l'immobilisation spinale sur planche et avec collier cervical. En second lieu, les chercheurs voulaient évaluer l'adéquation des examens neurologiques brefs effectués par les équipes préhospitalières BLS, puis par le médecin de l'urgence. Un centre de traumatologie de niveau 1 au Delaware (États-Unis) a constitué le territoire de recherche. Ont été retenus tous

les patients qui pouvaient être libérés de l'immobilisation sur planche dorsale après les deux examens neurologiques (BLS et médical), soit 26 personnes.

Une échelle analogique visuelle (VAS) a été utilisée pour mesurer l'inconfort. Alors qu'ils étaient immobilisés, la VAS était de 53 mm. Au retrait de la planche, la VAS chutait à 26 mm, donc une diminution significative de 27 mm.

La suppression de l'immobilisation spinale entraîne une réduction significative de l'inconfort. Aucun patient n'a démontré une augmentation de la VAS. Deux patients ont décrit des paresthésies lors du retrait de la planche. Secondairement, l'étude a présenté une concordance de 100 % entre les deux examens neurologiques. La planche peut donc induire des douleurs au patient selon la durée d'immobilisation. ❖

CIALIS®, LÉVITRA® ET VIAGRA®

Deux nouveaux médicaments utilisés dans le traitement des dysfonctions érectiles ont fait leur apparition récemment : le Cialis® et le Lévitra®. Ils doivent faire l'objet des mêmes contre-indications que le Viagra®. Mais dans le cas du Cialis®, sa demie-vie est plus longue ; elle atteint 36 heures contre 24 heures pour le Lévitra®* et le Viagra®. Donc, lors de l'administration de la nitroglycérine, il faudra vérifier également la prise de ces médicaments.



Le médicament ne peut être identifié clairement? La contre-indication à la nitroglycérine s'applique alors jusqu'à 36 heures après la prise du médicament.

* Dans le cas du Lévitra®, aucune donnée ne nous permet de déterminer la durée exacte ou l'interaction avec la nitroglycérine

12

Volume 3 - Numéro 1
Février 2004

Prochain numéro du  Mai 2004