

Document de support DEA pour policiers



Version 1.2

Août 2017

Note aux lecteurs

Pour usage exclusif selon les directives de la Direction des services préhospitaliers d'urgence du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Table des directeurs médicaux régionaux des services préhospitaliers d'urgence et de la Direction de la qualité des soins préhospitaliers et de l'enseignement de la Corporation d'urgences-santé.

Corporation d'urgences-santé

Centres intégrés de santé et de services sociaux

Direction médicale nationale des services préhospitaliers, ministère de la Santé et des Services sociaux
du Québec

© 2013

Tous droits réservés

Toute reproduction, par quelque procédé que ce soit, est interdite à moins d'autorisation préalable de la Direction médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence.

Deuxième édition

Dépôt légal 2017

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives du Canada

ISBN : 978-2-550-79199-7 (2^e édition, 2017) (PDF)

ISBN : 978-2-550-67561-7 (1^{re} édition, 2013) (Imprimé)

ISBN : 978-2-550-67562-4 (1^{re} édition, 2013) (PDF)

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

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	7
1 INTRODUCTION	9
1.1 <i>L'arrêt cardiorespiratoire</i>	9
1.1.1 Définition	9
1.1.2 La chaîne de survie.....	9
1.1.3 Causes.....	10
1.1.4 Le traitement : la RCR et la défibrillation rapide.....	10
1.2 <i>LE RÔLE DU POLICIER DANS LA CHAÎNE DE SURVIE</i>	11
1.2.1 Son importance (temps-réponse et actions simples)	11
1.2.2 Les priorités d'affectation au Québec	11
1.2.3 La priorité 0	12
1.3 <i>PRISE D'APPEL ET AFFECTATION À LA SQ</i>	12
1.3.1 Prise d'appel (voir annexe 2).....	12
2 LA RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE	13
2.1 <i>LA RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE</i>	13
2.1.1 Généralités.....	13
2.1.2 Les points importants.....	13
2.1.3 Adultes (présence de signes de puberté).....	14
2.1.4 Enfants (1 an et plus, sans signe de puberté).....	14
2.1.5 Bébé (du congé de l'hôpital à 1 an)	14
2.2 <i>LA PRÉVENTION DES INFECTIONS</i>	14
2.2.1 Les précautions universelles	14
2.2.2 L'utilisation du masque de poche (filtre et valve, et ses exceptions - Massage seulement).....	15
3 LA DÉFIBRILLATION EXTERNE AUTOMATISÉE	17
3.1 <i>LA DÉFIBRILLATION</i>	17
3.1.1 Qu'est-ce que la défibrillation?.....	17
3.1.2 Les arythmies : Fibrillation et tachycardie ventriculaire.....	17
3.1.3 La défibrillation externe automatisée.....	18
3.1.4 Système d'analyse des arythmies.....	19
3.1.5 Les conditions à une défibrillation efficace.....	19
3.1.6 Les éléments de sécurité liés à la défibrillation.....	20
3.2 <i>LE DEA DE LA SQ : LE FRx de la compagnie Philips</i>	22
4 LES PROTOCOLES DE RÉANIMATION	25

4.1	<i>PROTOCOLE D'APPROCHE CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE</i>	25
4.1.1	Sécurité	25
4.1.2	Nombre de patients	27
4.1.3	Espace de travail	27
4.1.4	Information des témoins	27
4.1.5	Prévention des infections	27
4.2	<i>patient vivant à l'arrivée des policiers</i>	27
4.2.1	Patient conscient	28
4.2.2	Patient inconscient.....	28
4.3	<i>PATIENT EN ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE</i>	31
4.3.1	Protocole RÉA.0/Police – Adulte.....	31
4.3.2	Protocole RÉA.1/Police – Adulte.....	31
4.3.3	Protocole RÉA.2/Police – Enfant.....	32
4.4	<i>Patient réanimé</i>	44
4.4.1	Conscient (réassurance, oxygène)	44
4.4.2	Inconscient (vomissements).....	44
4.5	<i>Transfert de responsabilité aux autres intervenants</i>	44
4.6	<i>PRÉSENCE D'UN MÉDECIN SUR PLACE</i>	44
4.6.1	Constat de décès	45
5	LES PROTOCOLES DE NON-RÉANIMATION	47
5.1	<i>Protocole MED-LEG.4/Police – Mort évidente</i>	47
5.2	<i>Protocole MED-LEG. 2/Police – RÉANIMATION IMPRATICABLE</i>	49
5.3	<i>Protocole MED-LEG. 3/Police – NON-INITIATION DE LA RÉANIMATION</i>	51
5.3.1	Représentant du patient.....	51
5.3.2	Respect du droit de refus	51
5.3.3	Conjoint légal	51
5.4	<i>refus chez le patient vivant</i>	53
6	LE PROGRAMME D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ.....	55
6.1	<i>La documentation</i>	55
6.1.1	L'enregistrement du rythme cardiaque	55
6.1.2	Le formulaire DEA de la SQ (SQ-o-031).....	55
6.1.3	Le transfert d'information	58
6.2	<i>Le suivi qualité</i>	58
6.2.1	Le rôle du centre intégré (universitaire) de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS) du territoire ou de la Corporation d'Urgences-santé (CUS)	58
6.2.2	Le suivi systémique.....	58
6.2.3	Le suivi personnel.....	59

7	LES ASPECTS MÉDICAUX LÉGAUX DE LA RÉANIMATION	61
7.1	<i>Le consentement aux soins</i>	61
7.1.1	Consentement implicite	61
7.1.2	Consentement explicite	61
7.1.3	Consentement - libre	62
7.1.4	Consentement - Éclairé	62
7.1.5	Le consentement et la situation d'urgence.....	63
7.1.6	Le consentement des enfants	64
7.1.7	L'aptitude.....	65
7.2	<i>LA CONFIDENTIALITÉ</i>	65
7.2.1	Le secret professionnel	66
7.2.2	Les obligations de confidentialité du TAP.....	67
8	LES AUTRES ÉLÉMENTS DE LA RÉANIMATION.....	71
8.1	<i>L'ÉTHIQUE</i>	71
8.1.1	Valeurs liées à l'éthique.....	71
8.1.2	Professionnalisme.....	71
	CONCLUSION	75
	ABRÉVIATIONS	77
	RÉFÉRENCES	79
	ANNEXES	81
	ANNEXE A : LOI SUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (L.R.Q., chapitre S-6.2)	83
	ANNEXE B : TRAITEMENT D'UN APPEL POUR UN BESOIN EXCLUSIVEMENT MÉDICAL	87
	ANNEXE C : PRORITÉS D'AFFECTATION DES RESSOURCES PRÉHOSPITALIÈRES	89
	ANNEXE D : Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence, RLRQ c M-9, r 2.1	91
	ANNEXE E : Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2)	97
	ANNEXE F : CODE CIVIL DU QUÉBEC (L.Q. 1991, chapitre 64)	99
	ANNEXE G : Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q., chapitre C-12).....	105
	ANNEXE H : Règlement d'application de la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres (RRQ chapitre L-0.2, r. 1)	107
	RÉSUMÉ	109

PRÉFACE

Les défibrillateurs externes automatisés (DEA) sont des appareils simples d'utilisation puisqu'il suffit de les mettre en fonction, de coller les électrodes aux endroits indiqués et de suivre les indications de l'appareil. L'analyse effectuée du rythme cardiaque étant entièrement automatique, elle évite ainsi la prise de décision et permet de se concentrer sur la situation pour savoir exactement quoi faire, surtout lorsque chaque seconde compte pour sauver une vie. De plus, il ne suffit pas de savoir utiliser un défibrillateur pour prendre en charge une victime : la qualité de la réanimation cardiorespiratoire avec compressions jumelée à une défibrillation rapide augmente considérablement les chances de survie.

Être formé pour utiliser le DEA est peu contraignant alors que quelques heures suffisent pour apprendre les gestes qui peuvent sauver une vie. Ce dernier objectif a d'ailleurs été au centre des préoccupations des membres du comité de mise en œuvre rehaussant du même coup, la prestation des services déjà offerts par la Sûreté du Québec.

Bien que l'intervention policière demeure notre principal mandat, votre implication à titre de premier intervenant ne pourra qu'augmenter les chances de survie des personnes victimes d'un arrêt cardiorespiratoire subit. Vous pouvez faire la différence et peut-être sauver la vie d'une personne de la communauté que vous desservez, voire même d'un collègue!

Ce guide de formation a pour but principal de faciliter une meilleure compréhension de l'enseignement touchant l'utilisation d'un DEA. De plus, cette formation vient vous transmettre les connaissances nécessaires pour optimiser les chances de réanimation dans le cadre de vos fonctions en tant que policière ou policier. Elle aborde les interventions à poser lors d'une obstruction des voies respiratoires, d'un arrêt respiratoire ou d'un arrêt cardiorespiratoire, autant pour les bébés, que pour les enfants et les adultes.

« Je constate, j'interviens et je sauve des vies! » : voilà qui rappelle notre objectif quotidien et témoigne de l'importance de notre rôle pour faire de la Sûreté du Québec un chef de file dans les services offerts aux citoyens.

Nous espérons que cette formation saura répondre à vos attentes et vous souhaitons sincèrement le meilleur des succès. Profitez-en au maximum et n'hésitez pas à adresser vos questions et vos préoccupations au formateur quant à l'utilisation de l'appareil. Cela ne pourra que contribuer à vous et à vos collègues.

Jimmy Potvin, capitaine
Directeur
Direction de la sécurité routière et récréotouristique
Sûreté du Québec
2013

Mitchell S. Pantel, MDCM, CCFP
Médecin-conseil
Directeur médical du projet DEA
Sûreté du Québec

1 INTRODUCTION

Les problèmes cardiovasculaires représentent la première cause de décès en Amérique du Nord. Parmi eux, les décès d'origine cardiaque occupent une place prépondérante. Le syndrome de la mort subite de l'adulte en constitue une manifestation courante.

1.1 L'ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE

1.1.1 Définition

L'arrêt cardio-respiratoire, souvent appelé arrêt cardiaque ou ACR, est la cessation du fonctionnement de la fonction de pompe du cœur. Lors d'un tel événement, le sang ne circulant plus, le patient perd conscience et ne présente plus de pouls. De plus, l'oxygène ne pouvant plus se rendre au cerveau, dans les minutes qui suivent, des dommages irréversibles s'installent.

Les statistiques démontrent que le taux d'arrêts cardiaques en préhospitalier dans une population donnée est relativement stable et se situe à 50-55/100 000 citoyens par année. Au Québec, ceci représente environ 4 000 ACR par année. **C'est donc un problème fréquent, où une intervention efficace permet sans aucun doute de sauver des vies.**

1.1.2 La chaîne de survie

Il est démontré qu'une intervention rapide par un système préhospitalier efficace et une prise en charge médicale précoce favorisent la survie des patients en arrêt cardiorespiratoire (ACR). On appelle «Chaîne de survie» l'ensemble formé par les sept maillons d'un système qui permet cette prise en charge rapide. On peut la détailler ainsi :

LA CHAÎNE DE SURVIE – FONDATION CANADIENNE DES MALADIES DU CŒUR



- Prévention : choix de vie sains;
- Reconnaissance rapide des symptômes;
- L'accès rapide au système d'urgence;
- L'initiation rapide des manœuvres de réanimation (RCR);
- L'accès rapide à la défibrillation;
- L'accès rapide à l'ACLS (intubation, solutés, médication);
- Prise en charge rapide pour la réadaptation.

L'accès rapide à la défibrillation est le facteur le plus important.

Nous verrons que pour la plupart des patients en ACR, seule une défibrillation appliquée précocement permet de rétablir la circulation. Les autres interventions favorisent un meilleur taux de survie, mais ne sont habituellement pas suffisantes lorsque la défibrillation précoce n'est pas appliquée.

1.1.3 Causes

Les causes de la mort subite se résument ainsi :

- **CARDIOVASCULAIRE 60 %**
- RESPIRATOIRE 15 %
- SYSTÈME NERVEUX CENTRAL 15 %
- DIVERS 10 %

La cause la plus fréquente d'une mort subite d'origine cardiovasculaire est un arrêt cardiaque à la suite d'un mal fonctionnement du système électrique du cœur (arythmie maligne) à la suite d'un événement cardiaque récent ou ancien (infarctus du myocarde/crise de cœur ou angine).

L'arythmie maligne la plus fréquemment rencontrée dans ce contexte, est la fibrillation ventriculaire. (Voir point 3.1.2)

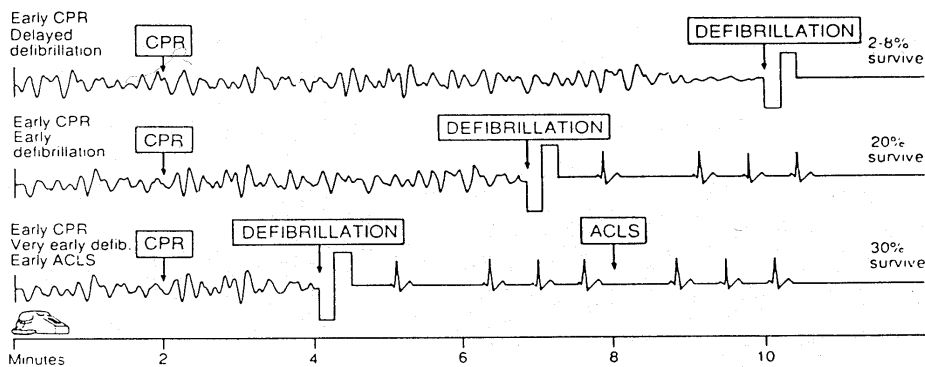
1.1.4 Le traitement : la RCR et la défibrillation rapide

Seuls deux traitements ont été prouvés utiles pour sauver les victimes d'arrêt cardiorespiratoire d'origine cardiaque : la RCR de qualité et la défibrillation. Aucun autre traitement n'a été démontré utile.

Lorsqu'elle est indiquée, la défibrillation permet de réanimer environ 80 % des victimes si elle est appliquée en moins de deux minutes. Par la suite, les chances de réanimation diminuent d'environ 10 % par minute, pour devenir pratiquement nulles en dix minutes si aucune RCR n'est pratiquée. **Le facteur temps est donc primordial; d'où le rôle des premiers répondants et des policiers.**

Les chances de survie ne diminuent que de 3-5 % par minute si la RCR a été entreprise par les témoins.

L'initiation de la RCR par les témoins va jusqu'à tripler la survie.



1.2 LE RÔLE DU POLICIER DANS LA CHAÎNE DE SURVIE

La mission des services préhospitaliers d'urgence est que « soit apportée, en tout temps, aux personnes faisant appel à des services préhospitaliers d'urgence une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité à l'égard des personnes en détresse »¹.

1.2.1 Son importance (temps-réponse et actions simples)

Les services policiers de par leur capacité de se rendre rapidement au chevet d'un nombre significatif de victimes d'ACR, et les policiers ayant les habiletés de gérer des situations urgentes, peuvent faire impact et sauver de nombreuses vies en répondant aux appels médicaux avec haute probabilité d'arrêt cardiorespiratoire.

1.2.2 Les priorités d'affectation au Québec

Les services préhospitaliers d'urgence (SPU) québécois se sont dotés d'une façon de prioriser les demandes d'aide médicale de la population pour assurer une réponse efficace et appropriée selon le niveau de l'urgence.

Le système médicalisé de priorisation des appels urgents (SMPAU) permet en posant quelques questions à l'appelant de catégoriser l'appel en fonction de la raison d'appel et de son niveau d'urgence. Les SPU québécois ont associé à ces presque 1000 situations différentes, cinq niveaux d'urgence :

- Priorité 0 : Haut risque d'arrêt cardiorespiratoire
- Priorité 1 : Risque immédiat de mortalité
- Priorité 3 : Risque potentiel de détérioration clinique (risque de morbidité)
- Priorité 4 : Risque de détérioration clinique au cours des heures suivantes
- Priorité 7 : Situation clinique stable, sans risque identifié, ayant peu de risque de détérioration immédiate

¹ Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., chapitre S-6.2) – Annexe A

Les priorités 2, 5, 6 et 8 sont réservées aux appels provenant des centres hospitaliers.
Voir annexe 1.

1.2.3 La priorité 0

La priorité 0 a été créée pour séparer les appels où un ACR est plus fortement suspecté, car il s'agit de la seule condition clinique où un temps-réponse le plus court possible a clairement démontré faire une différence pour la survie des patients en préhospitalier.

Le policier qui œuvre dans un service qui choisit de répondre à cette clientèle est affecté uniquement sur les appels de priorité 0.

Par contre, la priorité 0 n'inclut pas que les appels où l'ACR a été confirmé par le répartiteur médical, mais également des catégories de patients où l'ACR est plus probable que d'autres clientèles. Le policier, lors des appels médicaux, devra composer avec un nombre de patients qui ne seront pas en ACR à son arrivée. La présente formation vous préparera à ces situations.

1.3 PRISE D'APPEL ET AFFECTATION À LA SQ

1.3.1 Prise d'appel (voir annexe 2)

L'affectation des patrouilleurs à un appel médical de priorité 0 (appelé «appel DEA» pour la SQ) peut passer par deux voies : le 9-1-1 et le centre de communication santé (CCS) du territoire ou directement par le centre de gestion des appels (CGA).

APPEL PROVENANT DU 9-1-1

La majorité des appels auront été transmis de cette façon : le citoyen aura composé le 9-1-1 et fait une demande d'aide médicale; l'appel sera transféré au centre de communication santé qui à son tour traitera l'appel. Comme nous avons mentionné précédemment, le CCS traitera l'appel avec le SMPAU. Une fois qu'il aura identifié une priorité 0, il avisera le CGA du territoire concerné de l'appel DEA, qui lui le transmettra selon l'instruction interne de la SQ.

APPEL PROVENANT DU CENTRE DE GESTION DES APPELS (CGA)

Le citoyen qui lui aura signalé le *4141 fera directement affaire avec le répartiteur du CGA. Si l'appelant, lors de la prise d'appel identifie que le patient est inconscient, ne respire plus ou est en arrêt cardiorespiratoire, le répartiteur transmettra l'appel au chef de relève et ensuite il transférera l'appel au CCS et avisera le CCS qu'il a affecté les policiers sur cet appel médical.

Si le répartiteur du CCS a reçu un appel médical du CGA sans avis qu'une affectation policière a été faite, et que lors du traitement de l'appel il identifie une priorité 0, il transférera l'appel au CGA.

2 LA RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

Seuls les grands concepts de la réanimation cardiorespiratoire seront traités dans ce chapitre. Se référer au livre de soins immédiats de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC pour les détails de chacune des techniques.

2.1 LA RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

2.1.1 Généralités

DÉFINITION DE L'ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE

Comme vu précédemment, la définition de l'arrêt cardiorespiratoire est la cessation du fonctionnement de la fonction de pompe du cœur. De façon plus générale, il doit être considéré que toute victime qui est inconsciente ET qui ne respire pas ou qui respire anormalement est en arrêt cardiorespiratoire.

DÉFINITIONS D'ADULTE, ENFANT ET NOUVEAU-NÉ

Dans le cadre de la réanimation, voici les définitions applicables :

- Adulte : victime qui présente des signes de puberté;
- Enfant : victime de plus d'un an qui ne présente pas de signe de puberté;
- Bébé : sortie de l'hôpital à 1 an;
- Nouveau-né : victime qui est nouvellement née qui n'a pas encore reçu son congé du centre hospitalier; pour les intervenants préhospitaliers, ceci constitue les bébés, immédiatement postaccouchement.

2.1.2 Les points importants

LA RESPIRATION AGONALE

Prenez note que malgré l'appellation commune arrêt cardiorespiratoire, il est possible que lors de l'ACR, le patient présente encore des mouvements de respiration. Cette situation appelée respiration agonale est présente chez certains patients dans les minutes qui suivent l'arrêt cardiaque. Il est important de comprendre cette possibilité; autrement, l'intervenant conclut que le patient est vivant et ne débute pas la RCR et n'installe pas le défibrillateur. Ceci génère un délai au traitement et donc une diminution de la survie potentielle. Le patient peut ainsi respirer pendant plusieurs minutes!

**Donc syncope soudaine avec respiration anormale = ACR.
Rappelez-vous, pour chaque minute de délai sans RCR, les chances de survie
diminuent de 10% !**

LE POULS CERTAIN

Pour l'intervenant qui ne fait pas face à des situations médicales fréquemment, il peut être difficile de palper un pouls et d'être certain qu'il est présent. Encore, tout comme lors de la présence d'une respiration agonale, si l'intervenant croyant la présence d'un pouls n'intervient pas, ceci est dommageable à la victime.

La règle à respecter pour éviter cette situation est la suivante et est appelée le **pouls certain** : si dans une période de dix secondes l'intervenant n'est pas certain de la présence d'un pouls, **il doit considérer celui-ci absent et procéder à la réanimation.**

LA RCR DE QUALITÉ

Il a été bien démontré à ce jour que la RCR doit être faite avec le minimum de temps de pause (sans massage) et que la durée de chaque pause doit être minimisée.

De plus, les nouvelles normes requièrent un effort physique significatif. Pour assurer une RCR de qualité, il est important de s'assurer de changer d'intervenant au massage cardiaque, lorsque possible, toutes les deux minutes.

2.1.3 Adultes (présence de signes de puberté)

Chez les adultes, les normes suivantes sont applicables :

- Fréquence de massage : 100-120/min
- Ratio massage/ventilation : 30 : 2 si 1 ou 2 intervenants
- Technique : 2 mains
- Profondeur de massage : 2 à 2,4 pouces

2.1.4 Enfants (1 an et plus, sans signe de puberté)

Chez les enfants, les normes suivantes sont applicables :

- Fréquence de massage : 100-120/min
- Ratio massage/ventilation : 30 :2 si 1 intervenant 15 :2 si 2 intervenants
- Technique : 1 ou 2 mains, selon la taille de l'enfant
- Profondeur de massage : environ 2 pouces

2.1.5 Bébé (du congé de l'hôpital à 1 an)

Chez les enfants, les normes suivantes sont applicables :

- Fréquence de massage : 100-120/min.
- Ratio massage/ventilation : 30 : 2 si 1 intervenant 15 : 2 si 2 intervenants
- Technique : 2 doigts
- Profondeur de massage : environ 1.5 pouce

2.2 LA PRÉVENTION DES INFECTIONS

2.2.1 Les précautions universelles

Le terme précautions universelles fait référence au besoin, dans le contexte de la prévention des infections et indépendamment des informations disponibles, de toujours porter certains équipements de protection.

Pratico-pratique, ceci veut dire que lorsque le policier traite un patient, qu'il soit conscient, inconscient ou en ACR, il devrait toujours porter des gants médicaux. Les gants doivent être de la grandeur

appropriée et être changés entre chaque intervention ou lorsque souillés. **Le port des gants de cuir dans cet objectif est inapproprié.**

Après une intervention, le policier doit se laver les mains. À défaut d'avoir accès à cette technique, le policier doit se désinfecter les mains avec un gel aseptisant.

2.2.2 L'utilisation du masque de poche (filtre et valve, et ses exceptions - Massage seulement)

Lors de toute situation où le policier doit assister la ventilation d'un patient (en ACR ou en arrêt respiratoire), il doit utiliser le masque de poche, avec le filtre et la valve anti-retour.

La valve anti-retour empêche les vomissements de sortir dans le masque (vers le côté intervenant), tandis que le filtre protège l'intervenant contre les infections transmissibles par voie aérienne/gouttelettes.

Les standards de réanimation sont clairs quant au risque minime d'assister la ventilation, et ce, même sans protection (bouche à bouche); il ne faut donc pas être inquiet du risque de transmission de maladies infectieuses dans ce cadre.

Le filtre et la valve doivent être remplacés après chaque intervention. Le masque de poche doit être désinfecté. Suivre la procédure de votre service policier.

Dans certaines situations où le patient a subi une intoxication par inhalation, ou par cyanure, ou en fonction de directives spéciales qui proviendraient du CISSS/CIUSSS/Urgences-santé de votre territoire, la ventilation ne doit pas être faite, même avec le masque de poche et ses accessoires.

Dans ces situations, le policier devra faire le massage de façon continue, sans effectuer aucune ventilation. Cette technique est reconnue comme étant adéquate dans les premières minutes d'intervention.

3 LA DÉFIBRILLATION EXTERNE AUTOMATISÉE

Le développement des technologies de défibrillation automatique/semi-automatique dans les années 80 a révolutionné les programmes de réanimation, car il a permis à des intervenants avec très peu de formation d'utiliser ce traitement déterminant pour les victimes d'arrêts cardiorespiratoires.

3.1 LA DÉFIBRILLATION

3.1.1 Qu'est-ce que la défibrillation?

Comme mentionné précédemment, la défibrillation est l'administration d'un choc électrique au thorax du patient; **ce choc ne repart pas le cœur, il arrête toute activité électrique** du cœur. Une fois l'activité chaotique cessée, le cœur peut, dans certains cas, débiter à nouveau une activité électrique organisée, permettant la circulation.

La défibrillation est indiquée lors de deux types de rythmes cardiaques : la fibrillation ventriculaire et la tachycardie ventriculaire.

Cette section est présentée que pour information générale. Le policier dans son intervention auprès de la victime d'ACR n'aura jamais à se questionner sur le rythme du patient, l'appareil fait cette tâche pour lui. Une fois le rythme reconnu par l'appareil, il se chargera de façon automatique.

3.1.2 Les arythmies : Fibrillation et tachycardie ventriculaire

LA FIBRILLATION VENTRICULAIRE (FV)

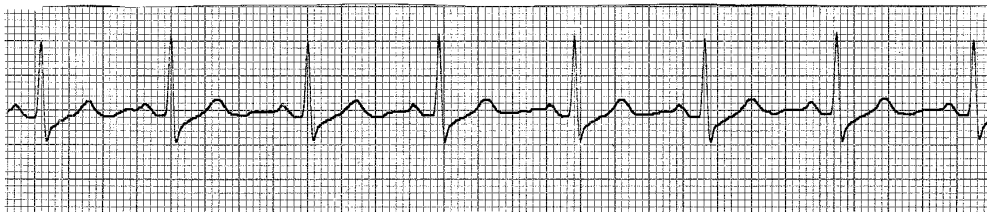
La fibrillation ventriculaire est un état du muscle cardiaque où l'activité électrique qui est habituellement organisée, est devenue complètement désorganisée et inefficace à générer une contraction pouvant produire une circulation et un pouls. Le patient est donc sans circulation, sans pouls et inconscient.

LA TACHYCARDIE VENTRICULAIRE (TV)

La tachycardie ventriculaire est un autre rythme anormal qui sans être complètement chaotique, dans certaines circonstances, peut ne pas produire une circulation adéquate ou même aucune circulation, donc un ACR, et requiert une défibrillation pour rétablir une circulation efficace.

Rythme normal

P



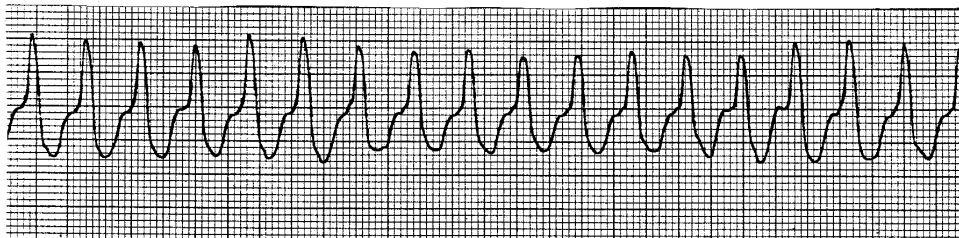
Fibrillation ventriculaire

K



Tachycardie ventriculaire

U



3.1.3 La défibrillation externe automatisée

Le terme défibrillateur externe automatisé (DEA) fait maintenant référence à des appareils qui possèdent deux fonctions :

- L'analyse informatique du rythme cardiaque identifiant le besoin ou non d'administrer un choc;
- L'intégration du protocole à même l'appareil qui dirige l'intervenant à travers les différentes étapes du protocole.

Ces appareils sont tellement simples qu'un citoyen n'ayant jamais suivi de formation formelle est souvent capable de l'utiliser s'il connaît la RCR et le concept général de la défibrillation.

Il ne s'agit que de suivre les directives de l'appareil.

Les DEA utilisés en préhospitalier au Québec sont des appareils semi-automatiques, c'est-à-dire que l'intervenant décide du moment où le choc sera administré.

3.1.4 Système d'analyse des arythmies

Il s'agit d'un programme perfectionné qui analyse en temps réel les rythmes cardiaques. En se basant sur diverses caractéristiques du rythme du patient, il arrive à évaluer la présence d'un rythme normal, d'une FV ou d'une TV, et permet la défibrillation lorsqu'elle est indiquée.

L'ensemble du processus d'analyse prend environ 9 à 12 secondes. Le DEA vérifie jusqu'à plusieurs fois ses propres résultats, de sorte que lorsqu'il prend sa décision, il n'y a pas d'incertitude. Donc, lorsque le DEA décide qu'il s'agit d'une arythmie qui peut être défibrillée, il ne se trompe que très rarement. Sur les millions d'utilisations faites aux États-Unis et ailleurs, il n'y a très peu de cas de défibrillation inappropriée, si l'appareil est utilisé conformément au protocole.

3.1.5 Les conditions à une défibrillation efficace

La défibrillation semi-automatique se pratique au moyen d'électrodes appliquées directement sur le thorax, par lesquelles passe un courant électrique d'une forte intensité. Ces électrodes sont auto-adhésives, il suffit de les apposer au bon endroit. Une fois apposées, on n'a plus besoin de les toucher.

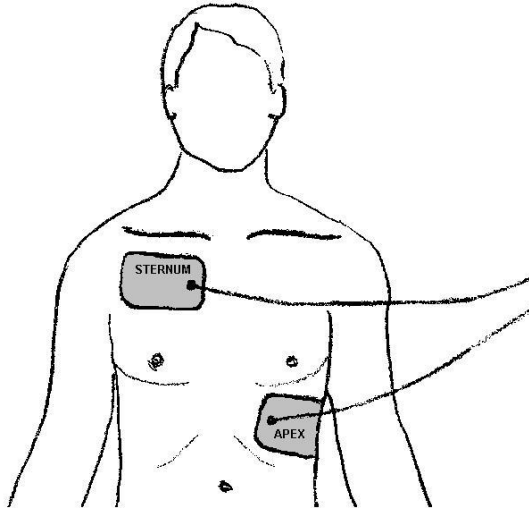
Tous les DEA ont une image apposée à un endroit très visible qui illustre la bonne position des électrodes.

Il est important d'utiliser des électrodes dont la date d'expiration n'est pas dépassée et dont l'emballage n'est pas ouvert depuis plus de 24 heures.

Pour arriver à défibriller efficacement, un courant suffisant doit traverser le muscle cardiaque. Trois conditions sont nécessaires :

- bonne adhérence des électrodes;
- énergie appropriée;
- bon positionnement des électrodes.

La première électrode se place à droite de la portion supérieure du sternum. La seconde se place en latéral franc, sur la ligne axillaire (sous l'aisselle), légèrement sous le niveau du mamelon. Cette position permet à un maximum d'énergie de traverser le cœur.



Afin de maximiser l'adhérence des électrodes, l'efficacité de la défibrillation et la sécurité de l'intervention, il faut respecter les procédures suivantes :

- essuyer la peau du patient mouillé (pluie, baignade) ou du patient en sueurs froides; l'arc de courant pourrait passer à la surface de la peau mouillée et non à travers le thorax, car la résistance y est moindre; ceci produirait un choc beaucoup moins efficace;
- appliquer les électrodes de défibrillation avec un mouvement «roulant» pour éviter qu'une bulle d'air se forme entre la peau et l'électrode;
- appliquer une pression au pourtour de l'électrode pour assurer une adhérence maximale. Éviter de faire pression sur le centre, car la gelée se déplacera et empêchera l'adhésion de sa surface collante;
- procéder à un rasage minimal chez le patient exceptionnellement poilu avant d'apposer les électrodes;
- enlever les « patchs » de nitroglycérine; cela évite des petites « explosions » et brûlures au patient;
- positionnez les électrodes de défibrillation à plus de 2.5 cm des stimulateurs cardiaques (pacemakers) ou défibrillateurs implantés, si possible;
- mettre la source d'oxygène à 1 mètre des électrodes lors de la défibrillation (lorsque présence de premiers répondants-PR ou techniciens ambulanciers-paramédics-TAP);
- ne pas mettre de couverture métallisée sur le patient durant une réanimation active.

3.1.6 Les éléments de sécurité liés à la défibrillation

L'administration d'une décharge électrique doit toujours se faire dans un contexte contrôlé, car si une autre personne que le patient recevait le choc celui-ci pourrait en subir des dommages, possiblement

en faire un ACR. Le port des gants médicaux réduit le risque de transmission du choc vers l'intervenant. Ceux-ci doivent être portés en tout temps lors d'une intervention avec DEA.

Les règles de sécurité suivantes doivent être suivies :

- personne ne doit toucher au patient lors de l'administration du choc;
- si le patient se trouve dans une flaque ou un bassin d'eau, il doit d'abord être déplacé sur une surface sèche.

Dans les situations suivantes, il n'y a aucun danger pour l'intervenant qui ne touche pas directement le patient :

- patient mouillé, mais retiré de l'eau et intervenant non en contact direct avec l'eau;
- patient sur la civière de l'ambulance;
- patient sur une surface métallique;
- patient sur la neige, car elle n'est pas un bon conducteur;
- patient allongé sur un plancher d'avion.

3.2 LE DEA DE LA SQ : LE FRX DE LA COMPAGNIE PHILIPS

Le défibrillateur externe automatisé retenu pour utilisation par les patrouilleurs de la Sûreté du Québec est le FRx de Philips.

C'est un appareil léger (3.5 livres), compact (6 X 18 X 22 cm), robuste et facile d'utilisation.



Figure 1

Les éléments suivants sont à retenir :

BOUTONS

Bouton vert (1) : bouton marche/arrêt; Flèche noire;

En appuyant sur le bouton vert, on met en marche l'appareil. Une fois allumé, pour l'éteindre, on appuie à nouveau sur le bouton vert, mais il faut le maintenir enfoncé pendant plus d'une seconde.

Bouton bleu i (2) : bouton information Flèche blanche;

Suite à la première analyse, l'appareil recommandera de débiter la RCR. Il faut appuyer sur le bouton i pour mettre en marche les directives de RCR et le métronome.

Bouton orange ⚡ (3) : bouton choc Flèche grise.

Lorsque l'appareil recommande un choc, le bouton orange s'allume lorsque l'appareil est prêt à administrer le choc. Il suffit d'appuyer sur ce bouton pour délivrer le choc. Il est important de s'assurer que personne ne touche à la victime à ce moment.

AUTO-VÉRIFICATION

Le FRx effectue de nombreux autotests pour assurer qu'il est fonctionnel. Au-dessus du bouton marche arrêt, se trouve une petite lumière verte. Lorsque celle-ci clignote, elle indique que l'appareil, la batterie et les électrodes sont fonctionnels. Si la lumière ne clignote pas, l'appareil présente un problème qui doit être identifié. En appuyant sur le bouton i, le défaut de fonctionnement sera identifié.

IMAGE CENTRALE

L'image au centre de l'appareil illustre le positionnement requis des électrodes de défibrillation sur le thorax du patient.

BATTERIE

La batterie est placée derrière; sa durée est de 4 ans ou de 200 chocs.

ACCESSOIRES PÉDIATRIQUES

Pour les enfants de moins de 25 kg, les mêmes électrodes sont utilisées en position différente (Voir figure 2). La clé pédiatrique (Voir figure 2) doit être insérée dans la fente du défibrillateur (en haut au centre; double flèche) pour permettre à l'appareil de modifier ses paramètres pour réduire les niveaux d'énergie délivrés.



Figure 2

L'ENREGISTREMENT DES DONNÉES

Le FRx ne comporte pas de module d'enregistrement de voix. Mais il enregistre les données de l'intervention : heures, actions (analyses, chocs, etc.). Ces données permettent notamment d'identifier le rythme initial du patient, information requise pour les statistiques de réanimation des services préhospitaliers d'urgence.

4 LES PROTOCOLES DE RÉANIMATION

4.1 PROTOCOLE D'APPROCHE CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE

Le protocole d'approche préhospitalière couvre les préoccupations générales d'évaluation de la scène, incluant la sécurité, le besoin de ressources supplémentaires et de prévention des infections et permet de diriger l'intervenant vers le bon protocole et les bonnes actions.

Cette section se veut un rappel de concepts déjà connus des policiers.

4.1.1 Sécurité

Même lors d'une intervention d'ACR, le policier doit s'assurer que la scène est sécuritaire avant d'y entrer et d'intervenir.

La sécurité des intervenants est primordiale; elle doit être prioritaire sur tout autre aspect. Si le policier n'assure pas sa propre sécurité lors d'une intervention, en se mettant à risque, il met aussi à risque le patient et les autres intervenants.

Dans les cas où les risques ne peuvent être sécuritairement contrôlés par les policiers, **ceux-ci devront se retirer immédiatement**. L'intervention auprès du patient sera retardée jusqu'au moment où il sera sécuritaire pour les policiers et TAP d'intervenir. Quelquefois, il peut être très difficile de NE PAS intervenir de façon immédiate suite à l'insistance des parents, témoins ou autres intervenants, mais cette décision peut être déterminante au bon déroulement de l'intervention.

INCENDIE, EXPLOSION

Dans le cas d'un début d'incendie sans risque d'explosion, le policier peut tenter d'éteindre le feu avec un extincteur après avoir demandé du renfort du service des incendies. Autrement, l'équipe se retire à une distance sécuritaire en attendant l'arrivée des pompiers.

VÉHICULE OU ESPACE DE TRAVAIL INSTABLE OU NON SÉCURITAIRE

Lors d'une collision, il est possible que le patient se trouve à bord d'un véhicule qui risque de tomber ou de basculer. Il faut assurer la stabilité du véhicule où prend place le patient avant d'aller à son chevet. Encore, il est quelquefois possible de stabiliser rapidement la situation à l'aide de techniques simples, mais généralement, il faudra attendre l'arrivée des pompiers qui pourront assurer la stabilité du véhicule.

L'électrification est un autre type de risque qui se doit d'être contrôlé avant que les policiers puissent intervenir. Une équipe d'urgence d'Hydro-Québec peut avoir à être dépêchée sur place, ou possiblement les électriciens de l'industrie où se déroule l'intervention.

MATIÈRES DANGEREUSES

Il n'est pas nécessaire que chacun d'entre vous devienne un expert en matières dangereuses, mais il est important que vous sachiez reconnaître que la situation implique des matières dangereuses. Les véhicules qui transportent des matières dangereuses portent des placards qui indiquent la ou les matières transportées. Dans ces cas, il faut faire référence au GUIDE DE MESURES D'URGENCE disponible pour identification de la substance et des mesures à prendre ou aux autorités compétentes (pompiers, intervenants de l'usine, etc.).



La décontamination est une responsabilité du service des incendies. De façon générale, la décontamination d'urgence (grossière) consiste à déshabiller complètement le patient et laver la partie exposée à grande eau. Il faut porter attention de ne pas permettre aux eaux usées de contaminer à nouveau le patient, une partie saine, un autre patient ou un intervenant.

AGRESSION

La rencontre de patients physiquement agressifs dans le contexte médical préhospitalier est une situation peu courante, mais potentiellement explosive. Le patient peut être affecté par une condition médicale qui le rend ainsi ou simplement être en situation de crise psychosociale.

Les conditions médicales les plus communément rencontrées dans le contexte d'agressivité sont :

- Intoxications – alcool, stimulants, cocaïne, speed, ecstasy, PCP;
- Troubles métaboliques – hypoglycémie (diabète), hyponatrémie;
- Traumatismes crâniens;
- Délire agité, psychoses et autres maladies psychiatriques.

Par contre, de façon générale, une approche bien planifiée permet de désamorcer la situation. Les éléments suivants sont la clé de la réussite d'une telle intervention, aussi appelée pacification :

- Langage non verbal ouvert;
- Ton de voix calme, posé et uniforme;
- Langage approprié;
- Attitude rassurante;
- Attitude qui démontre un intérêt envers le patient;
- Attitude qui démontre une compréhension du patient;
- Attitude qui démontre le contrôle de soi;
- Approche qui apporte un potentiel de soulagement, d'aide;
- Analyse et planification de l'espace d'intervention.

N'oubliez pas que lors de toute intervention, même en présence des cas les plus bénins (patient de 75 ans avec douleur thoracique), vous pouvez faire face à une personne en état de crise qui démontre de l'agressivité. C'est souvent au moment où on s'y attend le moins que le coup survient.

Lorsque possible, dans le cas d'arrêt cardiorespiratoire où une problématique de sécurité est présente, s'il y a plusieurs policiers sur les lieux, un policier assure la sécurité tandis que l'autre débute la réanimation.

4.1.2 Nombre de patients

Lors d'un événement avec de multiples patients à traiter, il est important, **avant** d'évaluer de façon individuelle chacun d'entre eux, de se faire une idée du nombre total de patients ou de blessés.

Pour que l'intervention puisse se dérouler efficacement, il sera nécessaire de demander rapidement les ressources ambulancières supplémentaires.

4.1.3 Espace de travail

Contrairement au milieu hospitalier, l'environnement dans lequel le policier doit travailler n'est pas un milieu contrôlé. Lorsqu'il arrive sur la scène, un des éléments à évaluer est la capacité de donner les soins requis à l'endroit précis où le ou les patients se trouvent.

Cette évaluation est dynamique et doit être faite en fonction des soins à prodiguer. Par exemple, **dans le cas d'un ACR, s'il est possible de faire une première analyse et défibrillation en position trouvée, le patient ne doit pas être déplacé de façon immédiate**, l'efficacité de la défibrillation étant chrono dépendante.

Par exemple, il serait trop difficile de déplacer le patient de 350 livres qui est trouvé assis en arrêt respiratoire sur la toilette vers le salon. Dans ce cas, il vaut mieux installer les électrodes de défibrillation sur le patient en position trouvée assise et donner le premier choc ainsi.

Par contre, après que la première analyse est faite et le choc est donné lorsque recommandé, s'il est impossible de masser le patient dans la position trouvée, il faudra déplacer le patient pour permettre de faciliter le travail, et donc, d'améliorer les chances de réussite de la technique.

Il est aussi approprié de déplacer les objets au lieu de déplacer le patient lorsque c'est plus facile et plus rapide.

4.1.4 Information des témoins

Pour assurer la continuité des soins, il importe de colliger les informations obtenues des premiers intervenants ainsi que les actions qu'ils ont posées : présence/absence de pouls ou de respiration à leur arrivée, heure de l'ACR, heure de début de la RCR, nombre de défibrillations administrées; médicaments, nom et dosage administré, heure d'administration, etc.

4.1.5 Prévention des infections

Ce point a déjà été traité au point 2.2.1.

4.2 PATIENT VIVANT À L'ARRIVÉE DES POLICIERS

Comme expliqué précédemment, les policiers, même si uniquement affectés sur des appels DEA (où la chance de trouver le patient en ACR est élevée) se trouveront face à face avec un nombre de patients vivants à leur arrivée.

DANS CES CAS, IL NE FAUT PAS INSTALLER LE DEA.

Voici ce qu'il faut faire. Les gestes à poser sont simples dans ces cas.

4.2.1 Patient conscient

Si le patient est conscient, les étapes suivantes doivent être suivies :

- Positionner en position de confort;
Le patient avec difficulté à respirer devrait être gardé assis.
- Quantifier son pouls et sa respiration;
Sur 1 minute. S'il respire à une fréquence inférieure à 8/min, débiter l'assistance respiratoire avec le masque de poche (1 respiration toutes les 6 sec.).
- Obtenez toutes les informations pertinentes à la situation clinique présente;
Demander ce qui s'est passé.
- Demander aux proches de sortir les médicaments et cartes du patient;
Incluant l'insuline si pertinent, et cartes d'assurance maladie et d'hôpital.
- Rassurer le patient;
«Les (premiers répondants et) TAP sont en direction.»

4.2.2 Patient inconscient

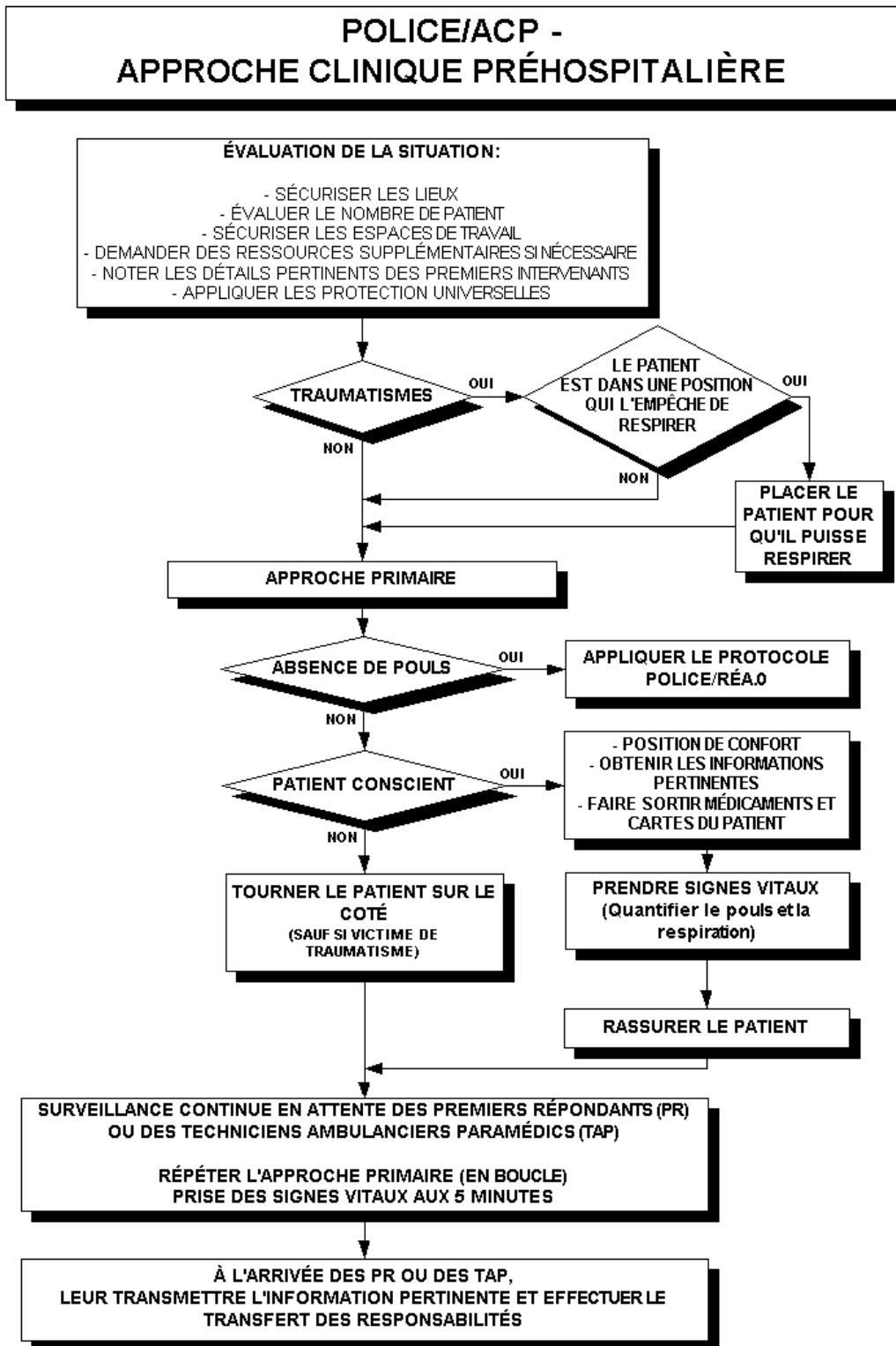
S'il est CERTAIN que le patient présente un pouls, mais est inconscient, les étapes suivantes doivent être suivies :

- Positionner couché sur le côté;
Ceci évitera que le patient s'étouffe avec ses sécrétions, vomissements.
- Surveiller la présence du pouls carotidien (cou)² et de la respiration;
À toutes les minutes. S'il respire à une fréquence inférieure à 8/min, débiter l'assistance respiratoire avec le masque de poche (il faudra remettre le patient sur le dos). Si le policier a un doute que le pouls a disparu, il doit intervenir et débiter la réanimation.
- Obtenez toutes les informations pertinentes à la situation clinique présente;
Demander ce qui s'est passé.
- Demander aux proches de sortir les médicaments et cartes du patient;
Incluant l'insuline si pertinent, et cartes d'assurance maladie et d'hôpital.

Le protocole d'approche clinique préhospitalière est présenté dans les pages qui suivent.

² Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., chapitre S-6.2) – Annexe A

POLICE/ACP – APPROCHE CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE



POLICE/ACP**POLICE/ACP APPROCHE CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE**

Dès qu'un patient présente une atteinte des fonctions vitales (approche primaire ou signes vitaux), procéder immédiatement à l'intervention appropriée.

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 escapes de travail;
- d) Demander les ressources supplémentaires nécessaires;
- e) Noter tous les détails pertinents sur l'intervention des premiers intervenants;
- f) Appliquer les protections universelles.

2. Si traumatisme, assurez-vous que le patient est dans une position permettant la respiration, autrement ne pas bouger la victime.**3. Approche 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 (échelle AVPU) |

4. S'il y a un doute que le patient ne présente pas de pouls carotidien, se référer à POLICE/RÉA.0**5. Si le patient est inconscient, le tourner sur le côté, sauf s'il est traumatisé, se référer au point 2.****6. Si le patient est conscient :**

- a) Placer en position de confort;
- b) Prendre les signes vitaux : quantifier le pouls et la respiration;
- c) Obtenez toutes les informations pertinentes à la situation clinique présente;
- d) Demander aux proches de sortir les médicaments et cartes du patient;
- e) Rassurer le patient.

7. Surveillance continue en attente des premiers répondants ou des techniciens ambulanciers paramédics :

Répéter l'approche primaire;

Prise de signes vitaux aux cinq minutes.

8. À l'arrivée des premiers répondants ou techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

Toute la section présente fait abstraction des indications de ne pas débiter la réanimation. Ces concepts seront traités dans le chapitre suivant.

4.3 PATIENT EN ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE

Lorsque le policier arrive au chevet de la victime et constate qu'elle est inconsciente, il la tourne sur le dos au besoin, et **prend le pouls carotidien** pour une durée maximale de 10 secondes. S'il constate qu'il **n'y a pas de présence d'un POULS CERTAIN, il débute la RCR sans délai** et demande à son collègue d'ouvrir le DEA, si ceci n'est pas déjà fait, et **d'installer les électrodes de défibrillation immédiatement.**

S'il est seul, il installe le DEA sans initier la RCR, et il suit ensuite ses instructions.

4.3.1 Protocole RÉA.0/Police – Adulte

Le protocole RÉA. 0 est un protocole qui aide le policier à se diriger vers les bons gestes à poser, vers le bon protocole.

4.3.2 Protocole RÉA.1/Police – Adulte

Le protocole de réanimation adulte se résume ainsi :

Une première analyse suivie d'un choc au besoin, qui alterne avec une séquence de RCR de 2 minutes. Cette séquence se répète ainsi jusqu'à ce que les PR ou TAP prennent charge de l'intervention.

Lorsque le patient présente des signes de vie (bouge, tousse, respire normalement), le policier doit faire une prise de pouls carotidien. S'il est certain de sa présence, il se doit d'évaluer la respiration, sa présence et fréquence pour décider si une assistance respiratoire est nécessaire.

Quant à l'utilisation du DEA, les consignes à suivre sont les suivantes :

- Lorsqu'une victime redevient consciente à « Alerte » ou « Verbal » suite à un ACR, nous vous demandons d'éteindre le DEA tout en laissant les électrodes de défibrillation branchées au patient.

Cette façon de faire limitera les risques que le DEA recommande un choc à un patient qui n'en nécessite pas et limitera la pollution sonore produite par le DEA.

Si un nouvel ACR survient, vous n'avez qu'à rallumer l'appareil qui se mettra immédiatement en mode analyse du rythme cardiaque.

- Pour les patients qui auront un retour de pouls mais qui demeurent inconscients à « Pain » ou « Unresponsive », vous devez laisser le DEA allumé et assurer une vérification constante du pouls carotidien.

Le protocole est identique chez le patient traumatisé sauf pour la technique d'ouverture des voies respiratoires qui doit être utilisée, la « subluxation de la mâchoire (Jaw thrust) », technique qui prévient la mobilisation de la colonne cervicale. Par contre, l'utilité de la défibrillation chez le patient traumatisé est très restreinte. Occasionnellement, le patient aura subi un arrêt cardiaque d'origine

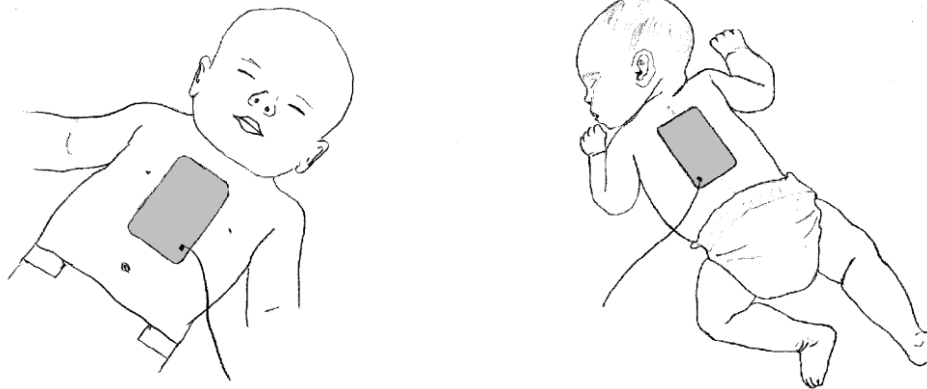
cardiaque au volant de sa voiture et aura subi un traumatisme mineur. Ces patients pourraient bénéficier d'une défibrillation.

4.3.3 Protocole RÉA.2/Police – Enfant

On se rappellera que les patients à inclure dans le protocole pédiatrique sont les bébés et enfants sans signe de puberté.

Le protocole pédiatrique est à la base le même que le protocole adulte avec les spécificités suivantes :

- La première analyse ne doit pas être faite immédiatement à l'arrivée. Deux minutes de RCR doivent être faites initialement. Ceci implique que le défibrillateur doit être branché après deux minutes de RCR initiale; par contre, ces deux minutes de RCR ne sont pas requises lorsque le patient pédiatrique tombe en ACR devant le policier.
- Pour la majorité des appareils DEA, des électrodes pédiatriques avec réducteur d'énergie sont disponibles et doivent être utilisées chez les bébés et les enfants de moins de 25 kg; si des électrodes pédiatriques ne sont pas disponibles, on peut utiliser les électrodes adultes en mode antéro-postérieur. Dans ce cas, une électrode est placée en avant sur le thorax et l'autre en arrière dans le haut du dos.
- Avec le FRx de Philips, des électrodes pédiatriques ne sont pas disponibles. Les électrodes adultes sont utilisées en position antéro-postérieure. Une «clé pédiatrique» doit être insérée dans l'appareil. Cette dernière modifie le fonctionnement de l'appareil pour s'adapter aux besoins spécifique de cette clientèle.



- Les enfants inconscients avec un pouls inférieur à 60/min doivent être considérés comme en ACR et la RCR doit être débutée; le DEA ne doit pas être installé tant et aussi longtemps que l'enfant présente un pouls.

GÉNÉRALITÉS SUR LES SITUATIONS DE RÉANIMATION

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

Arrivée au chevet

Le défibrillateur externe automatisé (DEA) doit être ouvert dès que l'ACR est suspecté, à la vue du patient.

Ventilation

La ventilation du patient en arrêt cardiorespiratoire doit être faite au masque de poche sauf si contre-indication en lien avec la sécurité des intervenants (ex : intoxication au cyanure, intoxication par inhalation de substance toxique ou maladie respiratoire sévère – MRS); dans ces situations, seul le massage cardiaque doit être fait.

Prise de pouls

LE POLICIER DOIT ÊTRE CERTAIN QU'IL PERÇOIT UN POULS CAROTIDIEN 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.

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

Analyse et défibrillation

Certains défibrillateurs procèdent à l'analyse du rythme cardiaque aussitôt que les électrodes sont apposées sur le thorax du patient tandis que d'autres nécessitent que le policier appuie sur un bouton pour que l'appareil analyse le rythme cardiaque. Ainsi, pour les défibrillateurs nécessitant d'appuyer sur un bouton pour débiter la première analyse, les électrodes peuvent être appliquées durant la confirmation de l'ACR et pendant que le massage est effectué alors que pour ceux ne nécessitant pas d'appuyer sur un bouton d'analyse pour débiter la première analyse (l'analyse s'effectue dès l'installation des électrodes de défibrillation), il faut attendre la confirmation d'un arrêt cardiorespiratoire pour appliquer ces électrodes.

Massage cardiaque

Lors de la RCR (entre deux analyses) avec un DEA qui analyse automatiquement le rythme cardiaque à toutes les deux minutes, le policier doit alterner les compressions thoraciques et les ventilations selon les normes de la Fondation des Maladies du Cœur et de l'AVC (FMCA). Dès qu'une commande vocale demande de cesser les manœuvres ou de ne plus toucher le patient, cesser immédiatement la RCR.

Lors de la RCR (entre deux analyses) avec un DEA qui analyse le rythme cardiaque seulement lorsque le policier appuie sur un bouton d'analyse, alterner les compressions thoraciques et les ventilations selon les normes de la Fondation des Maladies du Cœur et de l'AVC (FMCA). Cependant, terminer par des compressions thoraciques.

Après chaque analyse, effectuer un changement de policier au massage lorsque possible.

GÉNÉRALITÉS SUR LES SITUATIONS DE RÉANIMATION (suite)

Transfert de responsabilité

Le policier ne doit jamais cesser les manœuvres de réanimation tant que les premiers répondants ou techniciens ambulanciers paramédics ne sont pas prêts à prendre en charge l'intervention.

Renseignements requis :

Circonstances de l'évènement.

Présence de témoin de l'ACR (vu ou entendu tomber).

Heure approximative de l'ACR.

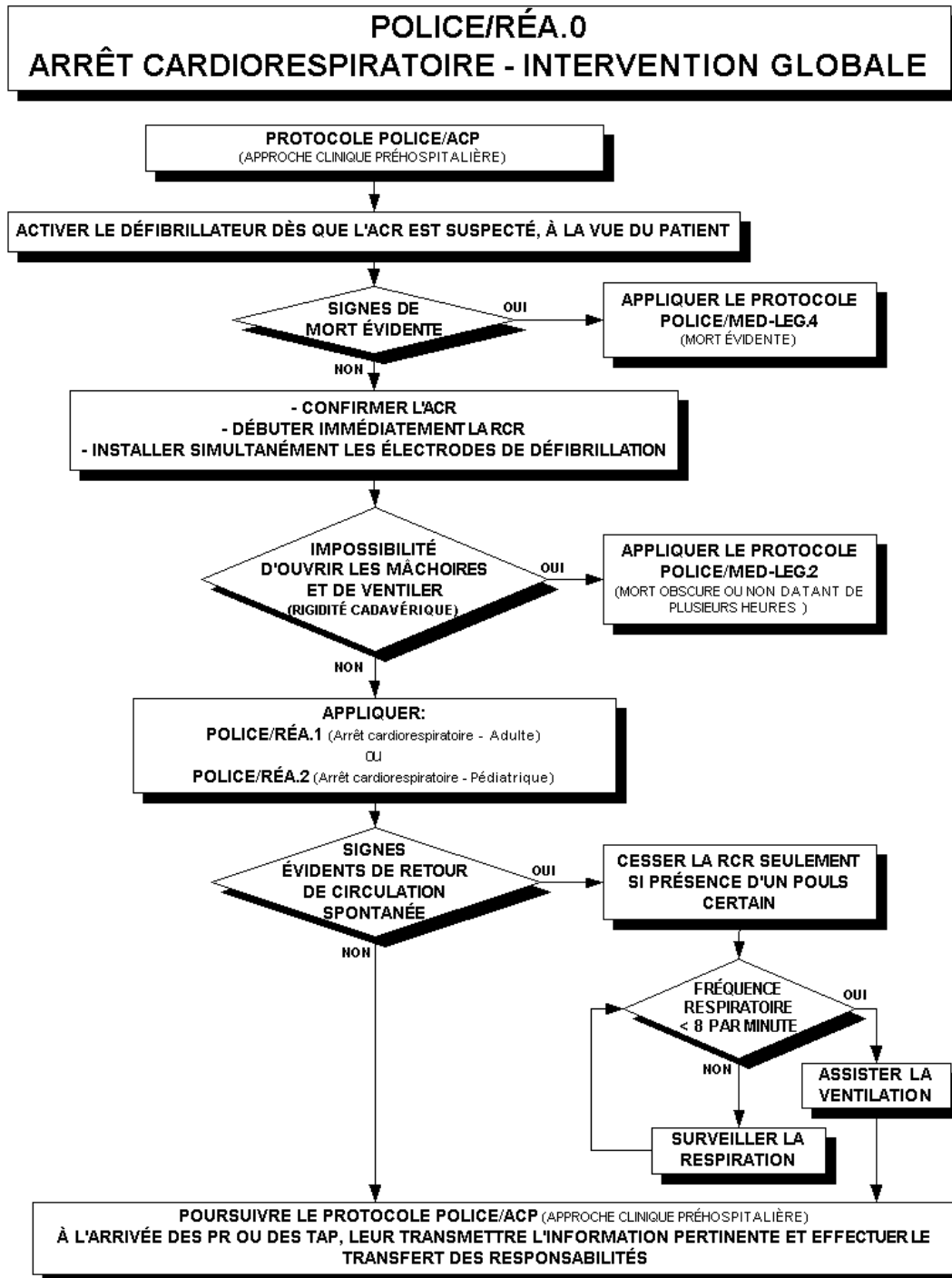
Dernière fois vu ou entendu vivant.

RCR débutée ou non par un premier intervenant avant l'arrivée des policiers.

Heure approximative du début de la RCR par les témoins et les policiers.

Si premier intervenant-DEA sur place, nombre de chocs donnés avant l'arrivée des policiers.

POLICE/RÉA.0 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE – INTERVENTION GLOBALE



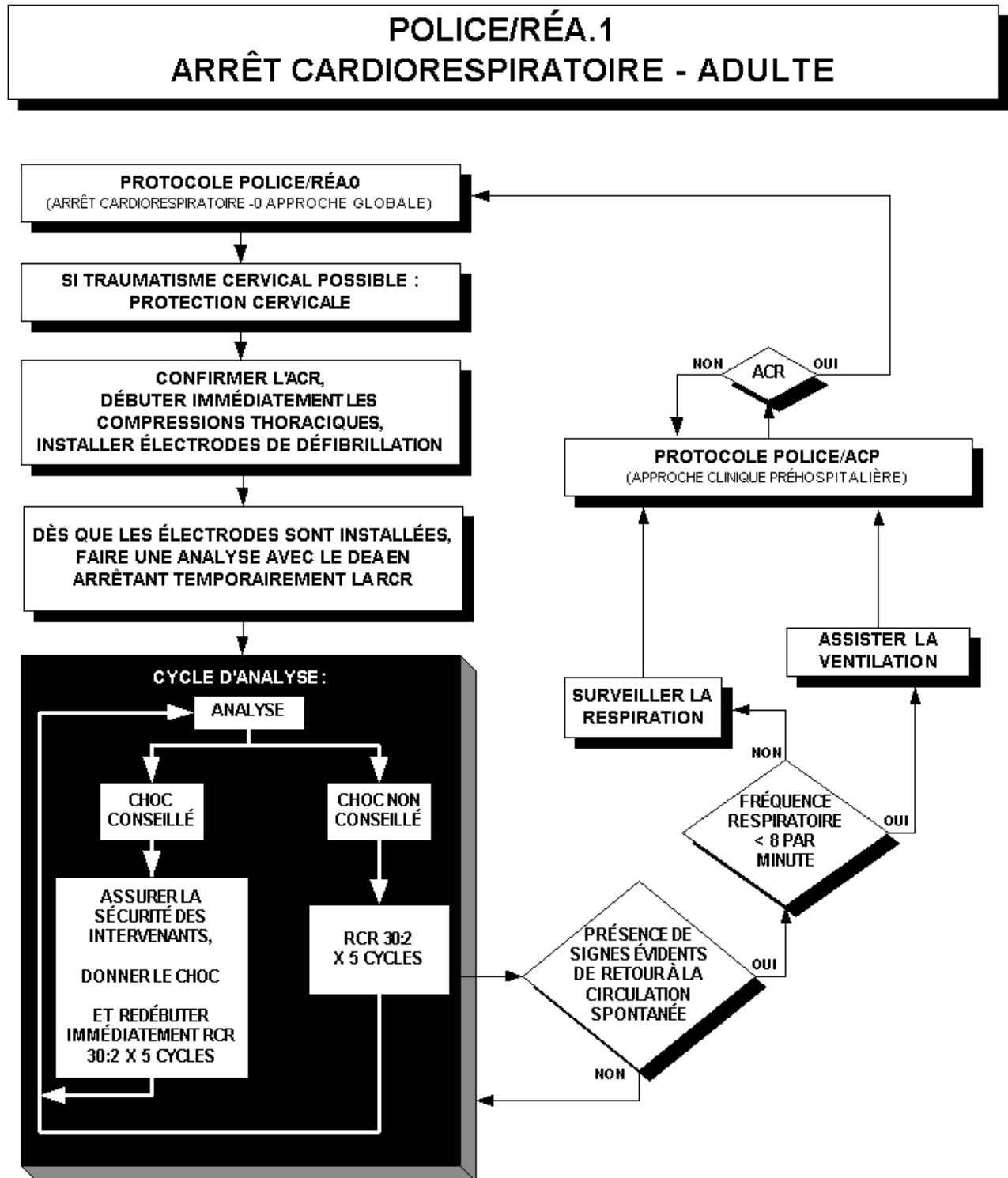
POLICE/RÉA.0**POLICE/RÉA.0 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE – INTERVENTION GLOBALE**

- 1. Se référer au protocole Police/ACP (Approche clinique préhospitalière);**
- 2. Activer le défibrillateur dès que l'ACR est suspecté, à la vue du patient;**
- 3. En présence de signes de mort évidente, se référer au protocole POLICE/MED-LEG.4 (Mort évidente);**
- 4. Confirmer l'ACR et débiter immédiatement la RCR et procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation;**
- 5. En présence d'une impossibilité d'ouvrir les mâchoires et de ventiler en raison d'une rigidité cadavérique, se référer au protocole POLICE/MED-LEG.2 (Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable (Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures);**
- 6. Débiter les manœuvres de réanimation et appliquer le protocole de réanimation approprié :**
POLICE/RÉA.1 (Arrêt cardiorespiratoire - Adulte);
POLICE/RÉA.2 (Arrêt cardiorespiratoire - Pédiatrique).
- 7. En présence des signes évidents de retour de circulation spontanée cesser la RCR et effectuer une prise de pouls pour le confirmer. Cesser la réanimation que s'il y a présence d'un POULS CERTAIN;**
- 8. Si la fréquence respiratoire chez l'adulte est < 8/min, assister la ventilation;**
- 9. Si la fréquence respiratoire chez l'adulte est > 8/min, surveiller la respiration;**
- 10. Poursuivre le protocole police/ACP (Approche clinique préhospitalière);**
- 11. À l'arrivée des premiers répondants ou techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilité.**

Remarque

Chez le patient pédiatrique, la ventilation doit être assistée lorsqu'elle est jugée inadéquate en fonction de la fréquence, de l'amplitude et de son efficacité.

POLICE/RÉA.1 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE - ADULTE



POLICE/RÉA.1**POLICE/RÉA.1 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE - ADULTE****Critères d'inclusion :**

Tout arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale ou traumatique chez le patient adulte (avec présence de signes de puberté).

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

Critères d'exclusion :

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

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

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

1. **Se référer au protocole POLICE/RÉA.0 (Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale).**
2. **Si traumatisme présent ou suspecté, appliquer une protection cervicale et les techniques d'ouverture des voies respiratoires respectant la position neutre.**
3. **Confirmer l'ACR, débiter immédiatement les compressions thoraciques (sans ventilation) et procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation.**
4. **Dès que les électrodes sont installés, procéder à l'analyse et cesser la RCR :**

Si « Choc non conseillé » : débiter immédiatement la RCR 30:2 pour 5 cycles (approximativement deux minutes).

Si « Choc conseillé » : Assurer la sécurité des intervenants. Une fois la charge complétée, donner le choc et débiter immédiatement la RCR 30:2 pour 5 cycles (approximativement deux minutes).

5. **Répéter l'étape 4 jusqu'à ce que le patient présente des signes évidents de retour de circulation spontanée (bouge, tousse, respire, etc.) ou jusqu'à ce que les premiers répondants ou les techniciens ambulanciers paramédics prennent charge du patient :**

Si présence de signes évidents de retour à une circulation spontanée et présence de pouls certain : appliquer le protocole POLICE/RÉA.0 (Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale) :

- Si la fréquence respiratoire > 8/minute : surveiller la respiration ;
- Si la fréquence respiratoire < 8/min, assister la ventilation.

Lorsque les premiers répondants ou les techniciens ambulanciers paramédics sont prêts à prendre charge du patient, suivre leurs consignes attentivement.

6. **À l'arrivée des premiers répondants ou les techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**

POLICE/RÉA.1**POLICE/RÉA.1 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE D'ORIGINE MÉDICALE – ADULTE (suite)****Remarques :**

Ventilation :

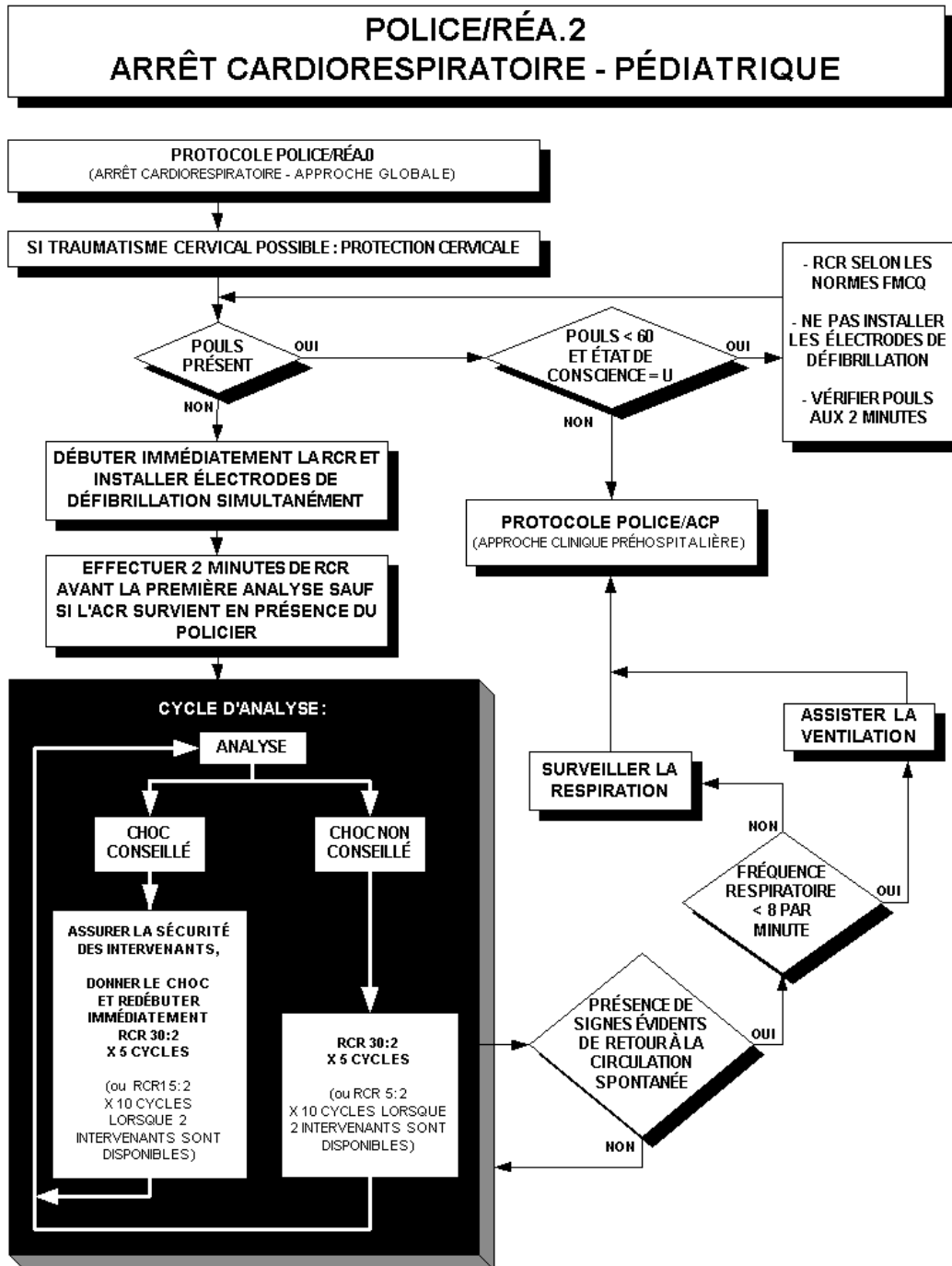
Lorsqu'une obstruction des voies respiratoires supérieures est identifiée et qu'il y a absence de pouls, il est indiqué de procéder au protocole POLICE/RÉA.1

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

Spécificité obstétrique :

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 (de la patiente).

POLICE/RÉA. 2 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE – PÉDIATRIE (0 À LA PUBERTÉ)



POLICE/RÉA.2**POLICE/RÉA.2 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE PÉDIATRIE (0 À LA PUBERTÉ)****Critères d'inclusion :**

Tout arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale ou traumatique (Incluant les situations où le pouls est < 60/min et l'état d'éveil – échelle AVPU – est à U) chez le patient pédiatrique (absence de signe de puberté).

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

Critères d'exclusion :

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

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

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

1. Se référer au protocole POLICE/RÉA.0 (Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale).**2. Si traumatisme présent ou suspecté, appliquer une protection cervicale et les techniques d'ouvertures des voies respiratoires respectant la position neutre.****3. Confirmer l'ACR :**

- a) Pour les enfants avec un pouls palpable < 60/minute et dont l'état d'éveil (sur l'échelle AVPU) est à U, débiter la RCR selon les normes de la Fondation des Maladies du Cœur du Québec. Ne pas installer les électrodes de défibrillation. Reprendre le pouls à toutes les 2 minutes. Si le pouls disparaît, appliquer l'étape 3 b), si non passer ensuite à l'étape 6.
- b) Pour les enfants qui sont sans pouls, débiter immédiatement la RCR et procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation et passer à l'étape suivante.

4. Effectuer 2 minutes de RCR (avant la première analyse) sauf si l'ACR survient en présence du policier. Dans cette situation, procéder immédiatement à l'étape suivante.**5. Procéder à l'analyse :**

Si « Choc non conseillé » : procéder à la RCR 30:2 pour 5 cycles ou 15:2 pour 10 cycles lorsque deux intervenants sont disponibles (approximativement 2 minutes).

Si « Choc conseillé » : assurer la sécurité des intervenants. Une fois la charge complétée, donner le choc et débiter immédiatement la RCR 30:2 pour 5 cycles ou 15:2 pour 10 cycles lorsque deux intervenants sont disponibles (approximativement 2 minutes).

POLICE/RÉA.2**POLICE/RÉA.2 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE PÉDIATRIE (0 À LA PUBERTÉ) (suite)**

6. Répéter l'étape 5 jusqu'à ce que le patient présente des signes évidents de retour à une circulation spontanée (bouge, touse, respire, etc.) ou jusqu'à ce que les premiers répondants ou les techniciens ambulanciers paramédics prennent charge du patient.

- a) Si présence de signes évidents de retour à une circulation spontanée et présence de pouls certain : appliquer le protocole POLICE/RÉA.0 (Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale) :
- Si la fréquence respiratoire > 8/minute : surveiller la respiration ;
 - Si la fréquence respiratoire < 8/min, assister la ventilation.

Lorsque les premiers répondants ou les techniciens ambulanciers paramédics sont prêts à prendre charge du patient, suivre leurs consignes attentivement.

7. Poursuivre le protocole POLICE/RÉA.0 (Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale).

8. À l'arrivée des premiers répondants ou les techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités

Remarque :

Population cible :

Le protocole de réanimation pédiatrique inclut les bébés et les enfants sans signe de puberté. Les nouveau-nés (naissance ad sortie de l'hôpital) sont exclus.

Ventilation :

Lorsqu'une obstruction des voies respiratoires supérieures est identifiée et qu'il y a absence de pouls, il est indiqué de procéder au protocole POLICE/RÉA.2. Lors de présence de traumatisme, s'il est impossible de ventiler adéquatement en ouvrant les voies respiratoires avec les techniques respectant la position neutre, il est acceptable de faire une bascule de la tête.

Spécificités pédiatriques :

La RCR, pour une période approximative de deux minutes par séquence, s'effectue chez les enfants avec un ratio de 15:2 pour 10 cycles lorsque deux intervenants sont disponibles pour effectuer le RCR. Lorsqu'un seul intervenant est disponible, la RCR s'effectue pour une période approximative de deux minutes par séquence, avec un ratio de 30:2 pour 5 cycles.

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

4.4 PATIENT RÉANIMÉ

Lorsque le patient est réanimé, le policier se dirige à nouveau vers le protocole ACP. Les priorités sont :

1. **Être certain de la présence du pouls;**
2. **Évaluer la respiration :**
 - Si aucune respiration ou respire < 8/min : assister la ventilation (1 respiration à toutes les 6 sec.);
 - Si respire > 8/min : surveiller le pouls et la respiration à toutes les minutes.

4.4.1 Conscient (réassurance, oxygène)

Si le patient est tombé en ACR devant vous et qu'il est réanimé après un seul choc, il est probable qu'il se réveille et vous parle rapidement. Le patient peut présenter l'état suivant :

- Alerte et orienté;
- Confus et agité;
- Conscient et se plaint de douleur au thorax;
- Pose des questions quant à ce qui s'est passé, quelques fois de façon répétée.

4.4.2 Inconscient (vomissements)

Si le patient est tombé en ACR bien avant votre arrivée ou qu'il est réanimé après une longue réanimation, il est probable qu'il ne se réveille pas immédiatement. C'est dans ce cas que l'évaluation de la présence du pouls et de la respiration est cruciale lorsque le policier observe des signes de vie possibles : bouge, tousse, respire, fait des efforts de vomissements.

De plus, pour tout patient qui demeure inconscient, il est requis de le tourner sur le côté (position latérale de sécurité), pour qu'il vous fasse face durant la période de surveillance en attendant les SPU.

4.5 TRANSFERT DE RESPONSABILITÉ AUX AUTRES INTERVENANTS

À partir du moment de l'arrivée des premiers répondants ou des TAP, ceux-ci deviennent responsables de l'intervention. Les policiers, dans ce cadre agissent sous leur direction. L'arrivée d'une équipe d'intervenants des SPU ne termine pas de façon automatique l'intervention des policiers. Leur support est souvent requis pour une période de transition et quelques fois pour un support au déplacement du patient.

4.6 PRÉSENCE D'UN MÉDECIN SUR PLACE

En tout temps, un médecin sur place, évidemment, un médecin avec un permis de pratique valide au Québec, peut, s'il le désire, prendre en charge les soins au patient. S'il choisit de prendre en charge le patient, ceci implique qu'il doit accompagner le patient jusqu'au centre hospitalier. Le nom du médecin et son numéro de pratique devront être consignés au dossier.

4.6.1 Constat de décès

Un médecin possédant un permis de pratique valide au Québec peut en tout temps déclarer un décès lorsqu'il est présent sur les lieux. Il doit alors en rédiger le constat en produisant un document écrit à cet effet.

Il n'est pas nécessaire qu'il remplisse un formulaire SP3, mais bien qu'il dresse un constat de décès; celui-ci n'a pas besoin d'être rédigé sur un formulaire spécifique. Le constat de décès doit contenir les informations suivantes :

- Nom et prénom du défunt;
- Sexe du défunt;
- Lieux du décès;
- Date et heure du décès.

À cet égard, l'article 122 du CODE CIVIL DU QUÉBEC spécifie ceci :

« 122. Le médecin qui constate un décès en dresse le constat. Il remet un exemplaire à celui qui est tenu de déclarer le décès. Un autre exemplaire est transmis, sans délai, au directeur de l'état civil par le médecin ou par le directeur de funérailles qui prend charge du corps du défunt, avec la déclaration de décès, à moins que celle-ci ne puisse être transmise immédiatement. »

Le permis de pratique d'un médecin québécois a la présentation suivante :



5 LES PROTOCOLES DE NON-REANIMATION

Dans certaines situations, il n'est pas approprié de débiter les manœuvres de réanimation. Ces cas sont divisés en 3 catégories :

- Situation de mort évidente ;
- Situations d'impossibilité d'effectuer la réanimation ;
- Situation de refus de soins de la part des représentants du patient.

Voyons en détails chacune de ces catégories.

5.1 PROTOCOLE MED-LEG.4/POLICE – MORT ÉVIDENTE

La mort évidente est définie dans le Règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents, (R.Q. c. R-0.2, r.1.00) dont la loi habilitante est la Loi sur la Recherche des causes et des circonstances des décès, (L.R.Q. c. R- 0.2).

Ce règlement définit neuf situations où il n'est pas nécessaire pour un médecin d'effectuer un constat de décès, les services policiers peuvent dresser ce dernier. Dans ces circonstances, il serait donc plus qu'inapproprié de débiter les manœuvres de réanimation.

Les neuf situations sont :

- Ossements;
- Décapitation;
- Sectionnement complet du corps;
- Compression totale du crâne;
- Évidement du crâne;
- Putréfaction avancée;
- Adipocire;
- Momification;
- Calcination.

Le protocole applicable est présenté à la page suivante.

POLICE/MED-LEG.4**POLICE/MED-LEG.4 MORT ÉVIDENTE**

- 1. Se référer au protocole POLICE/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
- 2. Théoriquement, les services préhospitaliers ne devraient pas être appelés si la personne décédée présente une des caractéristiques suivantes :**
 - Ossements;
 - Décapitation;
 - Sectionnement complet du corps;
 - Compression totale du crâne;
 - Évidement du crâne;
 - Putréfaction avancée;
 - Adipocire;
 - Momification;
 - Calcination.
- 3. Ne pas faire de manœuvres de réanimation. L'utilisation du défibrillateur n'est pas applicable.**
- 4. Apporter le support à la famille, en attendant les premiers répondants ou techniciens ambulanciers paramédics lorsque ceux-ci sont en route.**
- 5. À l'arrivée des intervenants SPU, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**
- 6. Toutes situations problématiques liées à l'application de ce protocole doivent être soumises au supérieur immédiat pour avis au directeur médical pour suivi du dossier.**

5.2 PROTOCOLE MED-LEG. 2/POLICE – RÉANIMATION IMPRATICABLE

Dans d'autres circonstances, malgré qu'il ne s'agit pas d'une mort évidente en fonction du Règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents (R.Q. c. R-0.2, r.1.00), il n'est physiquement pas possible de débiter les manœuvres de réanimation, car le corps présente des signes de rigidité cadavérique.

La présence de rigidité cadavérique ne permet pas de générer une circulation sanguine de par le massage et ne permet pas non plus de ventiler le patient. L'intervenant qui ne peut donc pas en raison de la présence de rigidité cadavérique, ouvrir les voies respiratoires et ventiler son patient, fait face à une situation d'impossibilité de faire les manœuvres de réanimation. **Le protocole POLICE/MED.-LEG. 2 s'applique.**

Il est possible que le policier ait déjà débuté la réanimation et qu'il constate la présence de rigidité qu'après la première analyse. À ce moment, il se dirigera vers le protocole POLICE/MED.-LEG. 2.

Il est à noter qu'un patient peut présenter une rigidité qui n'est pas d'origine cadavérique ; certaines conditions cliniques peuvent générer une rigidité musculaire (Parkinson, maladies musculaires), ou une rigidité de la colonne cervicale (arthrose, arthrite) qui peut être méprise pour une rigidité cadavérique.

Il faut retenir que la rigidité cadavérique prend plusieurs heures avant de s'installer, et qu'elle est toujours précédée de lividités. Les lividités sont les décolorations bourgognes qui sont observées dans les parties du corps dépendantes; elles sont causées par l'accumulation de sang dans les parties dépendantes. Celles-ci apparaissent environ 30 minutes après l'arrêt de la circulation, donc avant la rigidité.

Lors de rigidité cadavérique, il faut donc documenter les lividités. **En absence de lividités, il faut remettre en question l'origine de la rigidité et considérer de débiter/poursuivre la réanimation.**

Le protocole applicable est présenté à la page suivante.

POLICE/MED-LEG.2**POLICE/MED-LEG.2 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE AVEC RÉANIMATION IMPRATICABLE (MORT OBSCURE OU NON, DATANT DE PLUSIEURS HEURES)**

1. **Se référer au protocole POLICE/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
2. **Mettre le défibrillateur sous tension dès l'arrivée sur les lieux de l'intervention.**
3. **Constater l'arrêt cardiorespiratoire :**

En présence de :

C = absence de pouls

ET

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

Ne faire aucune manœuvre de réanimation

4. **Si possibilité de ventiler le patient, se référer à POLICE/RÉA.0 (Intervention globale – Arrêt cardiorespiratoire).**
5. **Apporter le support à la famille, en attendant les intervenants SPU.**
6. **À l'arrivée des intervenants SPU, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**
7. **Toutes les situations problématiques liées à l'application de ce protocole, doivent être soumises au supérieur immédiat pour référence au directeur médical pour suivi du dossier.**

Remarque :

Dans plusieurs situations, le policier constatera la rigidité qu'après avoir initié le protocole POLICE/RÉA.1, avoir demandé une analyse et avoir administré 30 compressions.

5.3 PROTOCOLE MED-LEG. 3/POLICE – NON-INITIATION DE LA RÉANIMATION

Le Code Civil donne à chaque citoyen le droit de refuser les traitements qu'il ne désire pas recevoir. Lorsque celui-ci n'est plus dans une situation lui permettant de pouvoir exprimer ses désirs, l'inaptitude, cette même loi dicte qui, au nom du patient, peut prendre cette décision.

5.3.1 Représentant du patient

Le CODE CIVIL DU QUÉBEC, à l'article 15, identifie clairement les personnes qui peuvent donner un consentement lorsque le majeur est inapte :

«15. Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. »

De plus, le CODE CIVIL DU QUÉBEC spécifie que le substitut ou représentant doit, lorsqu'il prend sa décision, se baser sur ce qu'il croit que le patient aurait lui-même désiré.

« 12. Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester. S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère. »³

5.3.2 Respect du droit de refus

Plusieurs citoyens, même sans être dans une situation de maladie terminale, ont exprimé à leurs proches leur désir de ne pas être réanimé lors d'une situation d'ACR. Il ne faut donc pas se surprendre quand ceci surviendra, et cette directive doit être respectée, à moins d'évidence de suicide ou homicide.

5.3.3 Conjoint légal

Dans ce contexte, le conjoint légal est défini comme suit par la Loi d'interprétation (L.R.Q., chapitre I-16).

« 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. »

POLICE/MED-LEG.3**POLICE/MED-LEG.3 DIRECTIVES DE NON-INITIATION DE LA RÉANIMATION****Critères d'exclusion :**

Suicide et homicide

- 1. Se référer au protocole POLICE/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
- 2. Mettre le défibrillateur sous tension dès l'arrivée sur les lieux de l'intervention.**
- 3. Constater l'arrêt cardiorespiratoire : pour procéder au point 4, il doit y avoir absence de pouls et de respiration.**
- 4. Demander l'attestation de non-initiation de la réanimation. Vérifier que le document a été signé par l'usager ou son représentant légal et le médecin.**
- 5. En l'absence d'une ordonnance écrite de non-initiation de la réanimation, une ordonnance verbale de non-initiation de la réanimation doit être respectée au même titre qu'une ordonnance écrite. L'ordonnance verbale peut-être émise dans l'ordre, par un tuteur, un curateur, un mandataire, 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 formulaire clinique le nom de la personne ayant signifié l'ordonnance de non-initiation de la réanimation ainsi que son lien avec l'usager.**
- 6. S'il y a désaccord parmi les proches sur l'ordonnance verbale de non-initiation de la réanimation, procéder au protocole POLICE/RÉA.1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Adulte) 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 POLICE/RÉA.1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicales – Adulte).**
- 8. Apporter le support à la famille, en attendant les intervenants SPU.**
- 9. À l'arrivée des intervenants SPU, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**
- 10. Toutes situations problématiques liées à l'application de ce protocole doivent être soumises au supérieur immédiat pour avis au directeur médical pour suivi du dossier.**
- 11. Bien documenter le dossier en tout temps.**

Remarques :

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.

5.4 REFUS CHEZ LE PATIENT VIVANT

Comme mentionné précédemment, le majeur apte peut refuser de recevoir les soins ou d'être transporté au centre hospitalier.

Les techniciens ambulanciers paramédics ont une procédure spécifique à suivre lorsque cette situation survient. Le rôle du policier lors d'une telle intervention, est d'informer le patient que les TAP vont se rendre sur les lieux, les évaluer adéquatement et pourront discuter avec eux des risques de ne pas se rendre au centre hospitalier.

Comme vous le savez, il existe une exception à cette règle, la loi P-038. Dans ces cas, vos procédures habituelles sont applicables.

6 LE PROGRAMME D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Les services préhospitaliers d'urgence québécois ont, depuis la mise en place des premiers projets de défibrillation pour les techniciens ambulanciers paramédics en 91-92, toujours suivi les interventions médicales de très près. Le programme d'amélioration de la qualité a permis d'optimiser les protocoles et procédures de réanimation, ce qui place aujourd'hui plusieurs régions du Québec en première place au Canada et en deuxième place en Amérique du Nord.

Il est important pour le policier qui joint les rangs de la communauté de réanimation québécoise de connaître les fondements et fonctionnement de ce programme.

Les moniteurs défibrillateurs semi-automatiques (MDSA) des TAP enregistrent non seulement le rythme cardiaque du patient, mais ses signes vitaux, tension artérielle, pouls, saturométrie et la RCR lorsque pratiquée, ainsi que la voix des personnes placées à proximité de l'appareil.

Plusieurs des interventions où un acte médical est pratiqué, sont révisées, et certaines interventions ciblées écoutées pour évaluer si les soins optimaux ont été administrés au patient. Lorsque ce processus est appliqué adéquatement, il permet d'analyser globalement les interventions pour permettre une modification des procédures pour que les soins soient les plus appropriés possibles et que donc, on sauve plus de vies.

6.1 LA DOCUMENTATION

Pour pouvoir effectuer une analyse d'une intervention, vous conviendrez que la première étape est de la documenter adéquatement.

6.1.1 L'enregistrement du rythme cardiaque

Tous les DEA détiennent la capacité d'enregistrer le rythme cardiaque du patient durant l'intervention ainsi que les actions entreprises par les intervenants, par exemple, le moment de la demande d'analyse, la réponse de l'analyse du DEA, l'heure précise du choc, le nombre de chocs donné, et certains, la RCR.

Contrairement aux MDSA des TAP, les DEA choisis pour la SQ n'auront pas la capacité de l'enregistrement de la voix.

6.1.2 Le formulaire DEA de la SQ (SQ-o-031)

Un formulaire spécifique a été créé pour documenter les interventions médicales liées à un appel DEA. Ce formulaire doit être rempli lors de tout appel DEA où le policier s'est rendu sur les lieux (et que le patient est encore présent) ou lors de toute autre intervention où l'appareil a été utilisé/déployé. Lorsque le patient est vivant à votre arrivée et qu'il ne subit pas un ACR en votre présence, il n'est pas nécessaire de remplir ce formulaire. Le formulaire contient les informations de base requises par la SQ pour toute intervention et les informations cliniques requises au suivi qualité pour les CIUSSS/CIUSSS/Urgences-santé. Le formulaire a été développé avec le principe de cases à cocher pour aider le policier à documenter toutes les informations médicales requises ainsi que pour réduire le temps de rédaction. Il est présenté à la page suivante.

FORMULAIRE : Rapport d'intervention – Défibrillateur externe automatisé



RAPPORT D'INTERVENTION DÉFIBRILLATEUR EXTERNE AUTOMATISÉ (DEA)

CONFIDENTIEL

Événement survenu entre (aaaa-mm-j, h:m:s)		Numéro d'événement (5 chiffres)	
et			
Code d'événement*	Numéro de l'appareil	Numéro de la carte d'appel	Appel reçu (aaaa-mm-j, h:m:s)
S Q			
Heure de l'assignation (h:m:s)	Heure d'arrivée sur les lieux (h:m:s)	Heure d'arrivée des techniciens ambulanciers ou des premiers répondants (h:m:s)	
* Si pour cet événement un formulaire Rapport d'événement (SQ-400) est requis, inscrivez le même code d'événement. Vous devez aussi inscrire sur le formulaire SQ-400 le code de ventilation DEA. Si un formulaire SQ-400 n'est pas requis, inscrivez plutôt le code A219.			
1. LIEU DE L'INTERVENTION			
Code géographique	Adresse (numéro, rue, ville, village ou municipalité)	Direction N O S E	
SIA (secteur - lot - atome)	Intersection (numéro, rue)	Endroit ou type d'établissement (ex. : école)	
2. USAGER (VICTIME)			
Nom, prénom	Âge approx.	Date de naissance (aaaa-mm-j)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Race (voir au verso)	Adresse (numéro, rue, ville, village ou municipalité, code postal)		Province/État
Gravité des blessures <input type="checkbox"/> Inconnue (0) <input type="checkbox"/> Aucune (1) <input type="checkbox"/> Légères (2) <input type="checkbox"/> Graves (3) <input type="checkbox"/> Mort (4)			
3. CONTEXTE			
<input type="checkbox"/> Refus d'un proche immédiat (représentant) Précisez le nom, le prénom et le lien avec l'usager :			
Régénération non pratiquée (voir au verso) : <input type="checkbox"/> Mort évidente <input type="checkbox"/> Régénération impraticable <input type="checkbox"/> Autre			
Expliquez :			
Note : Si la régénération n'a pas été pratiquée, passez à la section 7.			
4. ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE (ACR)			
Témoin au moment de l'ACR (vu ou entendu) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Heure approximative de l'ACR (h:m:s)	Régénération cardio-respiratoire par les témoins <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure (h:m:s) :	
Régénération cardio-respiratoire par les policiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure (h:m:s) :	Numéro de l'ambulance	Centre hospitalier de destination	
5. APPROCHE PRIMAIRE			
État de conscience <input type="checkbox"/> Réaction <input type="checkbox"/> Aucune réaction	Pouls initial <input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Absent	Voies respiratoires <input type="checkbox"/> Dégagées <input type="checkbox"/> Obstruées	Respiration <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Absence
6. ÉVOLUTION			
Protocole DEA <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Choc donné <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nombre de chocs donnés	Retour de pouls <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			Heure (h:m:s)
			Retour de respiration <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			Heure (h:m:s)
7. RÉDACTION			
Nom, prénom du policier 1		Matricule	
Signature		Date (aaaa-mm-j)	
Nom, prénom du policier 2		Matricule	
Signature		Date (aaaa-mm-j)	
8. TRANSMISSION DES DONNÉES			
Données transmises : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Transmises par (matricule) :			
9. CONTRÔLE			
Nom, prénom du supérieur immédiat		Matricule	
Signature		Date (aaaa-mm-j)	

Rapport d'intervention – Défibrillateur externe automatisé

Les informations demandées dans les trois premières sections, identification de l'événement, 1. Lieu d'intervention, 2. Usager (victime), sont évidentes et ne demandent pas plus de description que les sous-titres qui y apparaissent.

La section Gravité des blessures est une documentation requise et connue des policiers.

SECTION 3. CONTEXTE

La section 3 demande au policier de décrire brièvement la situation. Il est important d'y décrire les signes et symptômes que le patient pourrait avoir présentés dans les heures ou les minutes qui ont précédé votre arrivée. Y a-t-il eu plainte de douleur thoracique, difficulté à respirer, vomissement de sang? Le patient est-il connu pour des problèmes de santé?

La sous-section demande ensuite d'identifier les raisons pour lesquelles le policier n'a pas débuté la réanimation : refus d'un proche ou autre. Deux autres options seraient possibles : l'impossibilité de pratiquer les manœuvres secondaires à la rigidité cadavérique ou une situation de mort évidente. S'il s'agit d'une situation autre et donc exceptionnelle, le policier coche, « Autre » et décrit la situation.

SECTION 4. ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR)

Les informations pertinentes liées à l'ACR, les actions entreprises par les témoins, et les informations concernant le transport sont documentées dans cette section :

- Présence de témoin de l'ACR (a vu ou entendu le patient tomber);
- Heure approximative de l'ACR (souvent déduite en fonction de l'heure de l'appel et des informations obtenues);
- RCR pratiquée par témoin, oui ou non, et débutée à quelle heure;
- Heure du début de la réanimation par les policiers;
- Numéro de l'ambulance (4 chiffres);
- Centre hospitalier (CH) de destination.

SECTION 5. APPROCHE PRIMAIRE

Les éléments décrivant l'état clinique du patient à votre arrivée sont documentés dans cette section :

- État de conscience : réagit ou ne réagit pas;
- Pouls initial : présent ou absent;
- Voies respiratoires : dégagées ou obstruées;
- Respiration : normale, anormale ou absence.

SECTION 6. ÉVOLUTION

Les actions posées par le policier sont documentées dans cette section.

- Protocole DEA appliqué : oui ou non;
- Choc donné : oui ou non;
- Nombre de chocs donnés;
- Retour de pouls : oui ou non, avec l'heure correspondante; il doit s'agir d'un pouls certain d'une durée de 30 secondes ou plus, donc ayant généré un arrêt de la RCR;
- Retour de respiration : oui ou non, avec l'heure correspondante; il doit s'agir d'une respiration normale.

SECTION 7. RÉDACTION

La section 7 permet l'identification des policiers présents sur place : nom, signature et matricule.

6.1.3 Le transfert d'information

Les informations sont enregistrées de façon électronique dans le DEA et devront être extraites de l'appareil après chaque utilisation. Ces données seront transmises aux équipes d'amélioration de la qualité des CISSS/CIUSSS/Urgences-santé qui sont responsables des programmes de réanimation préhospitalière avec une copie dénominalisée du formulaire Intervention DEA. Ces données sont requises pour le suivi et le calcul des taux de survie des victimes d'ACR en préhospitalier. Voir la procédure spécifique pour les actions à prendre pour assurer que le transfert des données soit fait.

6.2 LE SUIVI QUALITÉ

6.2.1 Le rôle du centre intégré (universitaire) de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS) du territoire ou de la Corporation d'Urgences-santé (CUS)

Le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence, un médecin d'urgence nommé par le CISSS/CIUSSS/US, doit assurer la qualité des interventions préhospitalières des intervenants affectés par le CCS.

Le but du programme d'amélioration de la qualité correspond exactement à son nom, améliorer les interventions futures. Le programme d'amélioration de la qualité comportera deux volets : dans un premier temps, l'analyse spécifique de chaque intervention et dans un deuxième temps, l'analyse globale des interventions.

6.2.2 Le suivi systémique

L'équipe de révision du CISSS/CIUSSS/Urgences-santé transmettra au directeur médical de la SQ, un tableau résumé des interventions DEA SQ à tous les trois mois. Ce tableau permettra de voir le nombre et le type d'interventions DEA faites par les policiers d'un territoire ainsi que le nombre de patients qui ont survécu à leur ACR.

6.2.3 Le suivi personnel

Les policiers ne recevront pas une rétroaction individuelle à toutes les interventions DEA. Si lors de l'évaluation d'une intervention, il est jugé par l'équipe d'amélioration de la qualité du CISSS/CIUSSS/Urgences-santé qu'un suivi individuel est requis auprès des intervenants policiers, un rapport individuel va être transmis au directeur médical de la SQ. Ce sera lui qui assurera le suivi avec les individus concernés. Ces rencontres visent toujours l'amélioration des prochaines interventions.

7 LES ASPECTS MÉDICAUX LÉGAUX DE LA RÉANIMATION

Les pages suivantes ont été incluses comme informations de référence pour les policiers qui agiront comme intervenants DEA. La lecture de cette section n'est pas obligatoire pour le cours de RCR et DEA. Elle explique pourquoi le policier doit attendre le TAP lorsque le patient exprime avant l'arrivée des TAP qu'il ne désire pas se rendre au centre hospitalier.

7.1 LE CONSENTEMENT AUX SOINS

Le patient qui reçoit des soins doit toujours donner son accord. Voici certains concepts importants liés au consentement aux soins

7.1.1 Consentement implicite

« *IMPLICITE* : Qui, sans être énoncé formellement, découle naturellement de quelque chose : Une condition implicite. »³

Dans le contexte d'urgence dans lequel les services et soins préhospitaliers sont dispensés, le consentement est généralement implicite. Le patient, un proche ou possiblement un témoin, a fait appel aux services d'urgence. À l'arrivée des intervenants, l'aide est bienvenue et le patient se soumet aux questions, examens et traitements proposés sans opposition. Il accepte les services, le consentement est donc implicite; il est entendu de par son attitude qu'il acquiesce.

Il n'est pas nécessaire de le questionner de façon dirigée, on ne dira pas : Voulez-vous que l'on vous donne de l'oxygène? Désirez-vous aller au centre hospitalier?

Exemple préhospitalier de consentement implicite du patient :

« Monsieur, nous allons nous diriger à l'hôpital. Laissez-moi vous aider à vous installer sur la civière. » Le patient avec l'aide du TAP, sans éprouver aucune résistance physique ou verbale, s'allonge sur la civière. »

Dans le contexte du consentement implicite en situation d'urgence, l'évaluation stricte de l'aptitude n'est nécessaire que dans la situation où le patient exprime un refus.

7.1.2 Consentement explicite

« *EXPLICITE* : Qui s'exprime complètement et clairement sans laisser place à l'ambiguïté. »⁴

Généralement, lorsqu'un patient ou l'un de ses proches hésite ou exprime son refus de consentir aux soins ou au transport, une discussion s'ensuit. Un consentement explicite, et donc exprimé clairement, est alors requis.

³ Larousse en ligne, www.larousse.fr

⁴ Larousse en ligne, www.larousse.fr

Exemple préhospitalier de consentement explicite du patient :

« Monsieur, nous allons nous diriger à l'hôpital. Laissez-moi vous aider à vous installer sur la civière. » Le patient répond négativement : « Non. Pourquoi est-ce que dois-je aller à l'hôpital? » Après quelques explications du TAP, le patient répond : « D'accord, je comprends. J'accepte d'aller à l'hôpital. »

7.1.3 Consentement - libre

Comme énoncé précédemment le consentement, pour être valide, doit être libre, c'est-à-dire sans contrainte, sans condition, sans influence induite de la part de la personne qui tente de l'obtenir.

7.1.4 Consentement - Éclairé

L'élément de consentement éclairé oblige le TAP à transmettre au patient, au meilleur de sa connaissance, une description détaillée des soins qu'il offre au patient, les différentes options, les bénéfices escomptés de ces soins ou les conséquences de leur omission, tout cela avec une attitude professionnelle et rassurante.

Quand le patient hésite à accepter le transport, le TAP a la même obligation d'informer le patient, au meilleur de ses connaissances, des évaluations, diagnostics et traitements possibles, leurs bénéfices et les conséquences possibles d'un refus de l'évaluation médicale en centre hospitalier.

Le TAP se voit aussi dans l'obligation d'expliquer au patient les limites de l'appréciation réalisée dans le contexte et les limites du préhospitalier.

Exemple d'explication menant à un consentement éclairé :

Le patient vient de subir un électrocardiogramme (ECG) et demande le résultat aux TAP. « Monsieur, nous venons de vous faire un électrocardiogramme. Il est non spécifique. Cependant, avec vos symptômes, cela n'exclut pas la présence possible d'une crise cardiaque. Pour exclure ce problème de santé, vous devez subir plusieurs ECG sur une période de plusieurs heures, subir des prises de sang et être évalué par le médecin à l'urgence. S'il n'est pas certain, le médecin pourrait aussi consulter le cardiologue à votre sujet. Or, même si votre ECG ne semble pas anormal selon nos critères, cela ne veut pas dire que vous ne souffrez pas d'un problème de santé sérieux, cardiaque ou autre. »

7.1.5 Le consentement et la situation d'urgence

Le guide à l'intention des médecins du Canada sur le consentement produit par l'Association Canadienne de Protection Médicale⁵ précise que :

« Il existe une exception importante à la règle générale qui veut qu'on obtienne le consentement du patient avant tout traitement. En effet, en cas d'urgence médicale, lorsque le patient (ou la personne chargée d'accorder un consentement subrogatoire) est inapte à consentir, le médecin a le devoir de faire sans consentement ce qui est immédiatement nécessaire. Pour que le médecin puisse déclarer qu'une situation donnée constituait une urgence où le consentement n'était pas nécessaire, il doit démontrer que le patient éprouvait des souffrances intenses ou qu'une menace imminente pesait sur la vie ou la santé du patient. Le professionnel de soins de santé ne doit pas avoir agi pour sa commodité personnelle ou par préférence personnelle; la nécessité de procéder au moment où l'acte a été posé ne doit laisser aucun doute.

De plus, en situation d'urgence médicale, les traitements ne devraient comporter que ce qui est nécessaire pour prévenir des souffrances indues ou pour contrer les menaces immédiates à la vie ou à l'intégrité du patient.»

La base légale de cette interprétation se trouve à l'article 13 du CODE CIVIL DU QUÉBEC :

*« **13.** En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.»⁶*

De plus, ce même guide note que :

« Même lorsque le patient est incapable de communiquer dans des situations d'urgence médicale, les volontés connues du patient doivent être respectées. Par conséquent, avant d'intervenir, le médecin voudra s'assurer que le patient n'a jamais laissé entendre, par voie de directive préalable ou d'une autre manière, qu'il refuse de subir le traitement envisagé.

De plus, aussitôt que le patient est capable de prendre des décisions et qu'il a retrouvé l'aptitude à consentir, il faut obtenir de lui un consentement approprié et «éclairé» pour tout traitement supplémentaire. »

⁵ L'Association Canadienne de Protection Médicale, Guide à l'intention des médecins du Canada, https://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/ml_guides/consent_guide/com_cg_beforewebegin-f.cfm

⁶ Voir annexe D : Code civil du Québec, (L.Q. 1991, chapitre 64)

Donc, le patient jugé apte en début d'intervention et qui mentionne qu'il ne désire pas être intubé doit voir son désir respecté même lorsqu'il devient inconscient et nécessite une intubation.

« Dans certaines provinces, la législation permet la désignation de substituts, qui pourront accorder ou refuser leur consentement au nom du patient inapte. Si le substitut est disponible immédiatement, le traitement d'urgence ne devrait avoir lieu qu'avec le consentement de cette personne. »⁷

7.1.6 Le consentement des enfants

L'article 14 du Code civil du Québec précise que le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins de santé requis par son état de santé tandis que le mineur de 13 ans et moins ne peut le faire lui-même. Au Québec, le mineur de 13 ans et moins est donc considéré « inapte ». Voici le texte de l'article 14 :

« 14. Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.

Le mineur de 14 ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait.»⁸

Comme mentionné précédemment, le mineur de 14 à 17 ans, quant à lui, peut consentir lui-même à des soins; il peut donc également refuser les soins, mais une exception existe.

L'article 16 du CODE CIVIL DU QUÉBEC dicte ceci :

« 16. Elle (l'autorisation du tribunal) est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.»⁹

Le jeune de 14 à 17 ans ne peut donc pas refuser des soins dont l'omission mettrait sa vie ou son intégrité en danger. En l'absence de l'autorité parentale, dans une telle situation d'urgence, on se réfère à l'article 13 :

« En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.»¹⁰

⁷ L'Association Canadienne de Protection Médicale, Guide à l'intention des médecins du Canada, https://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/ml_guides/consent_guide/com_cg_beforewebegin-f.cfm

⁸ Voir Annexe D : Code civil du Québec (L.Q. 1991, chapitre 64)

⁹ Voir Annexe D : Code civil du Québec (L.Q. 1991, chapitre 64)

¹⁰ Voir Annexe D : Code civil du Québec (L.Q. 1991, chapitre 64)

7.1.7 L'aptitude

Selon l'Énoncé de Politique des Trois Conseils (EPTC), groupe consultatif inter CISSS/CIUSSS/Urgences-santé en éthique de la recherche, l'aptitude peut être définie comme suit :

« L'aptitude est la capacité des sujets () à donner un consentement libre et éclairé conforme à leurs propres valeurs fondamentales. Cette notion comprend la capacité de comprendre les renseignements donnés, d'évaluer les éventuelles conséquences d'une décision et de donner un consentement libre et éclairé. »¹¹

L'aptitude est un concept complexe à comprendre et à évaluer. On doit premièrement prendre pour acquis que le patient est apte jusqu'à preuve du contraire. Aussi un patient aux prises avec un problème de santé mentale par exemple, doit être considéré apte à consentir aux soins jusqu'à ce qu'on ait démontré son inaptitude.

Mais qu'est donc l'aptitude? Comme mentionné précédemment, l'aptitude est la capacité pour le patient de comprendre :

1. La situation dans laquelle il se trouve;
2. Les options qui s'offrent à lui en matière de soins de santé;
3. Les bénéfices et conséquences d'accepter ou de refuser les soins et services offerts;
4. La capacité de prendre une décision, dans le contexte de ses valeurs.

L'erreur à éviter lors de l'évaluation de l'aptitude du patient à consentir ou à refuser est d'évaluer la conclusion à laquelle le patient arrive et non le processus par lequel il y est arrivé.

En effet, l'erreur provient du fait que l'intervenant conclut que le patient doit être inapte pour arriver à une conclusion autre que celle à laquelle il serait arrivé lui-même. Or, bien que la réponse du patient soit différente de celle que l'on aurait donnée nous-même, cela ne veut pas dire que le patient est inapte. C'est là que les valeurs du patient peuvent entrer en ligne de compte!

Il est donc important de se souvenir du fait que l'aptitude est la capacité du patient d'analyser l'information qui lui est fournie et donc de prendre une décision.

Ceci dit, il faut aussi se rappeler que l'aptitude est un concept qui peut varier dans le temps. Ainsi, le patient sévèrement intoxiqué pourrait être considéré inapte pendant quelques heures et considéré apte quelques heures plus tard.

7.2 LA CONFIDENTIALITÉ

Cette section est à titre d'information aux policiers sur les obligations de confidentialité des TAP.

La confidentialité est un élément crucial à la relation de confiance qui est établie entre le patient et tout intervenant de la santé. Le TAP a une obligation de confidentialité envers les patients avec lesquels il interagit. Où commence-t-elle? Où finit-elle?

¹¹ Énoncé de Politique des Trois Conseils, Éthique de la recherche avec les êtres humains, Institut de recherche en Santé du Canada, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2005,

page 2,10. http://www.pre.ethics.gc.ca/francais/pdf/TCPS%20octobre%202005_F.pdf

7.2.1 Le secret professionnel

Le secret professionnel est assuré aux citoyens québécois par la Charte des droits et libertés de la personne, à l'article 9 :

« **9.** *Chacun a droit au respect du secret professionnel.*

Toute personne tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi.

Le tribunal doit, d'office, assurer le respect du secret professionnel.»¹²

Mais qui sont ces personnes tenues par la loi au secret professionnel? Selon l'article 60.4 du CODE DES PROFESSIONS¹³, les professionnels sont tenus au secret professionnel lorsqu'ils obtiennent une information dans l'exercice de leur profession :

« **60.4.** *Le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession.*

Il ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne ou l'autorise par une disposition expresse.

Le professionnel peut en outre communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable. Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Le professionnel ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.»¹⁴

Or, c'est à l'article 1 du Code des professions que l'on retrouve la définition de ce qu'est un professionnel :

« **1.** *Dans le présent code et dans les règlements adoptés sous son autorité, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les termes suivants signifient:[...]*

*c) «professionnel» ou «membre d'un ordre»: toute personne qui est titulaire d'un permis délivré par un ordre et qui est inscrite au tableau de ce dernier; [...]*¹⁵

Présentement, puisque qu'il n'y a pas d'ordre professionnel régissant le travail des TAP et qu'il n'y a pas de Tableau de l'Ordre, les TAP ne sont pas reconnus comme des professionnels, ils ne sont pas tenus

¹² Voir annexe E : Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q. chapitre C-12)

¹³ L.R.Q., chapitre C-26

¹⁴ Code des professions

¹⁵ Code des professions

au secret professionnel au sens de la Charte des droits et libertés de la personne. Les policiers ne sont pas tenus non plus au secret professionnel à ce sens.

7.2.2 Les obligations de confidentialité du TAP

Le technicien ambulancier paramédic a malgré tout des obligations de confidentialité envers son patient, obligations qui s'apparentent au secret professionnel.

Le CODE CIVIL DU QUÉBEC assure aux citoyens québécois, le droit à la vie privée. La Charte des droits et libertés de la personne qui réitère également ce droit à l'article 5.

« **5.** *Toute personne a droit au respect de sa vie privée.* »

CODE CIVIL DU QUÉBEC

« *CHAPITRE TROISIÈME DU RESPECT DE LA RÉPUTATION ET DE LA VIE PRIVÉE*

35. Toute personne a droit au respect de sa réputation et de sa vie privée.

Nulle atteinte ne peut être portée à la vie privée d'une personne sans que celle-ci y consente ou sans que la loi l'autorise.

1991, c. 64, a. 35; 2002, c. 19, a. 2.

36. Peuvent être notamment considérés comme des atteintes à la vie privée d'une personne les actes suivants:

1° Pénétrer chez elle ou y prendre quoi que ce soit;

2° Intercepter ou utiliser volontairement une communication privée;

3° Capter ou utiliser son image ou sa voix lorsqu'elle se trouve dans des lieux privés;

4° Surveiller sa vie privée par quelque moyen que ce soit;

5° Utiliser son nom, son image, sa ressemblance ou sa voix à toute autre fin que l'information légitime du public;

6° Utiliser sa correspondance, ses manuscrits ou ses autres documents personnels.»¹⁶

¹⁶ Voir annexe D : Code civil du Québec, (L.Q. 1991, chapitre 64)

DE PLUS, LES LOIS SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LE SECTEUR PRIVÉ¹⁷ (POUR LES TAP DES ENTREPRISES PRIVÉES) ET SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS¹⁸ (pour les TAP d'Urgences-santé) établissent les règles qui doivent être respectées par les organismes publics ou les entreprises privées pour protéger les renseignements personnels obtenus et encadrent les situations de communication de l'information.

Ceci demande donc des employés, de respecter la confidentialité des renseignements et de référer à leur employeur, les personnes qui leur adressent des demandes de communication d'information.

Voici quelques extraits pertinents de ces lois :

Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels¹⁹

« 53. Les renseignements personnels sont confidentiels sauf dans les cas suivants:

1° la personne concernée par ces renseignements consent à leur divulgation; si cette personne est mineure, le consentement peut également être donné par le titulaire de l'autorité parentale;

2° ils portent sur un renseignement obtenu par un organisme public dans l'exercice d'une fonction juridictionnelle; ils demeurent cependant confidentiels si l'organisme les a obtenus alors qu'il siégeait à huis clos ou s'ils sont visés par une ordonnance de non-divulgation, de non-publication ou de non-diffusion.

« 54. Dans un document, sont personnels les renseignements qui concernent une personne physique et permettent de l'identifier. »²⁰

Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé²¹

« 2. Est un renseignement personnel, tout renseignement qui concerne une personne physique et permet de l'identifier.

SECTION III

CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

§ 1. — Détention, utilisation et non-communication des renseignements

10. Toute personne qui exploite une entreprise doit prendre les mesures de sécurité propres à assurer la protection des renseignements personnels collectés, utilisés, communiqués, conservés ou détruits et qui sont raisonnables compte tenu, notamment, de leur sensibilité, de la finalité de leur utilisation, de leur quantité, de leur répartition et de leur support²².»

¹⁷ Voir annexe H : Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (L.R.Q., chapitre P-39.1)

¹⁸ L.R.Q., chapitre A-2.1

¹⁹ Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., chapitre A-2.1)

²⁰ Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., chapitre A-2.1)

²¹ Voir annexe H : Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (L.R.Q., chapitre P-39.1)

²² Voir annexe H : Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (L.R.Q., chapitre P-39.1)

Le formulaire AS-803 (rapport d'intervention préhospitalier) contient des renseignements dits personnels et doivent être remis uniquement au centre hospitalier receveur et à l'employeur par le TAP. Les bandes audio des défibrillateurs et les cartes d'enregistrement ne doivent être remises qu'aux autorités prévues dans le respect des procédures en vigueur. Les organismes qui désirent obtenir copie de ces renseignements doivent en faire la demande en bonne et due forme aux employeurs.

De plus, le CODE CIVIL DU QUÉBEC et la CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE protègent la vie privée et dictent ceci :

« CHAPITRE TROISIÈME DU RESPECT DE LA RÉPUTATION ET DE LA VIE PRIVÉE

35. Toute personne a droit au respect de sa réputation et de sa vie privée.

Nulle atteinte ne peut être portée à la vie privée d'une personne sans que celle-ci y consente ou sans que la loi l'autorise.

36. Peuvent être notamment considérés comme des atteintes à la vie privée d'une personne les actes suivants:

1° Pénétrer chez elle ou y prendre quoi que ce soit;

2° Intercepter ou utiliser volontairement une communication privée;

3° Capter ou utiliser son image ou sa voix lorsqu'elle se trouve dans des lieux privés;

4° Surveiller sa vie privée par quelque moyen que ce soit;

5° Utiliser son nom, son image, sa ressemblance ou sa voix à toute autre fin que l'information légitime du public;

6° Utiliser sa correspondance, ses manuscrits ou ses autres documents personnels.»²³

Ainsi, la règle qui en découle dicte que le TAP ne peut divulguer à qui que ce soit, les informations obtenues dans le cadre de son contact privilégié avec le patient, à moins d'obtenir le consentement du patient, de son représentant ou d'une ordonnance du tribunal (incluant le moment où il lui sera demandé de témoigner en Cour).

De ce fait, le TAP ne peut divulguer quelque information que ce soit tels les noms, l'âge, les circonstances de l'intervention ou la condition médicale concernant le patient à qui que ce soit (policiers, témoins ou journalistes).

Si le TAP est témoin de l'accident avant de traiter les blessés, il peut partager ces informations avec les policiers.

Si le TAP est en possession des documents d'identité du patient, il peut les remettre au policier.

Si le TAP observe la scène, il n'a pas l'obligation de partager ces informations avec les policiers.

Si le patient lui fait part de ses antécédents médicaux, cette information ne peut être partagée avec les policiers sur la scène.

²³ Voir annexe D : Code civil du Québec, (L.Q. 1991, chapitre 64)

Si, en réponse aux questions du TAP, le patient avoue une consommation d'alcool ou de drogues, il ne peut divulguer cette information à quiconque, il en va de même lorsqu'il sent lui-même une odeur d'alcool dans l'haleine du patient.

Dans le dernier cas, si le policier demande au TAP si le patient sent l'alcool, ce dernier pourra l'inviter à constater lui-même la condition du patient.

Lorsqu'il est demandé au TAP de faire une déposition, il n'a pas l'obligation de le faire.

Lorsque le TAP a obtenu de l'information qui lui permet de croire, que la vie, la santé ou la sécurité d'une personne est en danger, et ce, en situation d'urgence, cette information pourrait être communiquée par l'employeur aux personnes mentionnées par la Loi.²⁴

Lorsque le policier demande une copie du dossier ou des enregistrements du MDSA sur le champ, le TAP doit lui refuser et diriger le policier vers son employeur.

Enfin, une fois appelé à témoigner en Cour sur les événements, le TAP sera obligé de témoigner sur toutes les informations qu'il détient.

Le TAP ne peut pas garder une copie des AS-803 en sa possession, avec ou sans les informations nominatives. De plus, le TAP ne peut garder de notes personnelles avec des informations explicites ou contenant des renseignements personnels.

²⁴ Voir annexe H : Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (L.R.Q., chapitre P-39.1)

8 LES AUTRES ÉLÉMENTS DE LA RÉANIMATION

8.1 L'ÉTHIQUE

Le policier dans son travail est déjà exposé à l'éthique. Lorsqu'on intervient auprès de personnes en ACR, on peut être confronté à certains dilemmes et à des personnes en état de crise. Par contre, ceci n'est pas nouveau. Cela fait déjà partie de la réalité quotidienne des policiers.

8.1.1 Valeurs liées à l'éthique

Un certain nombre de valeurs sont étroitement liées à la morale et au bien. Lors de discussions sur l'éthique et la déontologie, il est utile de s'y référer. En voici quelques-unes et leurs définitions.

BIENVEILLANCE :	Sentiment par lequel on veut du bien à quelqu'un.
IMPARTIALITÉ :	État de neutralité d'une personne qui prend une décision objectivement dans le respect des règles applicables et en accordant à tous un traitement équitable.
RESPECT :	Sentiment de considération ressenti à l'égard d'une personne en raison de sa position sociale, de son mérite ou de la valeur humaine qu'on lui reconnaît.
DIGNITÉ :	Respect que mérite quelqu'un ou quelque chose. ²⁵
HONNÊTETÉ :	Qualité de la personne qui agit avec droiture et loyauté, et qui mène une existence conforme à la morale sociale. ²⁶
INTÉGRITÉ :	Caractère d'une personne qui est honnête et impartiale, qui pratique la justice de manière rigoureuse et qui est d'une probité sans faille.
FIABILITÉ :	Qualité d'une personne à qui on peut faire confiance. ²⁷
LOYAUTÉ :	Qualité d'une personne qui obéit aux lois de l'honneur, de la droiture. ²⁸
COMPÉTENCE :	Combinaison des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être qui s'expriment dans le cadre d'une situation de travail concrète.
DILIGENCE :	Soin et empressement qui sont apportés à l'exécution d'une tâche.

8.1.2 Professionnalisme

Le « *Larousse.com* » définit le professionnalisme comme étant la qualité de quelqu'un qui exerce une activité avec une grande compétence.

En plus de la compétence, dans l'usage habituel, le professionnalisme implique la pratique de cette compétence dans le respect des valeurs mentionnées à la page précédente.

²⁵ Larousse.com

²⁶ Larousse.com

²⁷ Adaptation de la définition du Larousse.com

²⁸ Adaptation de la définition du Larousse.com

Lorsque l'intervenant valide si l'action posée est correcte, il doit se poser trois questions :

- Test d'impartialité : Serait-il prêt à prendre la place du patient?
- Test d'universalisation : Est-ce que cette conduite devrait être répétée dans toutes les circonstances similaires?
- Test de justification interpersonnelle : Est-ce que vous pourriez défendre ou justifier votre conduite face à d'autres personnes?

En résumé, il faut comprendre (ou conclure) que les besoins des patients doivent TOUJOURS être prioritaires à ceux des intervenants.²⁹

D'autres questions peuvent être posées pour exposer la droiture et les raisons des décisions prises :

- Considéreriez-vous correct qu'un de vos confrères traite/parle ainsi à une personne de votre entourage?
- Accepteriez-vous qu'un de vos confrères qui ne vous connaît pas vous traite/parle ainsi?
- Pourquoi prenez-vous cette tendance, cette décision?
- Prenez-vous cette décision pour « punir » le patient?
- Si ce n'était pas de telle ou telle caractéristique du patient, le traiteriez-vous de la même façon?
- Seriez-vous gêné si votre intervention était enregistrée/filmée et jouée aux nouvelles ce même soir?

LES ÉLÉMENTS ÉMOTIONNELS DE LA RÉANIMATION

Les policiers de par la nature de leur travail sont exposés à la mort, alors certains d'entre vous se questionneront de la pertinence de discuter ici des éléments émotionnels de la réanimation.

Lors de plusieurs interventions médicales préhospitalières, vous êtes présents, mais pas responsables des soins au patient et donc pas responsables du résultat ultime. Si le patient ne survit pas, c'est parce que les PR, les TAP et/ou les médecins au centre hospitalier n'ont pas réussi à le ramener à la vie. Le policier n'est qu'un spectateur de la scène médicale.

Il ne faut pas s'en cacher, être témoin de telles choses peut être parfois dérangeant. Les images, les sons, les odeurs, l'impression quelque fois surréaliste vécue peuvent demeurer avec nous longtemps. L'expérience ne nous met pas à l'abri de certaines de ces réactions. Être capable de demeurer fonctionnel durant cette intervention n'est pas non plus une indication que la situation ne nous affecte pas.

Une fois que nous sommes intégrés dans l'équipe de soins, le sentiment de responsabilité qui s'ajoute peut être très puissant. Tout particulièrement puissant à faire ressortir les sentiments d'impuissance lorsque les manœuvres de réanimation n'apportent pas le succès espéré. Lorsqu'en plus, on doute de la qualité de l'intervention effectuée, le sentiment de culpabilité peut être très fort et parfois persistant.

²⁹ La sécurité des intervenants demeure par contre prioritaire aux besoins cliniques du patient.

Il est important pour le policier de reconnaître la force de ces sentiments. Il sera aussi important d'apprendre à verbaliser cette expérience avec des collègues policiers, pompiers ou paramédics, qui vivent la même chose et il est encore plus important de savoir que **même lorsque les gestes sont faits parfaitement, la majorité des patients trouvés en ACR ne seront pas réanimés.**

La chose à se souvenir pour bien vivre cette nouvelle et merveilleuse expérience que d'avoir l'opportunité de sauver une vie est :

Dans une situation d'ACR possible, la pire chose est de ne rien faire.

Toute intervention aussi imparfaite soit-elle, est utile.

Dans le doute de la présence d'un pouls, chez le patient inconscient, même s'il respire, procéder aux manœuvres de réanimation.

CONCLUSION

La défibrillation externe automatisée et la réanimation cardiorespiratoire sont les deux gestes les plus importants à poser, et à poser rapidement pour sauver la vie d'une victime d'arrêt cardiorespiratoire. La participation des services policiers à la chaîne de survie aidera toutes les régions du Québec à dépasser ceux qui ont toujours été reconnus comme les meilleurs en Amérique : le service ambulancier de la ville de Seattle.

Les victimes d'arrêt cardiorespiratoire sont de tout âge. Ils sont nos voisins, nos collègues de travail et les membres de nos familles. Les gestes simples que cette formation vous aura enseignés sauront, un jour, faire la différence auprès d'une de ces personnes.

Rappelez-vous, la pire chose à faire, est de ne rien faire.

La Direction médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence, au nom de tous les citoyens du Québec, vous remercie de votre participation au projet DEA de la SQ.

Colette D. Lachaine, mdcm

*Directrice médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence
Ministère de la Santé et des Services sociaux.*

ABRÉVIATIONS

ACR	Arrêt cardiorespiratoire
CCS	Centre de communication santé
CGA	Centre de gestion des appels (SQ)
CH	Centre hospitalier
CISSS/CIUSSS	Centre intégré (universitaire) de santé et de services sociaux
DEA	Défibrillateur externe automatisé
Échelle AVPU	A : Alerte V : Verbal – Répond aux stimuli verbaux P : Pain – Répond aux stimuli douloureux U : Unresponsive – Ne répond à aucun stimuli
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
PR	Premier répondant
SMPAU	Système médicalisé de priorisation des appels urgents
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
TAP	Technicien ambulancier-paramédic

RÉFÉRENCES

RÉFÉRENCES TRADITIONNELLES

Le consentement : Guide à l'intention des médecins du Canada, 4e édition, ACPM - Evans, KG (Gowling Lafleur Henderson, s.r.l.).

Clinics ethics, Jonsen, AR; Siegler, M; Winslade, WJ, Macmillan Publishing, 1982.

Le Collège, Vol. XLVI, No 3 automne 2006 - Le consentement aux soins.

Guide de rédaction des documents cliniques à l'intention des techniciens ambulanciers-paramédics, 3e édition, avril 2009, Corporation d'Urgences-santé.

Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers-paramédics, 2013, 4e édition, MSSS.

Protocoles d'intervention clinique à l'usage des premiers répondants 2013, 4e édition, MSSS.

L'éthique et la déontologie, objets de réflexion – CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, services préhospitaliers d'urgence.

Bulletin clinique préhospitalier – Installation du DEA chez le patient vivant, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1075, chemin Sainte-Foy, Québec, (Québec) G1S 2M1

RÉFÉRENCES INTERNET

<http://www.cma.ca/representationamc/medias-sociaux-medecins-canadiens>

<https://www.cpsbc.ca/files/u6/Social-Media-and-Online-Networking-Forums.pdf>

<http://www.oiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/chroniques/medias-sociaux-et-pratique-infirmiere>

<http://www.studentparamedic.org.au/images/pdf/rcnasocialmedia.pdf>

<http://www.health.ri.gov/discipline/MDAlexandraThran.pdf>

Médecins et médias sociaux: qui parle à qui? Point de vue d'une avocate, Me Magali Cournoyer-Proulx, associée.

ANNEXES

ANNEXE A : LOI SUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (L.R.Q., chapitre S-6.2)

Articles pertinents

TITRE I

ORGANISATION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

CHAPITRE I

OBJET

Objectif.

1. La présente loi vise à ce que soit apportée, en tout temps, aux personnes faisant appel à des services préhospitaliers d'urgence une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité à l'égard des personnes en détresse.

Dispositions.

À cette fin, elle encadre l'organisation des services préhospitaliers d'urgence et favorise leur intégration et leur harmonisation à l'ensemble des services de santé et des services sociaux. Elle identifie les services à mettre en place, les différents acteurs de cette organisation et précise les droits, rôles et responsabilités de ces derniers.

2002, c. 69, a. 1.

SECTION II

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PREMIERS RÉPONDANTS

Premiers soins de stabilisation.

39. Un premier répondant, sur affectation exclusive du centre de communication santé, fournit à une personne dont l'état le requiert les premiers soins de stabilisation requis conformément aux protocoles d'intervention clinique élaborés à cette fin par le ministre et correspondant au niveau de formation qu'il reconnaît.

Fonctions.

Agissant en complémentarité du technicien ambulancier, le premier répondant applique les protocoles visant la prévention de la détérioration de l'état de la personne en détresse et transfère au technicien ambulancier la responsabilité des interventions à son arrivée sur les lieux.

2002, c. 69, a. 39; 2005, c. 32, a. 297.

SECTION IV LE TECHNICIEN AMBULANCIER

Conditions.

63. Les conditions pour agir comme technicien ambulancier sont les suivantes:

1° avoir complété la formation collégiale initiale reconnue par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie et réussi l'examen afférent à cette formation ou avoir complété une formation reconnue équivalente par le directeur médical national en application du paragraphe 8° du premier alinéa de l'article 6 ou être titulaire d'un certificat ou d'une autre forme de reconnaissance professionnelle officielle, délivré au Canada, attestant qu'il est qualifié et autorisé à agir comme technicien ambulancier et reconnu par le directeur médical national conformément à ce paragraphe;

2° être inscrit au registre national de la main-d'oeuvre maintenu par le ministre conformément au paragraphe 10° de l'article 3 et avoir obtenu une carte de statut de technicien ambulancier.

2002, c. 69, a. 63; 2005, c. 28, a. 195; 2009, c. 43, a. 11; 2013, c. 28, a. 201.

Conditions.

64. Le gouvernement peut, par règlement, déterminer les conditions que doit remplir un technicien ambulancier pour être inscrit au registre national de la main-d'oeuvre et obtenir une carte de statut de technicien ambulancier.

Perfectionnement et compétences.

Il peut également, de la même manière, déterminer les obligations de perfectionnement de connaissances et d'évaluation des compétences auxquelles un technicien ambulancier doit se soumettre à l'intérieur d'une période de quatre ans pour maintenir son inscription au registre national.

2002, c. 69, a. 64.

Renseignements à caractère public.

64.1. Parmi les renseignements contenus au registre national de la main-d'oeuvre, le nom d'un technicien ambulancier, son statut d'exercice, les activités de formation continue auxquelles il a participé ainsi que la date de sa première inscription au registre et celle de toute inscription ultérieure ont un caractère public.

Règlement.

De plus, le gouvernement peut, par règlement, déterminer, parmi les autres renseignements contenus au registre, lesquels ont un caractère public.

2009, c. 45, a. 42.

Protocoles d'intervention clinique.



65. Un technicien ambulancier fournit à une personne dont l'état requiert l'intervention des services préhospitaliers d'urgence les soins nécessaires conformément aux protocoles d'intervention clinique élaborés par le ministre.

Devoirs.

Le technicien ambulancier vérifie chez la personne concernée la présence de signes ou symptômes permettant l'application des protocoles afin de prévenir la détérioration de l'état de cette personne et, le cas échéant, la transporte avec diligence vers un centre exploité par l'établissement receveur désigné ou entre des installations maintenues par un ou des établissements.

2002, c. 69, a. 65.



Encadrement médical.

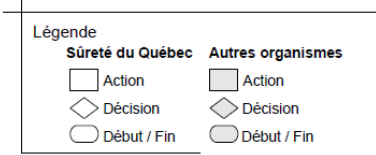
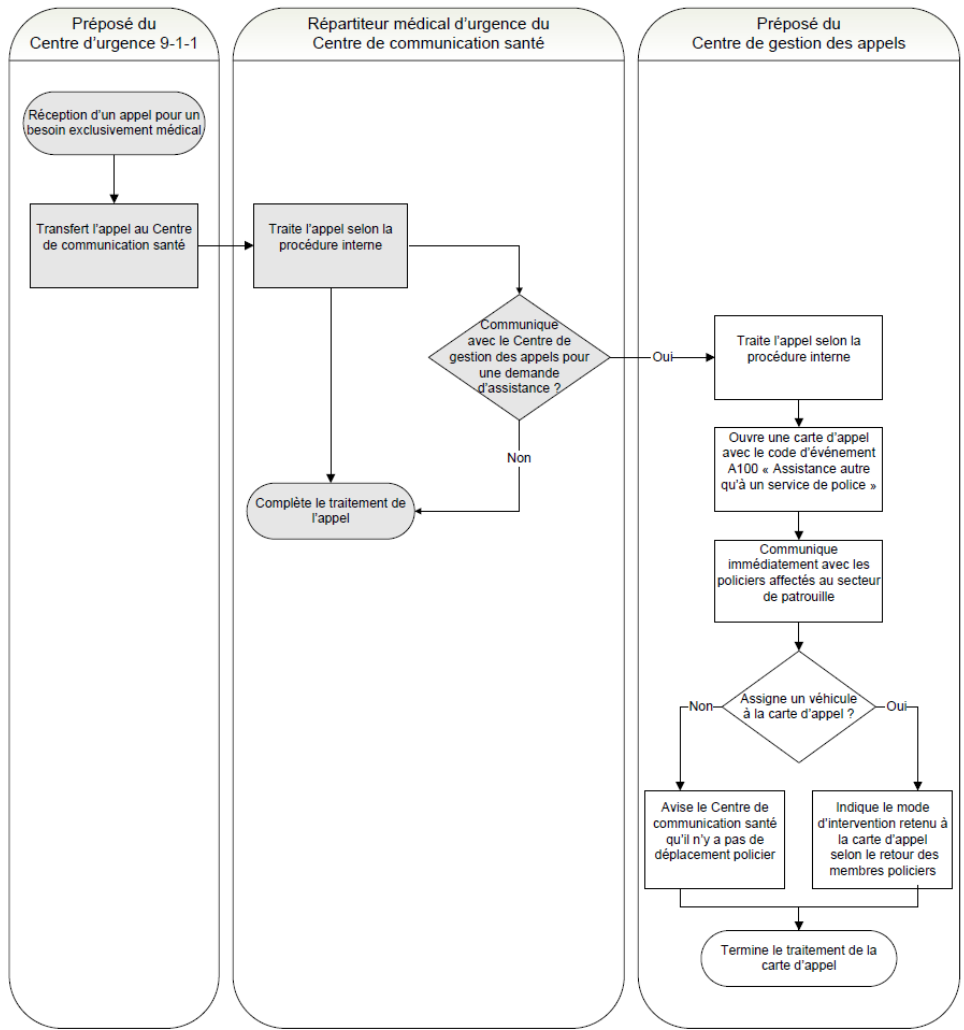
66. Dans le cadre de l'exercice de ses fonctions, le technicien ambulancier doit respecter les protocoles visés à l'article 65 de même que respecter l'encadrement médical régional établi en vertu de l'article 17 et participer à l'encadrement médical régional établi en vertu de l'article 17.

2002, c. 69, a. 66.

ANNEXE B : TRAITEMENT D'UN APPEL POUR UN BESOIN EXCLUSIVEMENT MÉDICAL

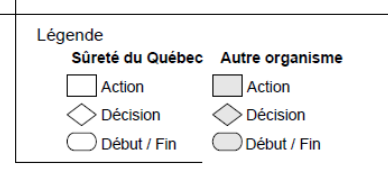
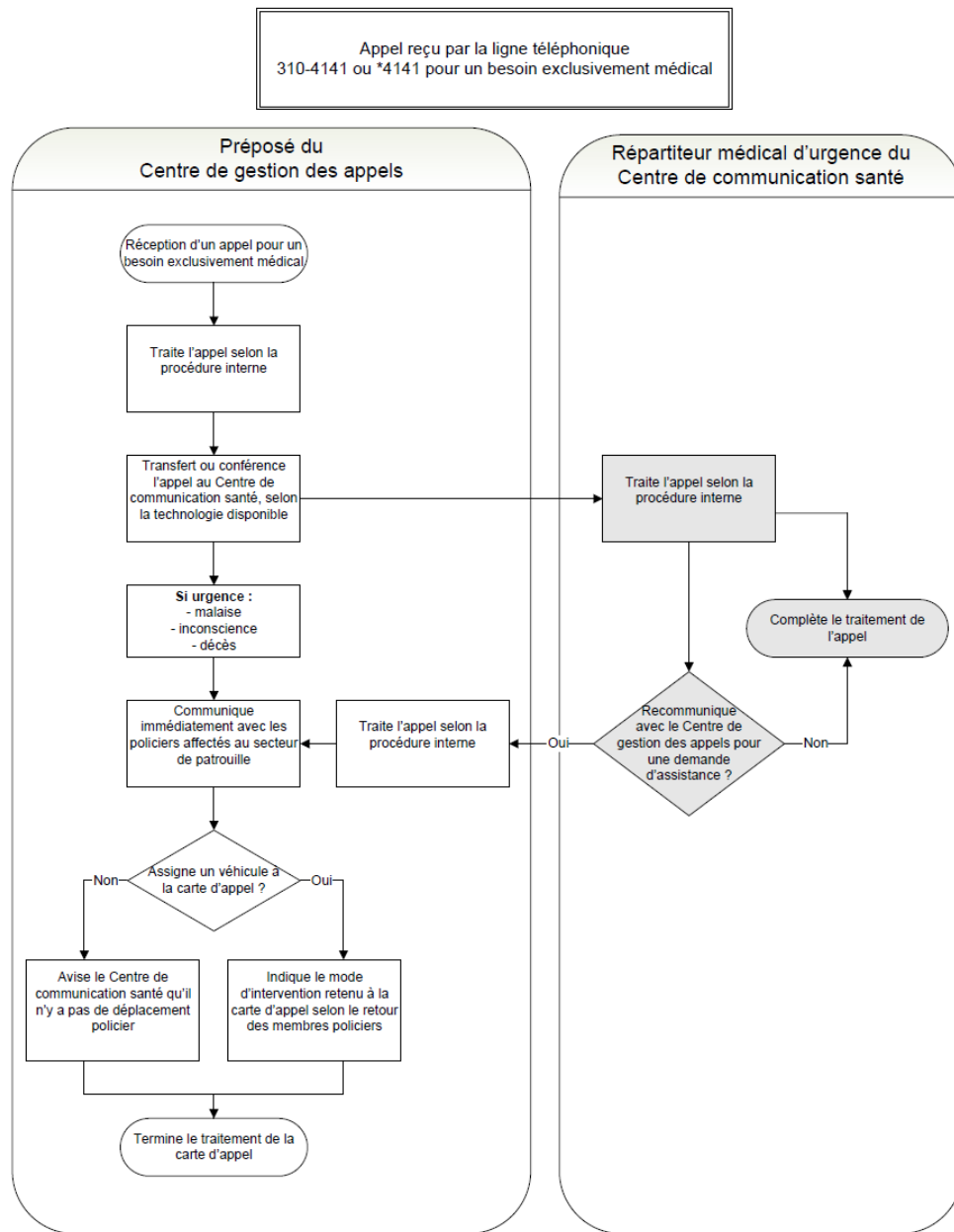
9-1-1

Appel reçu par la ligne téléphonique 9-1-1 pour un besoin exclusivement médical



Service du soutien à la surveillance du territoire
 Novembre 2012

***4141 OU LE 310-4141**



Service du soutien à la surveillance du territoire
Novembre 2012

ANNEXE C : PRORITÉS D'AFFECTATION DES RESSOURCES PRÉHOSPITALIÈRES

LISTE DES PRIORITÉS D'AFFECTATION Janvier 2011 /Septembre 2012

ORIGINE DE LA DEMANDE GRAND PUBLIC (9-1-1)			ORIGINE DE LA DEMANDE INTERÉTABLISSEMENT			
Priorité	Nature de la demande	Délai d'affectation	Priorité	Nature de la demande	Délai d'affectation	Objectif de TR moyen
0	Haut risque d'arrêt cardio-respiratoire	Affectation immédiate urgente prioritaire ¹				
1	Risque immédiat de mortalité	Affectation immédiate urgente ²				
			2	Patient instable Risque élevé de morbidité et/ou mortalité immédiate.	Affectation immédiate	< 30 minutes dans 95% du temps
3	Risque potentiel de détérioration clinique (risque de morbidité)	Affectation immédiate ³				
4	Risque de détérioration clinique au cours des heures suivantes	Affectation < 30 minutes en dedans de 80% < 60 minutes en dedans de 90%				
			5	Patient stable pour transfert rapide Ces patients correspondent à une clientèle avec un traitement débuté dans un centre exigeant un suivi ou un soutien non disponible au centre référant; ces patients présentent un faible risque de morbidité et de détérioration clinique à court terme. Retour d'examen/rendez-vous d'un patient qui requiert une surveillance clinique accrue ou des traitements actifs (soins intensifs, coronariens ou intermédiaires)	Affectation < 40 minutes en dedans de 95%	< 60 minutes dans 95% du temps
			6	Patient stable avec rendez-vous Patients stables avec besoins de monitoring clinique faisant objet de rendez-vous définis (programmés) pour des traitements et/ou des investigations. Patients en soins palliatifs nécessitant transport en ambulance.	Affectation selon l'heure prévue du rendez-vous (pouvant aller jusqu'à 2 heures plus tôt)	Non applicable
7	Situation clinique stable, sans risque identifié, ayant peu de risque de détérioration immédiate	Affectation : < 2 heures en dedans de 80% < 3 heures en dedans de 90%				
			8	Patient stable pour transfert non urgent Patients stables avec besoins de monitoring clinique nécessitant un transfert avec des soins médicaux et/ou un support trop spécialisé pour un transport adapté.	Affectation < 12 heures	Non applicable

ANNEXE D : Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence, RLRQ c M-9, r 2.1

Loi médicale

(L.R.Q., c. M-9, a. 3)

Code des professions


(L.R.Q., c. C-26, a. 94, par. h)

SECTION I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Le présent règlement a pour objet de déterminer parmi les activités professionnelles que peuvent exercer les médecins celles qui, suivant les conditions et modalités qui y sont déterminées, peuvent l'être par un premier répondant, un technicien ambulancier, un technicien ambulancier en soins avancés et par d'autres personnes dans le cadre des services ou soins préhospitaliers d'urgence, auprès d'une personne présentant un problème de santé qui nécessite une intervention d'urgence.

D. 26-2012, a. 1.

 **2.** En l'absence d'un premier répondant ou d'un technicien ambulancier, toute personne peut utiliser un défibrillateur externe automatisé lors d'une réanimation cardiorespiratoire.

D. 26-2012, a. 2; D. 164-2013, a. 1.

3. En l'absence d'un premier répondant ou d'un technicien ambulancier, toute personne peut administrer de l'adrénaline lors d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique à l'aide d'un dispositif auto-injecteur.

D. 26-2012, a. 3; D. 164-2013, a. 2.

4. En l'absence d'un premier répondant ou d'un technicien ambulancier, toute personne ayant suivi une formation sur l'administration de glucagon, donnée par un médecin ou une infirmière, peut administrer du glucagon à une personne en état d'hypoglycémie qui est inconsciente, en convulsion, incapable d'avaler ou confuse.

D. 26-2012, a. 4.

5. Toute personne ayant suivi une formation sur l'administration d'oxygène peut administrer cette substance à une personne en attendant l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence.

D. 26-2012, a. 5.

6. Les activités professionnelles déterminées par le présent règlement sont exercées conformément aux protocoles d'intervention clinique élaborés et approuvés, après consultation du Collège des médecins du Québec, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, conformément au troisième alinéa de l'article 3 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2).

D. 26-2012, a. 6.

SECTION II

PREMIER RÉPONDANT

7. Un premier répondant peut:

1° utiliser le défibrillateur externe automatisé lors d'une réanimation cardiorespiratoire;

2° administrer de l'adrénaline, à l'aide d'un dispositif auto-injecteur, lors d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique;

3° assister la ventilation à l'aide d'un ballon-masque;

4° insérer une canule nasopharyngée;

5° administrer du glucagon lors d'une hypoglycémie sévère à une personne inconsciente, en convulsion, incapable d'avaler ou confuse.

Dans le présent règlement, «premier répondant» signifie toute personne dont le nom figure sur la liste des premiers répondants dressée par une agence visée à l'article 339 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) ou par la Corporation d'Urgences-santé visée à l'article 87 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2)

D. 26-2012, a. 7.

SECTION III

TECHNICIEN AMBULANCIER

8. Pour exercer les activités professionnelles déterminées à l'article 9, le technicien ambulancier doit être inscrit au registre national de la main-d'oeuvre des techniciens ambulanciers constitué en vertu du paragraphe 10 du deuxième alinéa de l'article 3 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2) et avoir obtenu une carte de statut de technicien ambulancier lui permettant d'exercer ces activités.

D. 26-2012, a. 8.

9. Un technicien ambulancier peut, outre les activités visées à l'article 7:

1° apprécier la présence de signes ou de symptômes permettant l'application des protocoles visés à l'article 6;

2° insérer une canule oesophago-trachéale à double voie ou un dispositif supraglottique à une personne présentant un arrêt cardiorespiratoire ou une atteinte de l'état de conscience;

3° administrer les substances ou les médicaments requis, par voie sublinguale, orale, intranasale, sous-cutanée, intramusculaire, transdermique ou par inhalation;

4° installer un soluté sans médication par voie intraveineuse à l'aide d'un cathéter périphérique court, à la demande et en présence d'un technicien ambulancier en soins avancés;

5° utiliser le moniteur défibrillateur semi-automatique lors d'une réanimation cardiorespiratoire;

6° exercer la surveillance clinique de la condition d'une personne;

7° assister mécaniquement la ventilation, incluant par un tube endotrachéal déjà en place;

8° aspirer les sécrétions chez une personne porteuse d'une trachéotomie.

D. 26-2012, a. 9.

SECTION IV

TECHNICIEN AMBULANCIER EN SOINS AVANCÉS

10. Pour exercer les activités professionnelles déterminées aux articles 12 et 13, le technicien ambulancier en soins avancés doit:

1° avoir une expérience pertinente reliée à l'exercice de ces activités totalisant 24 mois à temps plein;

2° être titulaire d'un diplôme universitaire de formation en soins préhospitaliers d'urgence avancés délivré par une université du Québec dans le cadre d'un programme d'études de 1er cycle comportant un minimum de 60 crédits ou s'être vu attribuer une équivalence par le directeur médical national, en application du paragraphe 8 du premier alinéa de l'article 6 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2);

3° être inscrit au registre national de la main-d'oeuvre des techniciens ambulanciers et avoir obtenu une carte de statut de technicien ambulancier autorisant la pratique en soins préhospitaliers avancés.

D. 26-2012, a. 10.

11. Peut également exercer les activités professionnelles déterminées aux articles 12 et 13, le technicien ambulancier en soins avancés qui, au 1er avril 2002, a réussi la formation en soins avancés reconnue par la Corporation d'Urgences-santé et approuvée par le Collège des médecins du Québec et qui:

1° est inscrit au registre national de la main-d'oeuvre des techniciens ambulanciers avec un statut actif autorisant la pratique en soins préhospitaliers avancés;

2° a réussi, dans le cadre d'un programme de formation en médecine préhospitalière reconnu par le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence, en application du paragraphe 8 du premier alinéa de l'article 6 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., c. S-6.2), une formation complémentaire de 175 heures portant sur:

- a) la cardiologie;
- b) la neurologie;
- c) la pharmacologie;
- d) la pneumologie;
- e) la physiologie;
- f) les protocoles préhospitaliers.

D. 26-2012, a. 11.

12. Un technicien ambulancier en soins avancés peut, outre les activités déterminées aux sections II et III:

- 1 évaluer la condition d'une personne;
- 2 administrer les substances et les médicaments requis par voie intraveineuse ou endotrachéale;
- 3 procéder à une laryngoscopie directe de la personne dont les voies respiratoires sont obstruées par un corps étranger et procéder au retrait de celui-ci;
- 4 pratiquer une défibrillation manuelle.

Il peut également, dans le cadre d'un projet de recherche visant l'évaluation des soins préhospitaliers avancés, procéder à l'intubation endotrachéale de la personne adulte présentant un arrêt cardiorespiratoire ou une atteinte de l'état de conscience.

D. 26-2012, a. 12.

13. Un technicien ambulancier en soins avancés peut, outre les activités déterminées aux sections II et III, à la suite d'une ordonnance individuelle:

1° installer un soluté par voie intraosseuse et administrer les substances ou les médicaments requis;

2° utiliser les techniques effractives suivantes:

- a) effectuer une thoracocentèse à l'aide d'une technique à l'aiguille chez le patient dans un état préterminal, sous assistance ventilatoire;
- b) appliquer une stimulation cardiaque externe;
- c) appliquer une cardioversion;
- d) effectuer une cricothyroïdectomie percutanée.

En l'absence d'une ordonnance individuelle et lorsque la communication avec un médecin est impossible, un technicien ambulancier en soins avancés peut, chez le patient instable, utiliser ces techniques effractives.

D. 26-2012, a. 13.

SECTION V

ÉTUDIANT

14. Un étudiant inscrit à un programme de formation menant à un diplôme d'études collégiales en soins préhospitaliers d'urgence ou à une attestation d'études collégiales en techniques ambulancières reconnue par le **ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie** peut, en présence d'un médecin, d'un autre professionnel habilité, d'un résident en médecine ou d'un technicien ambulancier reconnu comme formateur par une institution d'études collégiales, exercer les activités professionnelles déterminées aux articles 7 et 9 dans la mesure où elles sont requises aux fins de compléter ce programme.

D. 26-2012, a. 14; L.Q. 2013, c. 28, a. 204.

15. Un étudiant inscrit à un programme de formation menant à un diplôme visé au paragraphe 2 de l'article 10 peut, en présence d'un médecin, d'un autre professionnel habilité, d'un résident en médecine ou d'un technicien ambulancier en soins avancés reconnu comme formateur par le programme de formation universitaire, exercer les activités professionnelles déterminées aux articles 12 et 13 dans la mesure où elle sont requises aux fins de compléter ce programme.

D. 26-2012, a. 15.

16. Le technicien ambulancier en soins avancés visé à l'article 11 peut, en présence d'un médecin, d'un autre professionnel habilité, d'un résident en médecine ou d'un technicien ambulancier en soins avancés reconnu comme formateur par le programme de formation universitaire, exercer les activités professionnelles déterminées aux articles 12 et 13 dans la mesure où elle sont requises aux fins de compléter la formation complémentaire de 175 heures visée au paragraphe 2 de l'article 11.

D. 26-2012, a. 16.

17. Le présent règlement remplace le Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence (c. M-9, r. 2).

D. 26-2012, a. 17.

À jour 1er juillet 2017

ANNEXE E : Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2)

CHAPITRE II DOSSIER DE L'USAGER

ARTICLES PERTINENTS - CONFIDENTIALITÉ

19. Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'usager ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom. Un renseignement contenu au dossier d'un usager peut toutefois être communiqué sans son consentement:

1. sur l'ordre d'un tribunal ou d'un coroner dans l'exercice de ses fonctions;
2. à la demande du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services en vertu de l'article 36, d'un médecin examinateur en vertu du troisième alinéa de l'article 47, d'un comité de révision visé à l'article 51 ou de l'un de ses membres en vertu du deuxième alinéa de l'article 55, d'un commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services en vertu de l'article 69, d'un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou d'un expert externe à l'établissement auquel ce conseil a recours en vertu du deuxième alinéa de l'article 214;
3. à la demande d'une personne qu'une agence désigne pour faire une inspection en vertu du deuxième alinéa de l'article 413.2 ou à la demande d'une agence ou d'une personne que celle-ci désigne pour faire une enquête en vertu du deuxième alinéa de l'article 414;
4. au ministre en vertu de l'article 433, pour l'exercice de ses fonctions prévues à l'article 431;
5. à une personne autorisée à faire une inspection en vertu du deuxième alinéa de l'article 489 ou de l'article 489.1;
6. à une personne désignée par le gouvernement en vertu du deuxième alinéa de l'article 500 et chargée d'enquêter sur une matière visée au premier alinéa de cet article;
7. dans les cas et pour les finalités prévus aux articles 19.0.1, 19.0.2, 19.0.3, 19.2 et 27.1, au septième alinéa de l'article 78, au deuxième alinéa de l'article 78.1, au quatrième alinéa de l'article 107.1, au cinquième alinéa de l'article 108, au deuxième alinéa de l'article 185.1, à l'article 204.1, au quatrième alinéa de l'article 349.3 et **aux articles 520.3.0.1 et 520.3.1**;
8. à la demande, en vertu de l'article 77, de tout comité de révision visé à l'article 41 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ou d'une personne ou d'un comité visé à l'article 192 du Code des professions (chapitre C-26), lorsque la communication du renseignement est nécessaire pour l'accomplissement de leurs fonctions;
9. dans le cas où le renseignement est communiqué pour l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);
10. dans les cas et pour les finalités prévues aux articles 8 et 9 de la Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant des armes à feu (chapitre P-38.0001);
11. à toute personne ou tout organisme lorsque ce renseignement est détenu par un établissement qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ou un centre de réadaptation et qu'il est nécessaire pour l'application de la Loi sur le système de justice pénale pour les

adolescents (L.C. 2002, c. 1), pour la réadaptation ou la réinsertion sociale de cet usager ou en vue d'assurer la protection du public;

12. dans le cas où le renseignement est communiqué pour l'application de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (chapitre I-13.03);
13. dans le cas où le renseignement est communiqué pour l'application de la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (chapitre P-9.0001);
14. dans le cas où le renseignement est communiqué pour l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001);
15. dans les cas et pour les finalités prévus au deuxième alinéa de l'article 41.2 de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01);
16. dans les cas et pour les finalités prévus au paragraphe 7 de l'article 10 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (chapitre A-28);
17. à une personne autorisée à faire une inspection ou une enquête en vertu de l'article 19.1 ou de l'article 20 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5);
18. dans les cas et pour les finalités prévus au paragraphe 1.1 de l'article 18 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).

1991, c. 42, a. 19; 1992, c. 21, a. 2; 1999, c. 45, a. 1; 2001, c. 60, a. 161; 2005, c. 32, a. 1; 2006, c. 28, a. 20; 2006, c. 43, a. 1; 2007, c. 30, a. 19; 2009, c. 45, a. 20; 2010, c. 15, a. 82; 2011, c. 15, a. 1; 2012, c. 23, a. 160; 2014, c. 2, a. 71; 2015, c. 25, a. 17; 2016, c. 28, a. 77.

19.0.1. Un renseignement contenu au dossier d'un usager peut être communiqué, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace l'usager, une autre personne ou un groupe de personnes identifiable.

Les renseignements peuvent alors être communiqués à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou à toute personne susceptible de leur porter secours. Ils ne peuvent l'être que par une personne ou une personne appartenant à une catégorie de personnes autorisée par le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, par le directeur général de l'établissement.

Les personnes ainsi autorisées ne peuvent communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

Le directeur général de l'établissement doit, par directive, établir les conditions et les modalités suivant lesquelles les renseignements peuvent être communiqués. Toute personne autorisée à communiquer ces renseignements est tenue de se conformer à cette directive.

2001, c. 78, a. 14; 2005, c. 32, a. 2.

ANNEXE F : CODE CIVIL DU QUÉBEC (L.Q. 1991, chapitre 64)

ARTICLES PERTINENTS

CHAPITRE PREMIER

DE L'INTÉGRITÉ DE LA PERSONNE


10. Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.

Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

1991, c. 64, a. 10.


SECTION I

DES SOINS

 **11.** Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.


Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection peut le remplacer.

1991, c. 64, a. 11; 2014, c. 2, a. 65; N.I. 2016-01-01 (NCPC).

 **12.** Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a pu manifester.

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.

1991, c. 64, a. 12; 2014, c. 2, a. 66.

 **13.** En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.


Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne.

1991, c. 64, a. 13.

14. Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.

Le mineur de 14 ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait.

1991, c. 64, a. 14.

 **15.** Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée **et en l'absence de directives médicales anticipées**, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.

1991, c. 64, a. 15; 2002, c. 6, a. 1; 2014, c. 2, a. 67.

16. L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.

1991, c. 64, a. 16.

17. Le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins non requis par l'état de santé; le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur est cependant nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent lui causer des effets graves et permanents.

1991, c. 64, a. 17.

18. Lorsque la personne est âgée de moins de 14 ans ou qu'elle est inapte à consentir, le consentement aux soins qui ne sont pas requis par son état de santé est donné par le titulaire de l'autorité parentale, le mandataire, le tuteur ou le curateur; l'autorisation du tribunal est en outre nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents.

1991, c. 64, a. 18.

26. Nul ne peut être gardé dans un établissement de santé ou de services sociaux, en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une évaluation psychiatrique concluant à la nécessité d'une garde, sans son consentement ou sans que la loi ou le tribunal l'autorise.

Le consentement peut être donné par le titulaire de l'autorité parentale ou, lorsque la personne est majeure et qu'elle ne peut manifester sa volonté, par son mandataire, son tuteur ou son curateur. Ce consentement ne peut être donné par le représentant qu'en l'absence d'opposition de la personne.

1991, c. 64, a. 26; 1997, c. 75, a. 29.

27. S'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente 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, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée provisoirement dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir une évaluation psychiatrique. Le tribunal peut aussi, s'il y a lieu, autoriser tout autre examen médical rendu nécessaire par les circonstances. Si la demande est refusée, elle ne peut être présentée à nouveau que si d'autres faits sont allégués.

Si le danger est grave et immédiat, la personne peut être mise sous garde préventive, sans l'autorisation du tribunal, comme il est prévu par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001).

1991, c. 64, a. 27; 1997, c. 75, a. 30.

28. Lorsque le tribunal ordonne une mise sous garde en vue d'une évaluation psychiatrique, un examen doit avoir lieu dans les 24 heures de la prise en charge par l'établissement de la personne concernée ou, si celle-ci était déjà sous garde préventive, de l'ordonnance du tribunal.

Si le médecin qui procède à l'examen conclut à la nécessité de garder la personne en établissement, un second examen psychiatrique doit être effectué par un autre médecin, au plus tard dans les 96 heures de la prise en charge ou, si la personne était initialement sous garde préventive, dans les 48 heures de l'ordonnance.

Dès lors qu'un médecin conclut que la garde n'est pas nécessaire, la personne doit être libérée. Si les deux médecins concluent à la nécessité de la garde, la personne peut être maintenue sous garde, pour un maximum de 48 heures, sans son consentement ou l'autorisation du tribunal.

1991, c. 64, a. 28; 1997, c. 75, a. 31.

29. Tout rapport d'examen psychiatrique doit porter, notamment, sur la nécessité d'une garde en établissement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, sur l'aptitude de la personne qui a subi l'examen à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens et, le cas échéant, sur l'opportunité d'ouvrir à son égard un régime de protection du majeur.

Il doit être remis au tribunal dans les sept jours de l'ordonnance. Il ne peut être divulgué, sauf aux parties, sans l'autorisation du tribunal.

1991, c. 64, a. 29; 1997, c. 75, a. 32.

30. La garde en établissement à la suite d'une évaluation psychiatrique ne peut être autorisée par le tribunal que si les deux rapports d'examen psychiatrique concluent à la nécessité de cette garde.

Même en ce cas, le tribunal ne peut autoriser la garde que s'il a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire, quelle que soit par ailleurs la preuve qui pourrait lui être présentée et même en l'absence de toute contre-expertise.

1991, c. 64, a. 30; 1997, c. 75, a. 33; 2002, c. 19, a. 1.

30.1. Le jugement qui autorise la garde en fixe aussi la durée.

La personne sous garde doit, cependant, être libérée dès que la garde n'est plus justifiée, même si la période fixée n'est pas expirée.

Toute garde requise au-delà de la durée fixée par le jugement doit être autorisée par le tribunal, conformément aux dispositions de l'article 30.

2002, c. 19, a. 1.

31. Toute personne qui est gardée dans un établissement de santé ou de services sociaux et y reçoit des soins doit être informée par l'établissement du plan de soins établi à son égard, ainsi que de tout changement important dans ce plan ou dans ses conditions de vie.

Si la personne est âgée de moins de 14 ans ou si elle est inapte à consentir, l'information est donnée à la personne qui peut consentir aux soins pour elle.

1991, c. 64, a. 31.

CHAPITRE TROISIÈME

DU RESPECT DE LA RÉPUTATION ET DE LA VIE PRIVÉE

35. Toute personne a droit au respect de sa réputation et de sa vie privée.

Nulle atteinte ne peut être portée à la vie privée d'une personne sans que celle-ci y consente ou sans que la loi l'autorise.

1991, c. 64, a. 35; 2002, c. 19, a. 2.

36. Peuvent être notamment considérés comme des atteintes à la vie privée d'une personne les actes suivants:

1° Pénétrer chez elle ou y prendre quoi que ce soit;

2° Intercepter ou utiliser volontairement une communication privée;

3° Capter ou utiliser son image ou sa voix lorsqu'elle se trouve dans des lieux privés;

4° Surveiller sa vie privée par quelque moyen que ce soit;

5° Utiliser son nom, son image, sa ressemblance ou sa voix à toute autre fin que l'information légitime du public;

6° Utiliser sa correspondance, ses manuscrits ou ses autres documents personnels.

1991, c. 64, a. 36.

37. Toute personne qui constitue un dossier sur une autre personne doit avoir un intérêt sérieux et légitime à le faire. Elle ne peut recueillir que les renseignements pertinents à l'objet déclaré du dossier et elle ne peut, sans le consentement de l'intéressé ou l'autorisation de la loi, les communiquer à des tiers ou les utiliser à des fins incompatibles avec celles de sa constitution; elle ne peut non plus, dans la constitution ou l'utilisation du dossier, porter autrement atteinte à la vie privée de l'intéressé ni à sa réputation.

1991, c. 64, a. 37.

38. Sous réserve des autres dispositions de la loi, toute personne peut, gratuitement, consulter et faire rectifier un dossier qu'une autre personne détient sur elle soit pour prendre une décision à son égard, soit pour informer un tiers; elle peut aussi le faire reproduire, moyennant des frais raisonnables. Les renseignements contenus dans le dossier doivent être accessibles dans une transcription intelligible.

1991, c. 64, a. 38.

39. Celui qui détient un dossier sur une personne ne peut lui refuser l'accès aux renseignements qui y sont contenus à moins qu'il ne justifie d'un intérêt sérieux et légitime à le faire ou que ces renseignements ne soient susceptibles de nuire sérieusement à un tiers.

1991, c. 64, a. 39.

40. Toute personne peut faire corriger, dans un dossier qui la concerne, des renseignements inexacts, incomplets ou équivoques; elle peut aussi faire supprimer un renseignement périmé ou non justifié par l'objet du dossier, ou formuler par écrit des commentaires et les verser au dossier.

La rectification est notifiée, sans délai, à toute personne qui a reçu les renseignements dans les six mois précédents et, le cas échéant, à la personne de qui elle les tient. Il en est de même de la demande de rectification, si elle est contestée.


1991, c. 64, a. 40.

41. Lorsque la loi ne prévoit pas les conditions et les modalités d'exercice du droit de consultation ou de rectification d'un dossier, le tribunal les détermine sur demande.

De même, s'il survient une difficulté dans l'exercice de ces droits, le tribunal la tranche sur demande.

1991, c. 64, a. 41.


§ 4. — Des actes de décès



122. Le médecin qui constate un décès en dresse le constat.

Il remet un exemplaire à celui qui est tenu de déclarer le décès. Un autre exemplaire est transmis, sans délai, au directeur de l'état civil par le médecin ou par le directeur de funérailles qui prend charge du corps du défunt, avec la déclaration de décès, à moins que celle-ci ne puisse être transmise immédiatement.

1991, c. 64, a. 122; 1999, c. 47, a. 5.



123. S'il est impossible de faire constater le décès par un médecin dans un délai raisonnable, mais que la mort est évidente, le constat de décès peut être dressé par deux agents de la paix, qui sont tenus aux mêmes obligations que le médecin.

1991, c. 64, a. 123.



124. Le constat énonce le nom et le sexe du défunt, ainsi que les lieux, date et heure du décès.

1991, c. 64, a. 124.

125. La déclaration de décès est faite, sans délai, au directeur de l'état civil, soit par le conjoint du défunt, soit par un proche parent ou un allié, soit, à défaut, par toute autre personne capable d'identifier le défunt. Dans le cas où un directeur de funérailles prend charge du corps, il déclare le moment, le lieu et le mode de disposition du corps.

1991, c. 64, a. 125; 1999, c. 47, a. 6; 2013, c. 27, a. 14.

126. La déclaration de décès énonce le nom et le sexe du défunt, le lieu et la date de sa naissance et, le cas échéant, de son mariage ou de son union civile, le nom du conjoint, le nom de ses père et mère, le lieu de son dernier domicile, les lieux, date et heure du décès ainsi que le moment, le lieu et le mode de disposition du corps.

1991, c. 64, a. 126; 2002, c. 6, a. 15; 2013, c. 27, a. 15.

127. Lorsqu'elles sont inconnues, le directeur de l'état civil fixe la date et l'heure du décès sur la foi du rapport d'un coroner et suivant les présomptions tirées des circonstances.

Si le lieu du décès n'est pas connu, le lieu présumé est celui où le corps a été découvert.

1991, c. 64, a. 127.

128. Si l'identité du défunt est inconnue, le constat contient son signalement et décrit les circonstances de la découverte du corps.

1991, c. 64, a. 128.

À jour le 1er juillet 2017.

ANNEXE G : Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q., chapitre C-12)

CONSIDÉRANT que tout être humain possède des droits et libertés intrinsèques, destinés à assurer sa protection et son épanouissement;

Considérant que tous les êtres humains sont égaux en valeur et en dignité et ont droit à une égale protection de la loi;

Considérant que le respect de la dignité de l'être humain, l'égalité entre les femmes et les hommes et la reconnaissance des droits et libertés dont ils sont titulaires constituent le fondement de la justice, de la liberté et de la paix;

Considérant que les droits et libertés de la personne humaine sont inséparables des droits et libertés d'autrui et du bien-être général;

Considérant qu'il y a lieu d'affirmer solennellement dans une Charte les libertés et droits fondamentaux de la personne afin que ceux-ci soient garantis par la volonté collective et mieux protégés contre toute violation;

À ces causes, Sa Majesté, de l'avis et du consentement de l'Assemblée nationale du Québec, décrète ce qui suit:

PARTIE I

LES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE

CHAPITRE I


LIBERTÉS ET DROITS FONDAMENTAUX

1982, c. 61, a. 1.

1. Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne. Il possède également la personnalité juridique.

1975, c. 6, a. 1; 1982, c. 61, a. 1.

2. Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours.

 Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable.

1975, c. 6, a. 2.

3. Toute personne est titulaire des libertés fondamentales telles la liberté de conscience, la liberté de religion, la liberté d'opinion, la liberté d'expression, la liberté de réunion pacifique et la liberté d'association.

1975, c. 6, a. 3.

4. Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation.

1975, c. 6, a. 4.



5. Toute personne a droit au respect de sa vie privée.

1975, c. 6, a. 5.

6. Toute personne a droit à la jouissance paisible et à la libre disposition de ses biens, sauf dans la mesure prévue par la loi.

1975, c. 6, a. 6.

7. La demeure est inviolable.

1975, c. 6, a. 7.

8. Nul ne peut pénétrer chez autrui ni y prendre quoi que ce soit sans son consentement exprès ou tacite.

1975, c. 6, a. 8.

9. Chacun a droit au respect du secret professionnel.

Toute personne tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi.

Le tribunal doit, d'office, assurer le respect du secret professionnel.

1975, c. 6, a. 9.

9.1. Les libertés et droits fondamentaux s'exercent dans le respect des valeurs démocratiques, de l'ordre public et du bien-être général des citoyens du Québec.

La loi peut, à cet égard, en fixer la portée et en aménager l'exercice.

1982, c. 61, a. 2

À jour 1er août 2012.

ANNEXE H : Règlement d'application de la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres (RRQ chapitre L-0.2, r. 1)

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres (L.R.Q., c. L-0.2, a. 69)

Loi sur la santé publique (L.R.Q., c. S-2.2, a. 44)

ARTICLES PERTINENTS

CHAPITRE III

CONDITIONS DE PRÉPARATION, D'EMBAUMEMENT, DE CRÉMATION OU D'INCINÉRATION DES DÉFUNTS, LES PERSONNES POUVANT EFFECTUER CES OPÉRATIONS ET LES ENDROITS OÙ ELLES PEUVENT ÊTRE CONDUITES

Dispositions générales

42. Un directeur de funérailles ou un embaumeur qui prend possession d'un cadavre humain contenant possiblement des radio-isotopes doit prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger les membres de son personnel appelés à manipuler le cadavre et doit faire en sorte d'éliminer toute source radioactive.

Toute source scellée de radioactivité doit être retirée d'un cadavre avant son embaumement ou crémation.

R.R.Q., 1981, c. P-35, r. 1, a. 42.



43. Aucune photographie d'un cadavre humain ne peut être prise, sauf sous autorité du ministère de la Justice ou avec le consentement écrit du conjoint de la personne ou de l'un de ses plus proches parents.

R.R.Q., 1981, c. P-35, r. 1, a. 43.

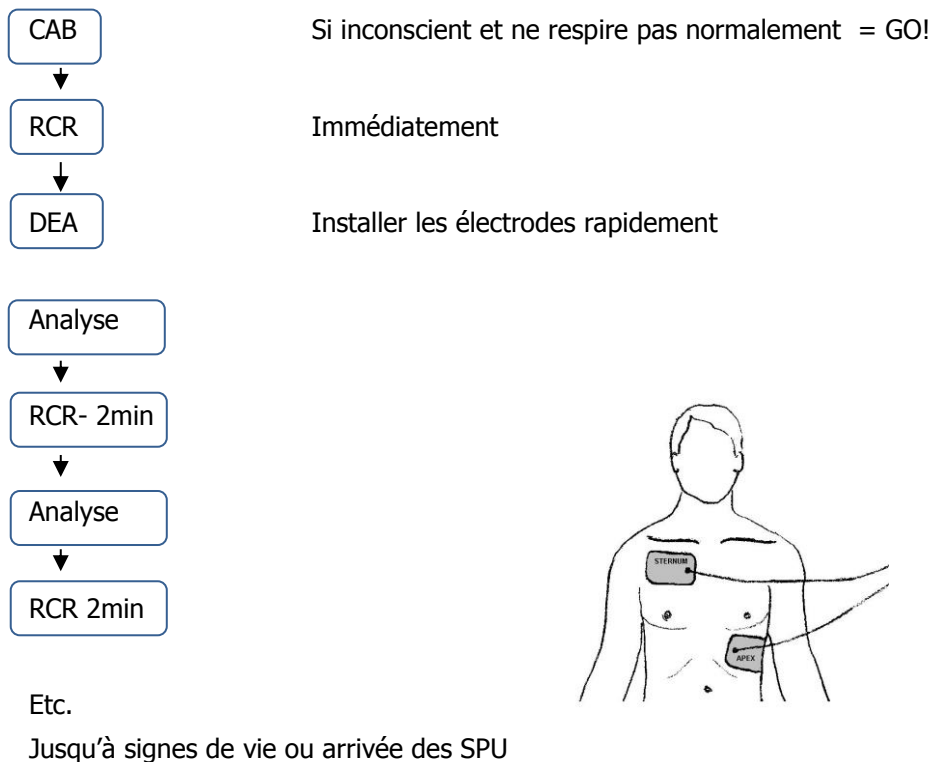
Formation : Défibrillateur externe automatisé (DEA)

RÉSUMÉ

RCR : Fréquence 100-120/minute

	Ratio	Profondeur	DEA
Adultes (puberté; +) :	30 : 2	2 à 2,4 pouces	oui
Enfant (1 an ad puberté) :	15 : 2 si 2 policiers	Environ 2 pouces	oui
Bébé (congé ad 1 an) :	15 : 2 si 2 policiers	Environ 1.5 pouces	oui

Protocole DEA :



À RETENIR

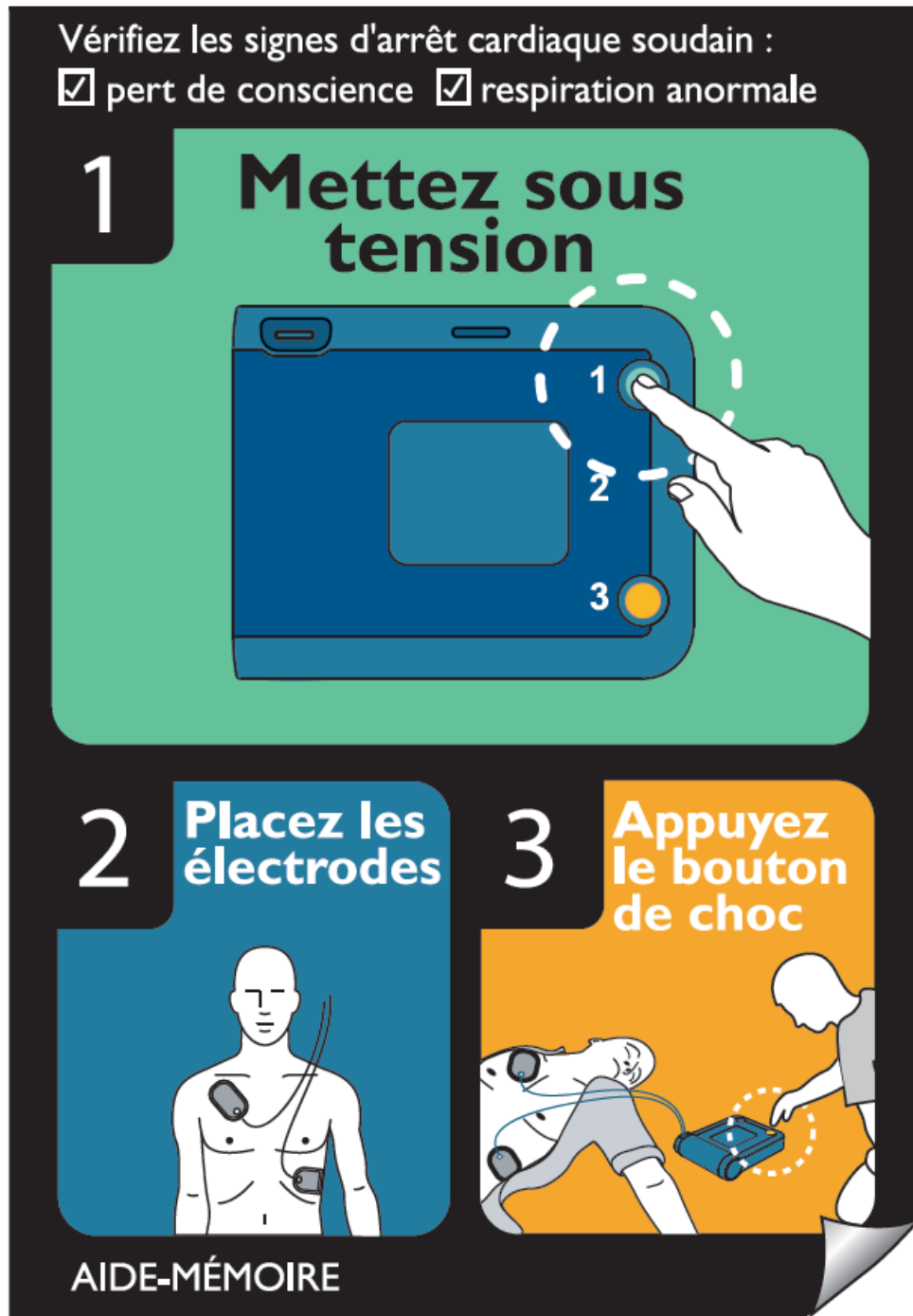
Rappelez-vous, pour chaque minute de délai sans RCR, les chances de survie diminuent de 10%!

La défibrillation rapide est clé à la survie des patients en ACR.

Dans le doute de la présence d'un pouls chez le patient inconscient, procéder à la réanimation.

Attention : certains patients en ACR respirent encore!

Dans une situation d'ACR possible, la pire chose est de ne rien faire.



Pour démonstration et pratique, consulter :
http://hwcdn.net/r9w5w5a9/cds/philips/frx/index_fr.html