

Manuel Belge de la Régulation Médicale



conseils



mots-clés



traitements d'appels



instructions



théorie et explications



PRÉFACE

Chacun d'entre nous peut être un jour ou l'autre confronté à une situation d'urgence: accident de voiture, perte de connaissance, difficultés respiratoires... Que ce soit comme patient ou simple témoin, pouvoir faire appel rapidement à des secours médicaux performants est décisif et peut sauver une ou plusieurs vies.

Notre pays a mis en place des numéros faciles à retenir (le 100 ou le 112 comme dans le reste de l'Europe) dans le but de mobiliser la chaîne des secours: ambulances, médecin généraliste, SMUR et services d'urgence hospitaliers.

Les personnes qui sont chargées de répondre à ces appels (les préposés à la régulation médicale) ont un travail essentiel: elles doivent collecter en un temps le plus court possible toutes les informations nécessaires permettant d'identifier le lieu d'intervention et les moyens nécessaires.

L'évolution de la médecine d'urgence a rendu ce travail encore plus complexe compte tenu des nouvelles possibilités de traitement qui sont offertes: défibrillation, thrombolyse, télémédecine... Etablir pour chaque appel, émis le plus souvent en situation de détresse, quelle est la bonne réponse à apporter est un défi complexe.

Il est donc essentiel de fournir aux préposés des recommandations qui peuvent servir de base à l'évaluation des situations d'urgence et des réponses à y apporter, mais aussi de guide dans la formation des futurs préposés. Partant de l'expérience accumulée dans les différents centres 100 et à la lumière de la littérature internationale sur le sujet, un groupe de travail fédéral, composé d'experts de terrain, a proposé ce guide. Il structure un ensemble de protocoles de prise d'appel et d'envoi des moyens urgents les plus fréquemment rencontrés. Ce document a été baptisé "Guide belge de la régulation médicale".

Ce manuel tient compte d'une ambulance encore expérimentale dans notre pays mais largement répandue dans les pays du nord de l'Europe, le PIT, dans lequel un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) en soins d'urgence pratique des soins durant l'intervention sur base d'ordres permanents rédigés par le médecin référent du service d'urgence. Ceci raccourcit dans nombre de cas les délais de traitement réels tout en ne mobilisant pas inutilement le SMUR.

Cette publication s'adresse prioritairement aux préposés des C100 et à leur hiérarchie, ainsi qu'aux infirmiers régulateurs et aux commissions d'aide médicale urgente, que je convie à œuvrer à sa mise en oeuvre.

Via l'administration de la Santé publique, les acteurs de terrain (ambulances, SMURs et médecins généralistes) sont également appelés à s'intégrer dans la démarche et à faire bénéficier le guide de leur expérience et de leurs commentaires afin de contribuer à une démarche d'amélioration permanente de cet outil.



Laurette Onkelinx
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION GENERALE	3	Protocole N°19 : Immobilisation prolongée - Compression corps et membres	60
2. ORGANISATION DES PROTOCOLES MEDICAUX	4	Protocole N° 20 : Inconscience - Coma (+ syncope)	62
3. PROCEDURE DE VALIDATION	5	Protocole N° 21 : Intoxication	64
Validation par le benchmarking	5	Protocole N° 22 : Intoxication CO	68
Validation par les participants au projet	5	Protocole N° 23 : Malaise - Plainte générale - Problème flou (maux de tête)	70
4. BIBLIOTHEQUE DE PROTOCOLES MEDICAUX	6	Protocole N° 24 : Morsure d'animal	72
PROTOCOLE N° 000 : Instructions générales	8	Protocole N° 25 : Noyade - Accident de plongée	74
PROTOCOLE N° 00 : Motif de l'appel - Bilan circonstanciel	12	Protocole N° 26 : Obstruction des voies respiratoires	76
PROTOCOLE N° 0 : Bilan des fonctions vitales	14	Protocole N° 27 : Pendaison et strangulation	78
PROTOCOLES N° 1 et suivants : Protocoles spécifiques	18	Protocole N° 28 : Problèmes psychiatriques	80
Protocole N° 1 : Accident de circulation	20	Protocole N° 29 : Réactions allergiques	82
Protocole N° 2 : Agression - Rixe - Viol	22	Protocole N° 30 : Traumatisme (+ amputation)	84
Protocole N° 3 : Arrêt cardiaque - Cadavre - Mort	24	Protocole N° 31 : Traumatisme crânien d'adulte et d'enfant	86
Protocole N° 4 : AVC - AIT	26	Protocole N° 32 : Fièvre de l'enfant	88
Protocole N° 5 : Blessure par arme	28	Protocole N° 33 : Catastrophe - Situations d'exceptions	90
Protocole N° 6 : Brûlures - Incendie	30	Protocole N° 34 : Coup de chaleur, insolations	92
Protocole N° 7 : Chute de grande hauteur (>3 m)	32	Protocole N° 35 : Défibrillateur externe automatique	94
Protocole N° 8 : Patient avec défibrillateur - Pacemaker	34	Protocole N° 36 : Personne ne répondant pas à l'appel	96
Protocole N° 9 : Diabète	36	Protocole N° 37 : Problème cardiaque (autre que douleur thoracique)	98
Protocole N° 10 : Troubles respiratoires	38	Protocole N° 38 : Adressage hospitalier	100
Protocole N° 11 : Douleur thoracique - Mal de poitrine	40	5. Annexe 1 : Liste des protocoles	107
Protocole N° 12 : Douleurs abdominales non traumatiques	42	6. Annexes 2 : Fiches de gestion d'appel	109
Protocole N° 13 : Douleurs dorsales non traumatiques	44	6.1 Fiche : Communiquer avec l'appelant	109
Protocole N° 14 : Electrification - Électrocution	46	6.2 Fiche : Gérer la compliance de l'appelant	111
Protocole N° 15 : Convulsions - Épilepsie	48	6.3 Fiche : Donner des conseils à l'appelant	112
Protocole N° 16 : Gardes médicales	50	6.4 Fiche : Gérer un appelant difficile	113
Protocole N° 17 : Grossesse	52	7. Annexe 3 : Glasgow Coma Scale	114
Protocole N° 18 : Hémorragie - Perte de sang	56		



1. INTRODUCTION GENERALE

Ce manuel propose un ensemble intégré de protocoles médicaux, permettant de faciliter et d'améliorer la qualité de la prise d'appels à l'aide par les préposés 100.

Comme professionnel, le préposé 100 est confronté à une tâche complexe de gestion d'incertitude : intégrer rapidement un grand nombre de données incomplètes fournies par des appelants sous stress, analyser la problématique exprimée, décider d'une solution en terme de moyens, composer l'unité d'intervention et envisager les contraintes logistiques (en terme de temps et d'espace). Cette complexité est aggravée par un facteur supplémentaire : le risque perçu des conséquences pratiques des erreurs commises.

Comme les préposés ne sont pas, généralement, spécialisés dans le domaine médical, il est important de les aider en leur fournissant des supports techniques adéquats.

Les protocoles médicaux constituent ces supports techniques, apportant aux préposés différentes informations et recommandations médicales.

Cela étant, ces protocoles ne remplaceront jamais le talent et l'expertise du préposé dans la gestion de la relation à l'appelant, l'analyse de la problématique, la stratégie de questionnement ou encore la prise de décision quant à l'envoi de moyens adéquats.

Ils permettront seulement de faciliter son travail par l'apport de propositions en termes d'indicateurs de gravité, de thèmes de questionnement, de décisions d'actions ou encore de conseils à l'appelant.

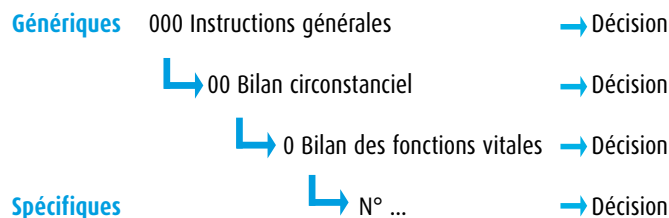
Remarque

Par ailleurs, ce **guide de la régulation médicale**, et les différents protocoles qu'il contient, a été **coordonné avec le manuel fédéral des ordres permanents**, servant de référence à l'exercice des missions des équipes des Paramédical Intervention Teams (PITs). Les actes délégués dans le cadre des Ordres Permanents PITs sont alignés aux circonstances d'envoi du **PIT** définies dans le présent guide.

2. ORGANISATION DES PROTOCOLES MEDICAUX

- 1) Les protocoles médicaux sont établis dans une logique de hiérarchisation. Cette hiérarchisation est manifestée à travers la numérotation, qui met en évidence l'ordre logique d'apparition des contenus, en fonction de leur degré de généralité. Le premier protocole définit différentes instructions générales, applicables dans toutes les situations. Les **bilan circonstanciel** et **bilan des fonctions vitales** sont génériques et également applicables dans toutes les situations. Ils sont complétés par d'autres protocoles offrant des contenus plus spécifiquement liés à chacune des 34 thématiques définies dans la liste des protocoles.
- 3) Ces protocoles sont rédigés sous une forme pratique et rapidement accessible, avec un souci d'économie de mots et de moyens. Pour cette même raison, ils intègrent le traitement d'appels effectués par les professionnels de la santé et/ou par les appelants non spécialisés (grand public).
- 4) A terme, ces protocoles seront intégrés dans un programme informatique, et pourront être utilisés par les préposés en temps réel. Globalement, leur accès fonctionnera sur base d'un moteur de recherche utilisant des mots-clés, qui permettront la sélection directe des protocoles correspondants à la problématique identifiée.

Ce séquençage se présente de la manière suivante :



Bien entendu, lors du traitement de certains appels à l'aide, les informations obtenues ne suivront pas systématiquement ce séquençage, mais apparaîtront plus probablement au fur et à mesure de l'interaction avec l'appelant.

- 2) La liste des protocoles médicaux à établir se veut aussi exhaustive que possible. Cela étant, nous avons limité le nombre de ces protocoles à une trentaine, de manière à éviter la surmultiplication de petits protocoles, non exploitables dans la pratique quotidienne de gestion des appels.



3. PROCEDURE DE VALIDATION

La procédure de validation des différents protocoles médicaux a été réalisée suivant deux approches :

- 1) la validation des options et principes par le benchmarking,
- 2) la validation des options, principes et contenus des protocoles par les participants au projet.

Validation par le benchmarking¹

Ce benchmarking a été basé sur l'analyse des orientations proposées par les systèmes :

- Catch (Powerphone)
- AMPDS
- Emergency Medical Dispatch guidelines (Criteria Based Dispatch)
- Guide Samu Centre 15.

Il a permis de confirmer certaines options prises et d'enrichir celles-ci par les bonnes idées développées au sein des autres systèmes de gestion d'appel à l'aide.

Par ailleurs, l'adaptation des idées et concepts à la réalité de terrain belge est un facteur essentiel de qualité de ce manuel. A ce niveau, l'expérience des membres de l'équipe de projet constitue, par la connaissance critique que les participants ont de ce métier et des pratiques des autres centres d'appel, une approche complémentaire de benchmarking.

Validation par les participants au projet

Cette validation a été opérée de la manière suivante :

- 1) l'écriture conjointe des protocoles par les infirmiers régulateurs de 7 Centres 100,
- 2) la relecture et l'amélioration de ces protocoles par :
 - 2.1 un comité de médecins urgentistes
 - 2.2 les responsables du Centre 100 de Mons
 - 2.3 le groupe Sherpa².

¹benchmarking (nom commun) [anglicisme] [écon.] Technique de gestion et de marketing consistant à comparer son entreprise à une ou plusieurs autres qui font référence dans un domaine spécifique.

²Il s'agit d'un groupe d'experts désignés par le Ministre de la Santé publique pour faire des propositions de réforme de l'AMU.

4. BIBLIOTHEQUE DE PROTOCOLES MEDICAUX

Les protocoles présentés dans ce manuel sont les suivants :

0. **Protocole d'instructions générales (000)** : ce protocole vise à préciser les grands principes et règles liés à la prise d'appel. Ces principes s'appliquent systématiquement et ne sont pas redéfinis dans chaque protocole spécifique.
1. **Protocole de bilan circonstanciel (00)** : ce protocole propose les questions de clarification du motif et des circonstances de l'appel. Des réponses à ces questions doivent être obtenues dans tous les cas de figure. Ces principes s'appliquent systématiquement et ne sont pas redéfinis dans chaque protocole spécifique.
2. **Protocole de bilan des fonctions vitales (0)** : quel que soit le motif de l'appel, le bilan des fonctions vitales permet, en cas de validation, de prendre une décision immédiate d'envoi, sans directement approfondir le questionnement par l'usage des protocoles spécifiques. Ces principes s'appliquent systématiquement et ne sont pas redéfinis dans chaque protocole spécifique.
3. **Protocoles spécifiques** : l'utilisation de ces protocoles permet d'approfondir une problématique particulière, pour apporter une réponse plus adaptée à la situation d'aide, lorsque le bilan des fonctions vitales le permet.

Les différents protocoles sont présentés dans les pages suivantes de ce document. Chaque catégorie de protocole est précédée par une note à l'utilisateur. Cette note permet de préciser les modalités d'utilisation des protocoles visés.



000	Instructions générales	Hémorragie - Perte de sang	18
00	Motif de l'appel - Bilan circonstanciel	Immobilisation prolongée - Compression corps et membres	19
0	Bilan des fonctions vitales	Inconscience - Coma (+ syncope)	20
1 et suivants	Protocoles spécifiques	Intoxication	21
1	Accident de circulation	Intoxication CO	22
2	Agression - Rixe - Viol	Malaise - Plainte générale - Problème flou (maux de tête)	23
3	Arrêt cardiaque - Cadavre - Mort	Morsure d'animal	24
4	AVC - AIT	Noyade - Accident de plongée	25
5	Blessure par arme	Obstruction des voies respiratoires	26
6	Brûlures - Incendie	Pendaison et strangulation	27
7	Chute de grande hauteur (>3 m)	Problèmes psychiatriques	28
8	Patient avec défibrillateur - Pacemaker	Réactions allergiques	29
9	Diabète	Traumatisme	30
10	Troubles respiratoires	Traumatisme crânien d'adulte et d'enfant	31
11	Douleur thoracique - Mal de poitrine	Fièvre de l'enfant	32
12	Douleurs abdominales non traumatiques	Catastrophe - Situations d'exceptions	33
13	Douleurs dorsales non traumatiques	Coup de chaleur, insolations	34
14	Electrisation - Electrocutation	Défibrillateur externe automatique	35
15	Convulsions - Épilepsie	Personne ne répondant pas à l'appel	36
16	Gardes médicales	Problème cardiaque (autre que douleur thoracique)	37
17	Grossesse	Adressage hospitalier	38

Note à l'utilisateur

Ce protocole vise à préciser les grands principes et règles liés à la prise d'appel. Ces principes s'appliquent systématiquement et ne sont pas redéfinis dans chaque protocole spécifique. Ils servent de cadre général à l'activité de prise d'appel effectuée par le préposé.

Ce cadre est défini en termes de :

1. procédure de traitement d'appel
2. relations avec les professionnels des soins de santé
3. observations et indicateurs
4. conseils génériques à adresser à l'appelant
5. médication
6. bonnes pratiques de gestion de l'intervention
7. qualification du degré de gravité

1. Traitements de l'appel

1. Dans tous les cas, appliquer le protocole 00, relatif au motif d'appel et au bilan circonstanciel.
2. Sauf indicateur de gravité nécessitant l'envoi d'un SMUR, indépendamment du bilan des fonctions vitales, appliquer le protocole relatif au bilan des fonctions vitales.
3. Valider le protocole choisi sur base des indicateurs définis.
4. Mettre en évidence les indicateurs de gravité.
5. Déterminer le degré d'urgence et de la réponse (envoi des moyens) à y apporter en fonction des indicateurs de gravité.

6. Pour évaluer la douleur du patient, l'échelle est graduée en quatre niveaux :

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTION
Le patient est incapable de se mobiliser à cause de sa douleur	1	Douleur invalidante	Envoi PIT pour visée antalgique Envoi SMUR si pas de PIT ou si non disponible
Le patient est capable de se mobiliser, malgré une douleur jugée insupportable	2	Douleur insupportable	Envoi PIT pour visée antalgique Envisager SMUR si pas de PIT ou si PIT non disponible
Le patient exprime la présence d'une douleur mais la juge supportable	3	Douleur supportable	Envoi ambulance Considérer envoi PIT
Le patient ne fait pas mention de douleur	4	Absence de douleur	Envoi ambulance

7. Si l'appelant est peu collaborant, envoyer une ambulance seule. Rappeler ensuite l'appelant pour obtenir des informations supplémentaires.



2. Professionnels des soins de santé

- Les données fournies par un **appellant professionnel de la santé** (médecin de famille, infirmière, kinésithérapeute...) ou un **“témoin privilégié”** (secouriste d'entreprise...) ont un degré de fiabilité supérieur à celles du citoyen lambda.
- Si un médecin traitant est sur place :
 - Demander à lui parler au téléphone
 - Lui demander si la médicalisation est nécessaire ou pas
 - Respecter sa décision, si le médecin s'engage à attendre les secours. Sinon, appliquer le protocole si le secours défini dans celui-ci est supérieur à celui requis par le médecin.

Le patient est sous sa responsabilité jusqu'à l'arrivée de l'ambulance qui, après réévaluation du patient, pourra réévaluer son avis et adapter les moyens (par exemple, par une demande de SMUR).

3. Observations

- Le cumul des observations, indiquées par un +, détermine le niveau de gravité.

4. Conseils généraux

- Tout geste d'aide à la victime devra se faire une fois le danger écarté (article 422bis & ter du code pénal).
- Si une menace (violence, agressivité) plane sur les intervenants, demander l'envoi de secours policiers. Envisager l'appel au 101 pour des patients agressifs.
- Conseiller au patient le repos absolu dans une atmosphère calme.
- Placer le patient inconscient en PLS (du côté gauche pour la femme enceinte) et rester auprès de la victime.
- Laisser le patient à jeun.
- Rappeler le “100” devant toute aggravation ou modification de l'état du patient.
- Rassurer, calmer la victime et son entourage.
- Mettre en sécurité l'appellant et la/les victime(s) si elles sont accessibles.
- Couvrir la/les victime(s) si possible.
- Si pas d'envoi de SMUR : veiller sur la respiration et la conscience, rappeler le 100 si l'état s'aggrave.
- En cas de doute sur les symptômes, se référer à l'indicateur d'urgence supérieur (toujours envoyer SMUR et ambulance en cas de doute sur le décès).
- Demander un SITREP (situation report) pour pouvoir prendre des mesures de coordination.

5. Médication

- Par principe, ne pas effectuer de prescription verbale de médicaments lors d'entretiens téléphoniques entre requérant(e)s et préposé(e)s.
- En cas de demande de conseil en matière de médicaments, informer l'appelant que la mission du Centre 100 est d'assurer l'envoi de secours dans le cadre de l'AMU et qu'effectuer une prescription verbale de médicaments expose le préposé à des poursuites judiciaires.
- Inviter l'appelant à prendre contact avec le médecin traitant, le médecin de garde ou l'hôpital le plus proche.
- Pour les patients qui souffrent de maladies chroniques, et qui demandent s'ils peuvent utiliser les médications habituellement administrées, être prudent en ne conseillant ni ne déconseillant l'administration de médicament.

6. Autres

- Demander un bilan systématique au premier secours professionnel présent sur place (nombre de victimes incarcérées ou non, lésions supposées, paramètres vitaux si possible).
- Si l'intervention a lieu en milieu industriel ou professionnel, faire guider les secours dès leur entrée dans le bâtiment.
- Devant un tableau peu clair ou si l'appelant n'est pas auprès de la victime, considérer l'inconscience comme établie. Rappeler l'appelant par après pour demander un complément d'informations et l'évolution de l'état de la victime.

- Une lésion à caractère vital = toute lésion dont le développement peut porter atteinte à la vie du patient ; exemples : fracture splénique (éclatement de la rate), dilacération de l'artère fémorale, écrasement cage thoracique, ...).
- Une hauteur de chute se juge par référence à des grandeurs de la vie courante (hauteur d'un étage = 3m).

7. Type & gravité

- Très grave – pronostic vital engagé
- Grave – pronostic vital non engagé

Instructions générales

Note à l'utilisateur

L'objectif est de mettre en évidence les circonstances ayant causé l'appel et de collecter des données pertinentes sur le patient. Le préposé doit chercher à obtenir des réponses aussi claires et précises que possible à ces différentes questions.

Bien sûr, en cas d'urgence vitale ou lorsque l'appelant fournit spontanément une réponse, il n'est pas nécessaire de suivre systématiquement l'ordre de ces questions. Ces informations peuvent être collectées auprès de l'appelant après l'envoi des secours.

1. Motif d'appel, circonstances de survenue

- Que se passe-t-il ? Que faisait la victime lorsque c'est arrivé ?
- Où se trouve la victime ? Est-elle facilement accessible (à pied, en voiture) ?
- Que ressent le patient ? De quoi se plaint-il ? Se plaignait-il avant que cela n'arrive ?
- L'appelant a-t-il connaissance de pathologies préexistantes pouvant être liées à l'appel en cours (diabète, épilepsie, etc.) ?
- Quel est l'âge du patient ?
 - Bébé (0 à 1 an)
 - Enfant (1 à 6 ans)
 - Grand enfant (6 à 14 ans)
 - Adulte (14 à 75 ans)
 - Personne âgée (> 75 ans)
- Quel est le nombre de victimes ?

Motif de l'appel – Bilan circonstanciel

Note à l'utilisateur

Le bilan des fonctions vitales vise à évaluer trois dimensions de la situation de la victime pour laquelle l'appel à l'aide est adressé :

1. son niveau de conscience
2. l'état de sa respiration
3. le fonctionnement de sa circulation.

En cas de problème grave, chacune de ces dimensions engage un pronostic vital. Elle est donc suffisante par elle-même pour justifier l'envoi immédiat de secours maximaux.

Les 3 bilans sont présentés sous la forme de tableaux incluant des observations, une gradation chiffrée de la gravité, une qualification de la gravité et des recommandations d'actions à mener.

La tâche du préposé est de valider la présence ou l'absence de ces différents indicateurs de gravité, par un questionnement adapté. La validation de ces indices observables permet de définir le degré de gravité de l'état de la victime et de sélectionner directement les actions à entreprendre en terme d'envoi de moyens.

OBSERVATION	NIVEAU (Gradation de la gravité)	TYPE (Qualification de la gravité)	ACTION
La victime : • Phénomène ou comportement visible ou décelable par un appelant professionnel ou non	1	Très grave	Définition des actions à mener (envoi d'une ambulance, des pompiers et/ou de la police, etc.)
	2	Grave	
	3	Sévère	
	4	Modéré	
	5	Léger	

- Suivant les tableaux, le nombre de degrés de gravité ne pourra être de plus de 5. L'évolution de la gravité pourra être formulée de différentes manières, suivant les problématiques.
- Le protocole requiert l'envoi de quatre types de moyens médicaux : SMUR, **PIT**, Ambulance et médecin traitant. Eventuellement, conseiller à l'appelant de lui téléphoner lui-même (en fonction des capacités de la personne et de la situation sur le moment).



Objectif : différencier l'urgence vitale avérée de l'urgence potentielle.

1. Conscience

L'objectif est de **déterminer le niveau de conscience**.

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTION
La victime : <ul style="list-style-type: none"> • n'ouvre pas les yeux • ne parle pas • ne réagit pas lorsqu'on la stimule • Glasgow < 8 	1	Victime inconsciente	<ul style="list-style-type: none"> • Appel Ambu & SMUR • Poursuivre bilan 0
La victime : <ul style="list-style-type: none"> • ouvre les yeux à la demande ou à la stimulation • parle de manière peu compréhensible voire incompréhensible • son état de vigilance est diminué, elle tend à "s'endormir" • 8 < Glasgow < 12 	2	Victime semi-consciente	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi d'un PIT • Eventuellement envisager envoi SMUR en fonction du reste du bilan

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTION
La victime : <ul style="list-style-type: none"> • ouvre les yeux spontanément • parle de manière compréhensible • obéit aux ordres simples • réagit à la stimulation³ • Glasgow > 12 	3	Victime consciente	Poursuivre bilan 0
Aucune (appelant n'est pas auprès de la victime)	4		

La conscience s'appréciera en fonction des éléments de plaintes reçus (traumatisme/maladie/intoxication/etc.).

Il se peut que l'appelant "professionnel de la santé" communique un score de Glasgow (Glasgow Coma Scale = GCS, voir annexe 3). Le score est compris entre 3 et 15. Un score inférieur à 8 nécessite l'envoi d'un SMUR.

La perte de selles est souvent un indicateur d'aggravation, indiquant une profondeur de coma supérieure.

Se méfier des éléments suivants :

- Surdité & déficit auditif
- Aphasie & autres troubles de l'élocution
- Hémiplégie (chez les personnes âgées par exemple).

³Encourager l'appelant à exécuter une stimulation simple (secouer légèrement la victime par ses épaules, effectuer une stimulation douloureuse légère (pincement), ...).

2. Respiration

L'objectif est de **déterminer la gravité de la détresse respiratoire.**

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTION
La victime ne respire plus : <ul style="list-style-type: none"> • absence de mouvements thoraciques • gasping • pause respiratoire 	1	Arrêt respiratoire	Envoi d'une ambulance et d'un SMUR
La victime : <ul style="list-style-type: none"> • est incapable de parler • touse • cyanose sévère • respire bruyamment • transpire 	2	Détresse respiratoire	Envoi d'une ambulance et d'un SMUR
La victime : <ul style="list-style-type: none"> • doit couper ses phrases pour reprendre son souffle • est à court d'haleine • cyanose péribuccale • touse • respire bruyamment 	3	Dyspnée	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi PIT • Poursuivre bilan 0

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTION
La victime : <ul style="list-style-type: none"> • parle • est bien colorée Pas de bruit respiratoire perçu	4	Respiration normale ou peu altérée	Poursuivre bilan 0



3. Circulation

L'objectif est de **mettre en évidence des signes d'altération de la circulation.**

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTION
La victime présente : <ul style="list-style-type: none"> • Absence de pouls • Pâleur extrême, voire "teint cireux" • Peau froide 	1	Arrêt Cardiaque (ARCA)	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi ambu & SMUR • Recommander CPR⁴ et/ou AED⁵
La victime présente : <ul style="list-style-type: none"> • Pâleur de la peau • Pouls est filant pulsation cardiaque > 120/min. ou < 45/min. • Extrémités froides • Pertes de sang conséquentes • Etat d'agitation • Vertiges en position semi-assise ou debout 	2	Choc établi ou potentiel	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi d'un PIT • Envisager SMUR • Poursuivre bilan 0

⁴La phone CPR est l'action qui consiste à guider un appelant non formé à la RCP (RCP = CPR = Cardio Pulmonary Resuscitation) en lui donnant des consignes simples pour réaliser une RCP "basique".

⁵Défibrillateurs semi-automatiques mis à disposition du grand public (AED = Automatic External Defibrillator).

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTION
La victime : <ul style="list-style-type: none"> • est normo-colorée • pulsation cardiaque entre 60 et 100/min. • n'a pas de pertes de sang conséquentes 	3	Fonction circulatoire normale ou peu altérée	Poursuivre interrogatoire spécifique

Le préposé notera les signes de gravité que l'appelant peut fournir :

- Signes de dégradation neurologique (agitation, tendance au sommeil)
- Moiteur de la peau hors contexte de sudation explicable (conditions climatiques, pyrexie)
- Pertes de sang conséquentes : la perte de sang peut s'apprécier en fonction du degré de conscience ; des vertiges ressentis à la position debout ; de la pâleur de la peau.

OBSERVATION	NIVEAU (Gradation de la gravité)	TYPE (Qualification de la gravité)	
La situation : • Paramètres observables ayant un impact sur l'évaluation médicale	1	Très grave	• Définition des actions à mener (envoi d'une ambulance, des pompiers et/ou de la police, etc.)
	2	Grave	
La victime : • Phénomène ou comportement visible ou décelable par un appelant professionnel ou non	3	Sévère	
	4	Modéré	
+ Les observations précédées d'une puce (+) intègrent les observations présentées dans les cases précédentes	5	Léger	

- Suivant les protocoles, le nombre de degrés de gravité ne pourra être de plus de 5. L'évolution de la gravité pourra être formulée de différentes manières, suivant les problématiques.
- Le protocole requiert l'envoi de quatre types de moyens médicaux : SMUR, **PIT**, Ambulance et médecin traitant.



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

Cette rubrique apporte un complément d'informations au préposé.

Elle intègre des propositions d'actions à entreprendre, par exemple lorsque :

- l'action proposée à la rubrique précédente est impossible dans un délai raisonnable
- un professionnel est déjà présent sur le terrain, voire est à l'origine de l'appel
- une autre problématique médicale, faisant appel à un autre protocole, a une grande probabilité d'apparition
- ...



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

Cette rubrique apporte des conseils à transmettre à l'appelant, dans la phase préalable à l'arrivée des secours.

NB : voir annexe : Gérer la compliance de l'appelant – Donner des conseils à l'appelant.



5. Théorie et explications

Cette partie apporte des informations techniques liées à la problématique médicale visée par le protocole. Ces informations contribuent à la formation continue des préposés. Elles sont formulées sous la forme de textes ou phrases assez courts et spécifiques, pouvant être lus et retenus rapidement.



1. Mots-clés

Accident | Choc frontal | Collision en chaîne | Carambolage | Personne coincée | Collision | Piéton | Cycliste | Motocycliste | Moto | Motard | Camion | Fronto-latéral | Latéral | Éjecté



2. Traitement de l'appel

2.1 Indicateurs validant l'hypothèse d'accident de circulation

Les indicateurs sont basés sur :

- Les circonstances (nombre de victimes, nombre de véhicules impliqués, le type: camion, autocar, bus, voiture, moto, etc.)
- Le lieu (route, autoroute, trottoir, carrefour, VP, piste cyclable, etc.)
- La typologie des lésions (traumatismes, incarceration, ...).

2.2 Indicateurs d'urgence

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTIONS						
<ul style="list-style-type: none"> • Inconscient • État de choc • Paralytie • Coincée • Victime éjectée • Cinétique élevée : <ul style="list-style-type: none"> - frontal - tonneaux - autoroute - déformation du véhicule - voiture/piéton - moto/voiture - autres morts apparents dans l'accident 	1	Gravement blessé	<table border="1"> <tr> <td>D1</td> <td>Désincarcération et/ou secours pompiers</td> </tr> <tr> <td>D2</td> <td>SMUR & Ambulance</td> </tr> <tr> <td>D3</td> <td>Police</td> </tr> </table>	D1	Désincarcération et/ou secours pompiers	D2	SMUR & Ambulance	D3	Police
D1	Désincarcération et/ou secours pompiers								
D2	SMUR & Ambulance								
D3	Police								
<ul style="list-style-type: none"> • Conscient • Coincé • Sans lésion vitale • Hyperalgie 	2	Risque potentiel de lésions graves	<table border="1"> <tr> <td>D1</td> <td>Désincarcération et/ou secours pompiers</td> </tr> <tr> <td>D2</td> <td>PIT</td> </tr> <tr> <td>D3</td> <td>Police</td> </tr> </table>	D1	Désincarcération et/ou secours pompiers	D2	PIT	D3	Police
D1	Désincarcération et/ou secours pompiers								
D2	PIT								
D3	Police								
<ul style="list-style-type: none"> • Conscient • Non coincé • Légèrement blessé 	3	Légèrement blessé	<table border="1"> <tr> <td>D1</td> <td>Police</td> </tr> <tr> <td>D2</td> <td>Ambulance</td> </tr> <tr> <td>D3</td> <td>Police</td> </tr> </table>	D1	Police	D2	Ambulance	D3	Police
D1	Police								
D2	Ambulance								
D3	Police								





3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- ▶ Voir instructions générales.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Veiller à sa propre sécurité
- Rappeler consignes de balisage "basiques" (feux de détresse, triangle, port du gilet fluo)
- Ne pas extraire la victime de son véhicule, sauf danger immédiat (feu)
- Laisser la victime dans la position dans laquelle elle se sent le mieux
- Comprimer les plaies pour essayer d'arrêter le saignement.



5. Théorie et explications

Cinétique des accidents⁶

Les accidents de voitures peuvent être divisés schématiquement en 5 types :

- Collision frontale (lésions potentielles : crâne, colonne cervicale, cage thoracique, cavité abdominale, bassin, membres inférieurs)
- Impact arrière (lésions potentielles : colonne cervicale et autres organes si suivi d'un impact frontal)

⁶PHTLS (secours et soins préhospitaliers aux traumatisés), Association américaine des techniciens médicaux d'urgence, pp33 à 45, Elsevier Ed., 2004.

- Collision latérale (lésions potentielles : crâne, colonne cervicale, thorax, cavité abdominale, bassin. L'épaule sera lésée en fonction du point d'impact)
- Impact rotatoire (lésions potentielles : divers organes atteints en fonction de la position de la victime. Les lésions les plus graves s'observent chez la victime la plus proche du point d'impact)
- Tonneaux (lésions potentielles : impossible à déterminer. Probables lésions de cisaillement chez les victimes qui portent la ceinture. Risque d'éjection chez celles qui ne la portent pas).

Piétons renversés

Trois phases

- Impact initial au niveau des jambes (parfois au niveau de la hanche)
- Le torse bascule sur le capot du véhicule (chez l'enfant, le corps peut parfois glisser sous la voiture)
- La victime glisse du véhicule vers le sol, souvent la tête la première.



5. Théorie et explications

Victimologie⁷

1. Un trauma psychologique peut survenir après un évènement traumatique qui est défini comme ceci : un moment de vie pendant lequel une personne s'est sentie réellement menacée, a craint pour sa vie ou celle d'un proche ou a été confrontée à la vision insoutenable d'un évènement traumatisant, en tant que témoin par exemple.
2. Les troubles psycho-traumatiques sont la conséquence immédiate ou différée, sur le plan psychique, de l'évènement traumatique vécu par la victime, lui donnant l'impression paralysante que la situation va sans cesse se reproduire et brisant ainsi sa vie.
3. Dans un premier temps, la victime peut ne présenter aucun trouble. Cependant, pour une partie des victimes l'évènement traumatisant aura des conséquences qui se révéleront sous forme de trois catégories de symptômes :
 - a. **La répétition des évènements traumatiques** : cauchemars récurrents, images intrusives, vives réactions émotionnelles et physiques.
 - b. **Un comportement d'évitement de tous stimuli** (objets, personnes, lieux, etc.) susceptibles de rappeler les faits.
 - c. **Une hyper vigilance** : sursaut au moindre bruit, plus irritable, difficultés d'endormissement et manque de concentration.

4. L'État de stress post-traumatique (ESP ou PTSD en anglais) survient chez 20 à 30% des sujets après évènement traumatique les confrontant à la mort.

La plupart des services de Police du royaume mettent des bureaux d'aide aux victimes à la disposition des citoyens. La condition à remplir est généralement de souffrir d'un trouble psychologique consécutif à une infraction pénale (agression, viol, tentative de meurtre).

⁷Source : <http://www.victimo.org>



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Si le patient est décédé avec certitude et qu'un professionnel de la santé est sur place (médecin généraliste, infirmier, etc.) : le SMUR ne doit pas être engagé, il faut envisager de faire appeler un médecin généraliste qui remplira lui-même le certificat de décès.
- Si la personne ne répond ni au téléphone ni quand on sonne à la porte, ou que plus personne n'a de nouvelles d'elle depuis plus de 24H, le SMUR ne doit pas forcément être engagé. Soit elle est décédée et "irréanimable", soit sa démarche de ne pas répondre aux appels est volontaire et elle ne doit donc pas non plus être réanimée.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Envisager une réanimation cardio-pulmonaire par téléphone avec un appelant particulièrement collaborant.



5. Théorie et explications

Les chances de récupération d'une fibrillation ventriculaire diminuent de 10% par minute.

La reconnaissance de l'ACR (Arrêt Cardio Respiratoire) par un témoin est assez simple, ce qui doit donc limiter l'entretien téléphonique au strict minimum.

La RCP précoce a toute son importance dans le pronostic de récupération du patient. Cela signifie qu'il faut systématiquement proposer à l'appelant d'entamer une RCP de base.

La pratique du massage cardiaque, sans bouche-à-bouche associé donne des résultats significatifs en termes de survie et simplifie les manœuvres de réanimation par des non-professionnels.

La prise du pouls carotidien par des témoins non-professionnels n'est pas nécessaire pour la reconnaissance de l'ACR et serait de toute façon peu fiable.

La définition du caractère "suspect" d'un décès est une prérogative médicale. Sauf en cas de danger pour les intervenants ou pour des raisons de maintien de l'ordre, l'appel aux forces de l'ordre ne peut se faire que sur la demande du médecin sur place.



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Envisager l'intoxication au CO – protocole n°22
- Envisager l'hypoglycémie chez un diabétique – protocole n°9.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Faire placer la personne consciente en position semi-assise
- Si le patient est inconscient, le mettre en PLS (position latérale de sécurité).



5. Théorie et explications

La différence entre l'**AIT** (accident ischémique transitoire) et l'**AVC** (accident vasculaire cérébral) tient dans l'unique fait que la symptomatologie de l'AIT régresse généralement dans les 24 heures tandis que dans l'AVC, le déficit persiste et le patient gardera souvent des séquelles.

Il existe deux types d'AVC :

1. Les **AVC ischémiques** dont le mécanisme est comparable à celui de l'infarctus, à savoir une artère du cerveau bouchée par un caillot.
2. Les **AVC hémorragiques** dont l'importance de l'hémorragie déterminera l'état du patient.

L'AIT ou l'AVC peut être confondu avec d'autres situations urgentes :

- une hypoglycémie chez le diabétique
- un état postcritique d'une crise d'épilepsie
- une intoxication au CO.

Un pic d'hypertension important peut-être à l'origine d'un AVC hémorragique.

L'impossibilité de parler ne peut pas être prise en compte dans l'évaluation de l'état de conscience du fait de l'aphasie induite par l'AVC ou l'AIT.



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Avertir les services de secours du danger possible
- Si rixe toujours en cours : appel police
- Déclencher un "scoop and run" en cas d'hémorragie externe incontrôlable et d'indisponibilité du SMUR. Prévenir l'hôpital d'accueil de l'arrivée de l'ambulance non médicalisée.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Veiller à sa propre sécurité
- Laisser l'arme sur place, ne pas y toucher. Préserver les traces
- Mettre un tissu propre et comprimer les blessures. Attention, ne pas comprimer si objet pénétrant encore dans la plaie. Ne pas extraire l'arme de la blessure.



5. Théorie et explications

Une blessure pénétrante (uniquement point d'entrée) est plus grave qu'une blessure perforante (point d'entrée et de sortie). En effet, la présence seule d'un point d'entrée n'établit en rien la trajectoire interne du projectile (profondeur, orientation). Les lésions seront fonction du trajet interne de la balle qui est lui-même conditionné par l'onde de choc interne et le phénomène de cavitation de la balle, entre autre. Tout coup de couteau ou toute plaie par balle n'est pas forcément grave. C'est l'organe ou la région blessée qui feront que la situation sera grave ou pas.

Plaies par arme blanche : elles peuvent donner des plaies superficielles, qui, mêmes multiples, n'hypothèquent en rien le pronostic vital du patient (coup de couteau par effleurement). Par contre, un coup de couteau perforant à l'abdomen, au thorax, au cou et au crâne justifie la médicalisation systématique de l'intervention par le SMUR, suite à la gravité des lésions internes que le patient peut présenter.

Plaies par balle : les points d'entrées seront souvent des plaies de petite taille peu impressionnantes qui ne sont jamais le reflet des lésions internes que le projectile aura provoquées.

On ne peut rien conclure des positions respectives des orifices d'entrée et de sortie : en fonction de l'arme utilisée, le trajet de la balle entre les deux n'est pas forcément une ligne droite (cavitation). Ce type de plaies donne lieu à des complications infectieuses importantes. Ces interventions feront systématiquement l'objet d'enquêtes judiciaires. **Le secret médical reste de mise, mais la sécurité des intervenants est prioritaire.**



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Si brûlure chimique, tenter de déterminer le produit
- Si incendie, possibilité d'intoxication au CO et cyanures
- En cas de plusieurs blessés gravement brûlés, penser au plan BABI
- Si explosion, voir protocole traumatisme n°30.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Evacuez les victimes hors de la fumée
- Rincez les brûlures avec de l'eau tiède pendant minimum 15 minutes sous l'eau courante (règle des 15, Eau à 15°C pendant 15 minutes à 15 cm de la brûlure)
- Ne pas couvrir les brûlures de corps gras ou autres substances
- Si brûlures membre supérieur, retirer bagues et bijoux.



5. Théorie et explications

Tout accident d'électrisation doit être médicalisé (voir fiche concernée).

Les intoxications associées (CO, cyanure) se rencontrent s'il y a incendie.

Evaluation de la surface corporelle brûlée pour l'adulte (Règle des 9 de Wallace)

Région corporelle	
Tête et cou	9%
Thorax (face antérieure)	9%
Thorax (face postérieure)	9%
Abdomen (face antérieure)	9%
Abdomen (face postérieure)	9%
1 membre supérieur (complet)	9%
1 membre inférieur (face antérieure)	9%
1 membre inférieur (face postérieure)	9%
Organes génitaux externes	1%

La grande majorité des brûlures chez les enfants sont des brûlures par liquide chaud (casseroles qui se renversent...).

Evaluation de la surface corporelle brûlée pour l'enfant (Règle des 9 de Wallace)

Région corporelle	Enft	Bébé
Tête et cou	14%	18%
Thorax (face antérieure)	9%	9%
Thorax (face postérieure)	9%	9%
Abdomen (face antérieure)	9%	9%
Abdomen (face postérieure)	9%	9%
1 membre supérieur (complet)	9%	9%
1 membre inférieur (face antérieure)	8%	7%
1 membre inférieur (face postérieure)	8%	7%

La plus grosse différence est que le crâne de l'enfant a une proportion plus importante que l'adulte.



1. Mots-clés

Hauteur | Chute | Toit | Étage | Passé par la fenêtre | Défenestration | Échafaudage | Balcon | Arbre | Terrasse | Escalier | Échelle | Toiture



2. Traitement de l'appel

2.1 Indicateurs validant l'hypothèse de chute

→ Circonstances - témoins

2.2 Indicateurs d'urgence

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
<ul style="list-style-type: none"> • Choc : pâleur, transpiration, peau froide • Cyanose • Convulsions • Respiration bruyante • Hauteur > 3m • Paralyse des membres • Pertes de sang jugées sévères • Agitation ou somnolence 	①	Grave	Ambulance + SMUR
<ul style="list-style-type: none"> • Pour Hauteur > 3m : <ul style="list-style-type: none"> – Hyperalgie – Pertes de sang jugées modérées • Paresthésies 	②	Modéré	PIT
<ul style="list-style-type: none"> • Hauteur < 2m • Pertes de sang jugées légères 	③	Léger	Ambulance

Chute de grande hauteur (>3 m)



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Compléter votre interrogatoire avec le/les protocoles suivant(s) : n° 18 - n° 31.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Si pas de raison pour déplacer la victime, laissez-la couchée sur place. Ne pas mobiliser le patient (respecter l'axe tête/cou/tronc)
- Comprimer toute hémorragie active à l'aide d'un linge propre.



5. Théorie et explications

La hauteur d'une chute est souvent surestimée par les appelants, cependant le pronostic vital du patient est engagé dès que la hauteur de la chute se situe entre 3 et 5 mètres (12% de décès pour une chute du premier étage, 97% du cinquième). Par facilité, on considérera qu'un étage équivaut à 3 mètres.

L'enfant est particulièrement exposé au risque de complications vu son faible volume circulant ; cela signifie qu'une perte de sang même si elle semble minime aura plus de conséquences que pour un adulte.

De même, la personne âgée présente d'autres caractéristiques qui la rendent vulnérable face à une chute de grande hauteur : déminéralisation osseuse favorisant les fractures, pathologies sous-jacentes très fréquentes (hypertension, cardiopathie, etc), médication tout aussi fréquente (prise d'anticoagulants, de β -bloquants, etc).

Les patients porteurs de Pacemaker se signalent comme tels auprès du 100 lors de l'appel mais l'appareil lui-même est rarement cause de problème (sonde arrachée, pile usée, stimulation désynchronisée).

Certains patients sont porteurs d'un défibrillateur automatique implantable (DAI). Le principe de pose est comparable à celui du Pacemaker (petit boîtier posé sous la peau relié à une sonde électrique placée à l'intérieur du cœur) mais les raisons de la pose sont sensiblement différentes : mort subite "récupérée", épisodes de tachycardie ou de fibrillations ventriculaires, syncopes liées à des épisodes de tachyarythmies mal supportées. Dans ce cas, le boîtier analyse en permanence le rythme cardiaque du patient et délivre un choc électrique pour synchroniser une arythmie potentiellement létale (c'est le même principe qu'une défibrillation "classique" mais via un appareil miniaturisé). Bien que les chocs électriques délivrés soient de faible intensité, les patients porteurs de DAI les ressentent douloureusement !

C'est la raison pour laquelle ils ont recours au service 100 en se plaignant que leur défibrillateur "déclenche". Il peut alors y avoir une arythmie grave sous jacente (FV, TV), le patient ressentira éventuellement des sensations de type syncope, malaise, palpitations en plus. Ces symptômes sont des signes d'alertes qui justifient l'envoi d'une équipe médicale. Dans de plus rares cas, le DAI délivrera des chocs électriques de façon erronée ou mal ajustée. Le patient ressentira des douleurs mais sans symptômes en plus.

Les appareils les plus modernes (et souvent plus onéreux ...) combinent les deux fonctions citées ci-dessus : cardiostimulateurs – défibrillateurs.



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Essayer d'avoir le patient au téléphone afin d'évaluer la gravité du problème directement avec lui
- Compléter votre interrogatoire avec le/les protocoles suivant(s) : n° 23 - n° 15 - n° 20
- Déterminer si le patient est traité par l'insuline. Dans l'affirmative, l'hypoglycémie s'installe plus vite.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Si la technique est connue par l'appelant, faire déterminer le taux de glycémie.
- En cas d'hypoglycémie, essayer de faire boire une petite quantité de boisson sucrée (p. ex. boissons sucrées, soda,...) à un patient conscient, qui ne présente pas de trouble de la déglutition et pour lequel il n'y a pas d'indication de rester à jeun (trauma, anesthésie prévisible, gastroscopie, etc.). Si l'état du patient ne s'améliore pas rapidement, faire stopper ce "resucrage" par voie orale. Cette pratique ne doit en aucun cas retarder l'envoi des secours.



5. Théorie et explications

Le diabète est une pathologie fréquente que les appelants signaleront généralement au téléphone.

Il convient de bien mettre en évidence la plainte justifiant le recours au service 100 :

- Est-ce le diabète qui pose problème ? (hypo ou hyperglycémie)
- le diabète apparaît-il comme une information supplémentaire qui n'a rien avoir avec le problème pour lequel ils appellent ?

Il y a lieu de rechercher systématiquement des convulsions. En effet, une hypoglycémie importante amène à un état convulsif (ce qui est différent de l'épilepsie traditionnelle).

Tout patient inconscient ou qui présente **un trouble neurologique** (par exemple: confusion, hémiparésie) **et diabétique** doit faire l'objet d'une médicalisation par le SMUR ou d'une paramédicalisation par un PIT selon le niveau de gravité.



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Ne pas écarter la possibilité d'une inhalation de produits ménagers ou industriels qui peuvent occasionner des gênes respiratoires
- Compléter votre interrogatoire avec le/les protocoles suivant(s) : n° 11 - n° 23 - n° 26.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Si le patient prend des médicaments, les préparer
- Repos absolu dans une atmosphère calme
- Position assise du patient conscient
- Si fausse déglutition ou inhalation de corps étranger suspectée, proposer à l'appelant, selon ses capacités, d'effectuer une manœuvre de Heimlich.



5. Théorie et explications

Chez un patient jeune, sans antécédents respiratoires, présentant une polypnée et une douleur thoracique, rechercher systématiquement des picotements aux lèvres et aux doigts → Crise de tétanie ou de spasmodophilie (à privilégier dans les écoles ou les lieux publics). 99% des patients présentant cette pathologie sont des femmes.

L'OAP (œdème pulmonaire) est une pathologie d'origine cardiaque mais dont la symptomatologie est à prédominance respiratoire. Un OAP suspecté ou avéré par un médecin généraliste devrait faire l'objet d'une médicalisation.

La cause principale de dyspnée aiguë chez l'insuffisant respiratoire chronique ou le BPCO est une infection des voies respiratoires (pneumonie...). C'est pourquoi il faut chez ces patients rechercher une apparition plus progressive de la dyspnée et des signes d'accompagnements tels que la fièvre. Cette situation ne doit pas faire l'objet d'une médicalisation systématique par un SMUR sauf en présence d'autres facteurs de gravité.

L'embolie pulmonaire est une pathologie respiratoire potentiellement grave selon les formes. Elle peut, dès qu'elle est suspectée par un médecin généraliste, faire l'objet d'une médicalisation par le SMUR.

L'aggravation d'une crise d'asthme simple est très rapide et peut se faire dans le décours même de l'appel téléphonique. Le moindre facteur de gravité nécessite la médicalisation de l'intervention par le SMUR.

1. Mots-clés

Mal de poitrine | Mal de thorax | Douleur retro sternale | Angine de poitrine | Angor pectoris | Suffocation | Sentiment d’étouffement | Rayonnement dans le bras et/ou dans le cou et la mâchoire | Infarctus – crise cardiaque | Attaque | Angor | Maladies du cœur | Bradycardie | Pouls faible | Tachycardie | Pouls irrégulier | Pouls rapide

2. Traitement de l’appel

2.1 Indicateurs validant l’hypothèse de douleurs thoraciques

- Douleur irradiante dans un bras, la mâchoire, le dos, l’épaule
- Douleur en coup de poignard, écrasement, oppression.

2.2 Indicateurs d’urgence

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
<ul style="list-style-type: none"> • Choc • Transpiration, pâleur, palpitations, perte de conscience (syncope) • Antécédents cardiaques • Douleur intense et persistante (rayonnante – irradiante dans le bras) • 2 douleurs en moins de 24h • Facteurs de risque (hypertension, diabète, tabagique) • Homme de plus de 35 ans – femme de plus de 40 ans 	1	Grave	Ambulance & SMUR
<ul style="list-style-type: none"> • Douleur respiro-dépendante • Douleur modérée • Homme de moins de 35 ans et femme de moins de 40 ans 	2	Modéré	PIT
<ul style="list-style-type: none"> • Contexte d’anxiété, de stress • Contexte de toux, t° 	3	Léger	Ambulance





3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Compléter votre interrogatoire avec les protocoles suivant(s) : n° 10 – n° 23
- L'âge et le sexe du patient peuvent orienter l'envoi des secours : l'homme de plus de 35 ans et la femme de plus de 40 ans sont des groupes à risque qui justifient l'envoi d'un SMUR.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Si le patient ou un proche lui a fait prendre un médicament (Cédocard®, Cardio-Aspirine®...), conseiller de ne plus rien prendre, même si la douleur n'a pas cédé (risque d'effets secondaires des médicaments).



5. Théorie et explications

Il peut être utile d'essayer d'avoir le patient au téléphone afin d'évaluer la gravité du problème en direct.

Les patients cardiaques sous traitements (Cédocard®, Cardio-Aspirine®...) prendront souvent par eux-mêmes leur traitement afin de faire céder la douleur.

Le risque d'arrêt cardiaque pour certaines causes de douleur thoracique justifie une médicalisation précoce dès la mise en évidence du moindre élément de gravité. Une douleur thoracique chez un patient cardiaque est à médicaliser sans devoir mettre en évidence d'autres signes de gravité.

Ne pas sous-estimer l'intérêt du gain de temps avant l'acheminement vers un service d'urgences, si le SMUR est indisponible.

Réfléchir aux possibilités suivantes avant d'envoyer un SMUR de réserve, forcément plus loin du lieu d'intervention :

- PIT si disponible
- Transport par une ambulance simple si un hôpital est très proche
- Vérifier la disponibilité possible du SMUR le plus proche
- Si la médicalisation vous semble indispensable, envisager une jonction entre l'ambulance et le SMUR qui prendra en charge le patient.

D'autres causes de douleurs thoraciques :

- La dissection aortique : douleur médio-thoracique violente
- L'embolie pulmonaire massive : malaise et syncope, contexte d'alitement, d'immobilisation
- Le pneumothorax : douleur brutale, "point de côté", douleur dans l'épaule, dyspnée
- La péricardite : contexte grippal, t°, variation posturale.

Une symptomatologie digestive (malaise avec nausées, vomissements...) peut masquer un infarctus et ce, en l'absence de douleur thoracique.



1. Mots-clés

Mal de ventre | Crampe de ventre | Douleur d'estomac | Crampe d'estomac | Problème vésicule | Problème pour uriner | Mal rayonnant vers le dos | Gynécologie | Enceinte | Anévrisme | Appendice



2. Traitement de l'appel

2.1 Indicateurs validant l'hypothèse de ...

- Grossesse – saignement vaginal ou anal
- Diarrhées – nausées – vomissements.

2.2 Indicateurs d'urgence

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
<ul style="list-style-type: none"> • Choc, pâleur, transpiration • Hémorragie extériorisée haute ou basse 	1	Très grave	Ambulance & SMUR
<ul style="list-style-type: none"> • Patient diabétique • Chez une femme enceinte (1^{er} trimestre), saignement vaginal • Antécédents (colique néphrétique, ulcère gastrique, anévrisme aorte abdominale, ...) • Hyperalgie (douleur lancinante, tapante) 	2	Modéré	PIT
<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhées • Nausées • Vomissements 	3	Léger	Ambulance



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Compléter votre interrogatoire avec le/les protocoles suivant(s) : n° 5 - n° 17 - n° 31
- Essayer d'avoir le patient au téléphone afin d'évaluer la gravité du problème en direct.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Position semi-assise, si pas de trouble de la conscience (position du "canif")
- Repos dans une atmosphère calme
- Rester à jeun.



5. Théorie et explications

Une douleur intense ou insupportable associée à des signes de chocs doit évoquer une situation d'abdomen aigu, peu importe son origine (hémorragie interne...).

Une douleur migrante peut évoquer une dissection aortique.

Une douleur épigastrique peut masquer un infarctus, surtout chez des personnes âgées. Rechercher alors des antécédents cardiaques (angine de poitrine ou infarctus).

Il faut évoquer une grossesse extra-utérine chez une femme en âge de procréer. Rechercher la possibilité de grossesse.

 5. Théorie

Lombalgies

On appelle **lombalgies communes** les douleurs lombaires liées à l'arthrose vertébrale débutante ou évoluée. Même s'il est souvent difficile de rapporter la symptomatologie douloureuse à une lésion anatomique précise, le terme "lombalgies communes" désigne un syndrome clinique fréquent et identifiable.

Les lombalgies communes s'opposent ainsi aux **lombalgies symptomatiques, révélatrices d'affections rachidiennes ou extra-rachidiennes diverses** (inflammatoires, infectieuses, tumorales...). Infiniment plus rares que les lombalgies communes mais souvent révélatrices d'affections graves, elles méritent d'être reconnues précocement.

Colique néphrétique

La colique néphrétique est un symptôme et non pas une maladie.

Il s'agit d'une douleur brutale, de grande intensité, située dans une fosse lombaire au bas du dos.

La colique néphrétique est due à une mise en tension du rein, elle-même liée à un obstacle sur les voies urinaires.

Anévrisme disséquant de l'aorte abdominale

Urgence potentiellement létale dont la symptomatologie peut être confondue avec celle de la colique néphrétique ou de la sciatique.

Rechercher les signes associés : une ou des jambes froides, sudation, état vagal.

2.2.2 Pompiers

- Si la source de courant est toujours présente, envoyer un secours pompiers



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Appel secours (pompiers) et si nécessaire, services concernés (société de distribution d'électricité, SNCB, STIB, ...)
- Si le tableau présenté par l'appelant se rapporte plus à une brûlure de grande surface (flash thermique), se référer à la fiche brûlure (protocole 6).



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Pas de geste de secours tant que le danger n'est pas écarté
- Ecarter les témoins de la zone dangereuse
- Faire placer la personne consciente en position semi-assise. Sinon, dans la position souhaitée par la victime
- Si l'appelant(e) en est capable, lui conseiller de couper la source de courant (interrupteur, stopper l'alimentation). Le cas échéant, écarter la source ou la victime avec un objet non conducteur (objet long en bois sec).
- Envisager cooling après mise en sécurité.



5. Théorie et explications

Le courant alternatif est plus nocif que le courant continu.

Basse tension : courant domestique (220V. en monophasé) versus **Haute tension** : alimentation SNCB (p. ex.)

Un polytraumatisme est fréquemment associé (trauma cervical, luxation d'épaule) en raison de la contracture musculaire provoquée.

Dans l'hypothèse où une électrisation risque de provoquer des troubles qui sont potentiellement létaux (arythmies différées), l'envoi d'un SMUR s'impose.

Foudroiement : 10 millions de volts ; 30 000 ampères (pour 32 à 64 A avec courant domestique) ; 8 000 à 30 000° C. Mais : temps de contact extrêmement bref (quelques millisecondes).

La gravité des accidents électriques est principalement liée aux problèmes cardio-vasculaires qu'ils peuvent engendrer et, plus précisément, les troubles du rythme cardiaque (fibrillation ventriculaire).

Les brûlures les plus graves surviennent essentiellement en haute tension.

Les brûlures électriques sont souvent sous-évaluées, car peu impressionnantes (limitées au point d'entrée et de sortie). Cependant, elles ont une évolution insidieuse en profondeur.

Il ne faut pas négliger le risque de traumatisme lié à une chute ou à une projection du corps.



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Si l'appelant est peu collaborant, envoyer une ambulance seule et rappeler l'appelant pour obtenir des informations supplémentaires. Le facteur temps entre les 2 communications pourra servir à estimer la durée de la crise.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Ne pas tenter d'empêcher les mouvements – ne rien mettre dans la bouche
- Ecarter tout danger potentiel (meubles)
- Rassurer l'appelant, expliquer la lenteur éventuelle du réveil.



5. Théorie et explications

Epilepsie

Le patient qui convulse sera toujours inconscient pendant et après la crise. Sa respiration est bruyante et le réveil après la crise peut être lent.

Si les convulsions sont terminées, le patient entre dans une phase que l'on appelle post-critique (ou post-crise). Il reste alors encore inconscient pendant un moment, tandis que sa respiration reste bruyante. Ces paramètres sont normaux et constituent la suite logique d'un épisode convulsif.

En l'absence de tout autre critère de gravité décrit plus haut, cet état ne justifie pas une médicalisation par le SMUR.

1. Mots-clés

Médecin | Généraliste | Pharmacien | Pharmacie | Garde | Dentiste | Vétérinaire
| Ophtalmologue

2. Traitement de l'appel

2.1 Validation de l'hypothèse

- Appel pour demande de médecin généraliste de garde
- Appel pour demande de pharmacie de garde, ophtalmologue, vétérinaire,...
- Appel pour demande de dentiste de garde.

2.2 Vérification de la non-urgence

- Demander la raison de l'appel au médecin de garde
- En fonction des données recueillies, s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un appel nécessitant de secours urgents (ambulance ou ambulance + SMUR), auquel cas appliquer le protocole correspondant.

2.3 Communication des renseignements

En fonction de la localisation géographique de l'appelant, appliquer la procédure correspondante :

- Communication du n° et/ou de l'adresse du médecin, pharmacien ou dentiste de garde
- Communication à l'appelant du n° centralisé de sa région (Allo-Santé, ...).

3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Il est parfois bon de demander le motif de l'appel au médecin de garde

4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Rappeler le C100 en cas d'aggravation de l'état du patient ou d'impossibilité de joindre le médecin de garde





3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Tenter de déterminer :
 - La date du terme prévu
 - La notion de gémellarité
 - L'hôpital de suivi
- Envisager de compléter l'équipe avec une accoucheuse.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Si la personne accouche : coucher la mère en position gynécologique, faire pousser au moment des contractions – faire préparer des draps propres – chauffer la pièce.
- Si l'enfant est né : garder l'appelant au téléphone, rassurer – placer l'enfant sur le ventre de la mère en contact avec la peau, couché sur le côté, tête légèrement en arrière – ne pas tirer sur le cordon ni le couper – lui nettoyer la bouche avec un mouchoir propre, couvrir l'enfant pour lutter contre l'hypothermie.
- Si la mère est pâle – somnolente : position allongée, tête basse et jambes surélevées.



5. Théorie et explications

Une grossesse est parfois comparée à un voyage en avion : les risques se situent essentiellement au décollage (premier trimestre) et à l'atterrissage (troisième trimestre et accouchement).

Le **premier trimestre** est celui où le risque de **fausse couche** (appelé aussi avortement spontané) est le plus élevé. La fausse couche (FC) se manifeste de diverses manières, mais le plus souvent, la mère ressent une douleur (de densité variable) dans le bas ventre suivie d'un écoulement de sang par voie vaginale. Cet écoulement de sang est limité et peut prendre divers aspects (sang rouge vif mais aussi pertes brunâtres). Bien qu'une FC n'entraîne généralement pas de choc hémorragique, le préposé restera cependant attentif aux signes d'alertes (pâleur, sudations, tendances syncopales au lever).

La **grossesse extra utérine** (GEU) se produit lorsque le fœtus ne se développe pas dans l'utérus. L'insertion peut se faire alors dans une trompe ce qui voue le développement embryonnaire à un échec certain. Parmi les facteurs favorisants on notera des antécédents de GEU (récidive fréquente). Les GEU prennent des aspects plus variés encore que les FC, mais on retrouve généralement une douleur abdominale basse brutale (en coup de poignard) suivie parfois de discrètes pertes de sang. Le risque le plus important est de voir apparaître une hémorragie interne. Une fois de plus, le préposé restera attentif aux signes de choc.

Le **second trimestre** est celui où les risques sont les moins élevés. Généralement, les nausées de début de grossesse ont disparues et la mère vit cette période comme un épisode de calme. Le risque de **FC tardive** existe, surtout si la date du terme est imprécise (est-on vraiment dans le second trimestre ?). Durant cette période, des **contractions** peuvent apparaître ; le premier conseil généralement donné par le gynécologue est le repos.

Le **troisième trimestre** est celui où divers types de risques peuvent se manifester. La **pré-éclampsie** (appelée aussi **toxémie**) qui précède l'éclampsie se caractérise par de l'hypertension, une douleur épigastrique, des acouphènes (bruits ou sifflements perçus en dehors de toute stimulation extérieure) et des céphalées. L'**éclampsie** qui en découle est un redoutable adversaire ! Elle se manifeste essentiellement en fin de grossesse (mais aussi durant le travail et la première semaine qui suit l'accouchement) et engage systématiquement le pronostic vital chez la mère. Elle se caractérise par une crise convulsive unique ou répétée et de l'hypertension. Les convulsions sont le signe d'une encéphalopathie sévère ; ce qui justifie une médicalisation systématique.

La **menace d'accouchement prématuré** est un problème peu fréquent (\pm 6% des grossesses). Elle survient (par définition) avant 37 semaines d'aménorrhée. Les signes qui doivent guider l'envoi de secours sont : multiparité (plusieurs grossesses), la perte des eaux, la durée du travail, les intervalles entre les contractions (plus ils sont courts, plus l'imminence est grande). L'**accouchement pré-hospitalier** nécessite l'envoi systématique d'un SMUR.

Les **hémorragies du troisième trimestre** existent sous trois formes :

- la **rupture utérine** (5% des cas) ;
- l'**hématome rétro-placentaire** (70%) qui se caractérise par une accumulation de sang entre l'utérus et le placenta, engageant la survie de l'enfant et de la mère ;
- le **placenta praevia**⁸ (25%) qui est souvent connu de la mère car il est diagnostiqué lors d'échographies.

On retiendra donc qu'une parturiente en travail qui saigne doit bénéficier de l'envoi d'un SMUR.

⁸Signifie une insertion anormale du placenta ; ce qui peut entraîner des hémorragies importantes avec un risque vital pour la mère et l'enfant

Grossesse



1. Mots-clés

Perte de sang | Hémorragie vaginale | Métrorragie | Hématémèse | Méléna | Rectorragie | Saignement anal | Vomissement de sang | Hémorragie digestive | Crachat de sang | Coupure | Plaie | Scalp | Saignement | Épistaxis | Saignement de nez | Sang | Tentative de suicide | Tousser du sang



2. Traitement de l'appel

Déterminer l'importance des pertes de sang et le risque de choc hypovolémique.

2.1 Indicateurs validant l'hypothèse d'hémorragie

Perte de sang

- traumatique : plaie(s) avec écoulement "en continu" ou "en jet" pulsatoire
 - Bilan fonctions vitales
- d'origine vaginale : contexte de grossesse ou pas
- par le nez et/ou la bouche : épistaxis d'origine traumatique ou pas
- d'origine digestive : vomissement de sang ou pertes anales.

2.2 Indicateurs d'urgence

2.2.1 Perte de sang traumatique

- plaie(s) avec écoulement "en continu" ou "en jet" pulsatoire :
 - Bilan fonctions vitales

2.2.2 Perte de sang par le nez et/ou la bouche : épistaxis d'origine traumatique ou pas

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Choc hypovolémique prouvé (en particulier si personne âgée)	1	Grave	Ambulance & SMUR
• Pertes de sang jugées modérées • Malaise avec sueur et vertiges en position semi-assise ou debout • Epistaxis non contrôlable par compression directe	2	Modéré	PIT
• Crachat de sang • Saignement de nez sans signes de choc	3	Léger	Ambulance



2.2.3 Perte de sang d'origine digestive : vomissement de sang ou pertes anales

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
<ul style="list-style-type: none"> • Signes de choc • Douleur abdominale intense • Vomissement de sang actif ou épisodes répétés 	1	Grave	Ambulance & SMUR
<ul style="list-style-type: none"> • Pertes de sang jugées modérées ou écoulement "en continu" • Douleur intense à modérée • 1 épisode de vomissement de sang (noir ou rouge) 	2	Modéré	PIT
<ul style="list-style-type: none"> • Notion de rectorragies (ou notion de méléna) • Notion de vomissements de sang/Crachats de sang • Douleur faible ou absente 	3	Léger	Ambulance

2.2.4 Perte de sang d'origine vaginale

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
<ul style="list-style-type: none"> • Signes de choc • Patiente somnolente • Douleur abdominale intense • Pertes de sang jugées importantes • Grossesse 2^e et 3^e trimestre 	1	Grave	Ambulance & SMUR
<ul style="list-style-type: none"> • Pertes de sang jugées modérées • Douleur intense à modérée • Pâleur, sueurs 	2	Modéré	PIT
<ul style="list-style-type: none"> • Douleur faible ou absente • Pertes de sang jugées faibles 	3	Léger	Ambulance

3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Compléter votre interrogatoire avec le/les protocoles suivant(s) : n° 5 - n° 17 - n° 31
- Déclencher un "scoop and run" en cas d'hémorragie incontrôlable et d'indisponibilité du SMUR. Prévenir l'hôpital d'accueil de l'arrivée de l'ambulance non médicalisée.

Hémorragie – Perte de sang



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- En cas d'accident avec incarcérations multiples ou d'effondrement d'habitation, voir aussi procédure "catastrophe"
- Si l'immobilisation a été supérieure à six heures, proposer au médecin du SMUR, un hôpital SUS ayant une possibilité d'hémodialyse
- Compléter votre interrogatoire avec le/les protocoles suivant(s) : n° 1 – 7 – 18 – 31.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Couvrir la victime
- Ne pas tenter de dégager la victime tant que les secours ne sont pas présents ; sauf :
 - Si danger évolutif (feu, fumées, etc)
 - Si manœuvre de dégagement simple et qui apporte un réel secours à la victime sans aggraver les lésions.



5. Théorie et explications

- Une immobilisation prolongée au sol sur un plan dur peut induire une hypothermie chez la victime (surtout si ce plan dur est lui-même froid). Des facteurs de gravité comme la perte d'urines accentuent cette hypothermie potentielle. L'hypothermie peut être objectivée par un appelant particulièrement collaborant en lui demandant de placer la face interne de son poignet au contact de la peau de la victime, par exemple au niveau du cou.
- Une incarcération d'un membre ou d'une partie du corps justifie l'envoi d'un SMUR et/ou d'un PIT par la complexité de la prise en charge (douleur importante lors des manœuvres d'extraction, risque de désamorçage cardiaque lors de la levée d'obstacle, polytraumatisme fréquemment associé, hypothermie).
- Un membre ou une partie de corps coincé et/ou écrasé contient des substances toxiques (myoglobine, potassium,...) et qui, une fois l'obstacle levé, sont libérées dans le sang provoquant une insuffisance rénale. Cette conséquence ne se retrouve que lors d'incarcération prolongée (plusieurs heures) mais justifie le fait qu'un service de réa polyvalent avec possibilité d'hémodialyse soit demandé par le médecin du SMUR.
- Dans de très rares situations, une chirurgie de sacrifice (amputation) sera envisagée par le médecin sur place. Il faut prévoir la possibilité d'acheminer des moyens supplémentaires (chirurgien, anesthésiste, matériel de chirurgie).



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- En cas de reprise de conscience et d'annulation de la demande avant l'arrivée des secours sur place : une ambulance non médicalisée sera alors proposée à l'appelant. Néanmoins, la victime qui refuse la prise en charge se verra systématiquement conseiller de consulter son médecin généraliste afin d'exclure une pathologie grave sous-jacente. Au besoin, le préposé contactera lui-même le médecin traitant.
- Compléter votre interrogatoire avec le/les protocoles suivant(s) : n° 3 – 9 – 15 – 22.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- ▶ voir instructions générales
- Conseiller de laisser aller l'ambulance, même si le patient est revenu à lui (prise des paramètres) car le patient pourrait rechuter.



5. Théorie et explications

La notion d'inconscience est parfois difficile à mettre en évidence pour tous les intervenants de la chaîne d'aide médicale urgente.

Cependant les conséquences d'un état d'inconscience sont potentiellement nombreuses :

- **Conséquences respiratoires** liées à une chute du massif lingual, liées à une absence du réflexe de toux, de déglutition
- **Conséquences circulatoires** liées à une dysfonction cérébrale (hémorragie intra crânienne p. ex.)
- **Conséquences neurologiques** liées à la cause d'inconscience elle-même (hypoglycémie, trauma crânien, ...) ou à ses conséquences (hypoxie cérébrale due à une broncho-inhalation, ...)
- **Conséquences métaboliques** (hypothermie, ...)
- Etc.

De cela découle la nécessité d'une prise en charge médicalisée dès le début de l'intervention.

La syncope se différencie du coma par sa brièveté et sa résolution spontanée lors de la mise en position allongée. Si ces deux conditions sont réunies et en l'absence d'antécédents particuliers et un âge < 75 ans, il est probable que cette "inconscience" ne soit pas le signe d'une affection grave.

Intoxication (drogue – alcool – médicaments – produits ménagers, agricoles ou industriels)

Prise de drogue

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Coma	1	Très grave	Ambulance & SMUR
• Convulsions • Douleur thoracique • Agitation • Cyanose • Sueurs • Toute prise importante de drogues dures (cocaïne, héroïne)	2	Grave	
• Fonctions vitales conservées	3	Modéré	PIT Contact Centre Antipoison
• Prise de cannabis	4	Léger	Ambulance

Prise de médicaments

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Atteinte des fonctions vitales • Convulsions • Coma aréactif • Prise de médicaments pour le cœur et/ou pour l'hypertension	1	Très grave	Ambulance & SMUR
• Somnolence, peu réactif • Pâleur • Prise de médicaments (autres que ceux de niveau 1), médicaments antidiabétiques & alcool	2	Grave	PIT
• Fonctions vitales conservées	3	Léger	Ambulance Contact Centre Antipoison



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Si l'appelant est le patient, qu'il ouvre la porte
- S'il y a eu dégagement d'un produit toxique, soustraire la victime de l'atmosphère viciée
- Rassembler les emballages et les produits potentiellement en cause
- Mettre en garde contre un éventuel matériel piquant (seringues, aiguilles), qui est à haut risque contaminant
- Demander aux appelants qu'ils insistent pour réveiller le patient "vigoureusement". En effet, beaucoup de tentatives de suicide (TS) engendrent des états de somnolence parfois importants en fonction des médicaments en cause et de la quantité avalée.
- Déconseiller de faire vomir surtout si ingestion de caustiques.



5. Théorie et explications

Quelqu'un qui a bu est très vite inconscient ... Cependant, une personne inconsciente et aréactive peut toutefois faire l'objet d'une médicalisation par le SMUR. La prise d'alcool est simpliste et peut masquer beaucoup d'autres choses (hématome sous-dural si chute, hypoglycémie, ...).

Les **intoxications aux produits domestiques, industriels ou agricoles sont redoutables** et doivent faire l'objet d'une médicalisation par le SMUR devant toute situation imprécise, devant le moindre critère de gravité ou devant toute altération d'une fonction vitale.

En cas de prise de drogue (hors contexte d'overdose), le SMUR ne doit pas forcément être engagé si aucun signe de gravité ou aucune détresse vitale ne sont mis en évidence.

L'ingestion de produits industriels, agricoles ou ménagers est parfois accidentelle et hors de tout contexte de suicide (enfants, produits dilués dans des bouteilles alimentaires...). Les quantités en jeu seront donc moins importantes que dans les TS car dès que la victime aura bu une gorgée, elle recrachera le produit.

Les **dégagements gazeux accidentels** (généralement dans de petites entreprises où les consignes de sécurité sont peu ou pas respectées) en milieu clos peuvent tuer non seulement les victimes mais aussi les secours imprudents et téméraires.



1. Mots-clés

Malaise | Salle de bains | Céphalées | Nausées | Monoxyde de carbone | Co | Coma | Poêle à charbon | Chauffe-eau | Chaudière | Feu ouvert | Gaz | Moteur thermique | Vertiges | Vomissements | Tentative de suicide | Incendie | Fumées



2. Traitement de l'appel

→ Différencier l'intoxication au CO d'autres causes

2.1 Indicateurs validant l'hypothèse de l'intoxication au CO

→ L'environnement de la victime et les circonstances doivent faire penser à l'intoxication :

- Malaise dans un local où se trouve une source de CO (salle de bains, chauffe-eau à gaz, chaudière, poêle, feu ouvert, moteur thermique...)
- Victime présente dans un incendie
- Atteinte de l'animal domestique (chat, canari...)
- Plusieurs personnes malades dans une même maison ou dans le même local
- Personne enfermée dans un véhicule, moteur tournant.

→ Chez le nourrisson : pleurs, pâleur, vomissements, malaises hypotoniques

→ Toute victime présente dans un local où du CO a été détecté est potentiellement intoxiquée jusqu'à preuve du contraire.

2.2 Indicateurs d'urgence

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTIONS	
<ul style="list-style-type: none"> • Mort apparente • Coma • Convulsions • Somnolence • Agitation, confusion • Multiplicité des victimes 	1	Grave	D2	Ambulance & SMUR
<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs thoraciques • Perte de connaissance initiale • Grossesse en cours 	2		D1	Mesure de CO ambiant
<ul style="list-style-type: none"> • Céphalées, nausées et vomissements, torpeur, asthénie, fatigue • Vertiges sans perte de connaissance initiale 	3	Modéré	D2	PIT
<ul style="list-style-type: none"> • Présence de CO suspectée ou avérée • Patient(s) sans symptômes 	4		Légère	D1
				D2
			D1	Mesure de CO ambiant





3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Si transfert vers le caisson hyperbare envisagé, proposer une mise en conférence entre le 100, le SMUR et le médecin du centre hyperbare
- Pour faciliter la prise de décision, le centraliste peut informer, grâce à CityGis, le médecin du SMUR de la durée estimée de transfert vers le caisson
- Compléter votre interrogatoire avec le/les protocoles suivant(s) : n° 20 – 23.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Ouvrir portes et fenêtres des locaux concernés
- Sortir la/les victime(s)
- Ne plus pénétrer dans les locaux tant que les secours pompiers ne l'ont pas autorisé
- Si possible, couper la source présumée de CO (chauffe-eau, poêle, ...)
- Répertoire tous les impliqués et les présenter aux secours qui se rendent sur les lieux.



5. Théorie et explications

L'intoxication au CO est peu spécifique en terme de symptômes ; ce qui en fait un redoutable adversaire.

Pour rappel, le CO est inodore, incolore et insipide. Il se fixe sur l'hémoglobine formant une "solide" molécule appelée HbCo (carboxyhémoglobine).

La thérapie hyperbare (caisson) n'a pas fait l'objet d'un consensus formel. Seule la parturiente intoxiquée est une indication absolue (pas de corrélation entre les symptômes de la mère et l'intoxication chez le fœtus). L'état comateux et la perte de connaissance initiale semblent être de bonnes indications, toutefois, une oxygénothérapie simple au masque est tout aussi efficace mais prendra plus de temps.

Il existe deux modèles de caissons : un modèle "torpille" (un seul patient, allongé obligatoirement, espace de travail restreint) et un modèle "multiplace" (un ou plusieurs patients accompagnés par du personnel soignant, en position assise ou couchée selon l'état). Un patient intoxiqué instable sur le plan hémodynamique devrait être orienté vers un caisson multiplace en raison de la nécessité de prévoir du personnel et du matériel lourd auprès de celui-ci.

Il n'y a pas de valeur pronostique du taux sanguin de CarboxyHémoglobine ; c'est-à-dire qu'un même taux peut donner des symptômes et des conséquences variables d'un individu à l'autre. Cependant, un taux > 10% chez un non fumeur est considéré comme une intoxication grave⁹.

Les convulsions sont plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte.

⁹ JM Laborie, "Réanimation et urgences pré-hospitalières", p.463, Ed. Frison-Roche, 2002.



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Les causes de malaises sont nombreuses et variées ... Si l'appelant est incapable de dire autre chose, limitez-vous aux fonctions vitales (conscience – respiration – circulation)
- Compléter votre interrogatoire avec le/les protocoles suivant(s) : n°4 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12 – 20 – 21 – 22 – 31.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- ▶ voir instructions générales.



5. Théorie et explications

La sensation de malaise est très subjective et varie fortement d'un sujet à l'autre. La pauvreté des informations transmises amènent à considérer la situation sous un regard "simpliste" (conscience – respiration – circulation).

On se rappellera qu'une victime âgée (particulièrement > 75 ans) est souvent porteuse de plusieurs pathologies chroniques (en moyenne 7,6 maladies !)¹⁰ et que chacune peut expliquer son malaise.

La crise de migraine est une entité pathologique à part entière qui comprend un ensemble de symptômes dont la céphalée. Elle s'accompagne parfois de "prodromes" (signes avant-coureurs) qui varient d'une personne à l'autre. La migraine touche trois fois plus de femmes que d'hommes et débute souvent dans l'adolescence¹¹.

Le patient qui s'annonce migraineux au téléphone est à prendre au sérieux. En effet, s'il appelle le "100", c'est parce que tous ses moyens habituels de traitement des crises sont dépassés. L'intensité de la douleur peut donc être considérée comme maximale.

¹⁰D. LAPLANCHE & Coll., "Gériatrie et urgences", In : "Urgence Pratique", n° 73, novembre 2005, p.33

¹¹V. FATTORUSSO / O. RITTER, "Vademecum clinique", 16^e éd., 2001, p.719



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Si l'animal est toujours présent et menaçant, faites intervenir les forces de l'ordre
- En cas de morsure par un animal de la catégorie des "N.A.C." (Nouveaux Animaux de Compagnie) comme par exemple les araignées, serpents, poissons exotiques, etc., mettez-vous en rapport avec le Centre Antipoison (070/245.245). Demander les mesures à prendre et voir si une médicalisation de l'intervention est nécessaire. A cet égard, la dénomination exacte de l'animal causal est importante¹²
- Compléter votre interrogatoire avec le/les protocoles suivant(s) : n° 18 – 31.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Ne pas approcher l'animal. Sans se mettre en danger, isoler l'animal, l'enfermer ou soustraire la victime de l'entourage proche de l'animal
- Si hémorragie : allonger, rassurer, surélever le membre atteint (si possible), couvrir la plaie avec un linge propre et sec
- Si plaie non délabrante et située en dehors du visage, rincer à l'eau courante (15 minutes pour diluer les germes présents) et nettoyer au savon.

¹²Heureusement, la plupart du temps les propriétaires de ce type d'animaux connaissent bien leur dénomination car il s'agit souvent d'un public passionné.



5. Théorie et explications

Un avis médical est toujours nécessaire étant donné le risque de surinfection.

Cet avis est à obtenir dans les 6 heures (pour une morsure "simple") :

- Chien : rage
- Chat : toxoplasmose chez la femme enceinte
- Chien et chat : pasteurellose (risque neurologique, risque infectieux)
- Rat : leptospirose (risque cardiaque)
- Lapin : méningite, hépatite, pleurésie.

Le **petit enfant (< à 6 ans)** est plus exposé au risque de morsure en raison de son inaptitude à reconnaître les signes qui précèdent une attaque animale (grognements, poils hérissés, etc.). Du fait de sa hauteur, le siège des morsures sera volontiers localisé vers la face et le cou, ce qui en aggrave les conséquences. On se souviendra aussi qu'une perte de sang (même qui semble minime) entraînera plus vite l'installation d'un choc hémorragique pour ce type de sujets.

Dans le cadre des **morsures canines**, la taille du chien peut être déterminante pour évaluer la gravité (gros chiens sur enfants...). Ne pas tenir compte de la "gentillesse" attribuée à la race, tous les types de chiens peuvent mordre un jour.

Les **circonstances** peuvent orienter le préposé : enfant laissé sans surveillance à proximité d'un animal, travail en chenil, travailleur agricole dans un élevage.

La **topographie de la plaie** peut éventuellement aider le préposé : morsure aux mains, avant-bras (position de défense de l'agressé), morsure aux membres inférieurs (chien d'attaque), etc.



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- En cas d'accident de plongée avec bouteilles, l'évacuation de la victime vers un centre possédant un service d'oxygénothérapie hyperbare peut être autorisée d'emblée.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Si le patient est **toujours dans l'eau** :
 - Si possible et sans prendre aucun risque pour l'appelant, retrait de l'eau en s'aidant d'un objet (branche, pneu...)
 - Faire garder un contact visuel avec la victime
- Si le patient est **hors de l'eau et conscient** :
 - Déshabiller, sécher, réchauffer, isoler du sol, position semi-assise
- Si le patient est **hors de l'eau et inconscient** :
 - Déshabiller, sécher, réchauffer, isoler du sol, mise en PLS
- Si le patient est en **état de mort apparente** :
 - Selon les capacités et la volonté du témoin (vous sentez-vous capable de... ?), faire entamer une RCP (au moins les compressions thoraciques)
- Si la **personne dérive** (fleuve par exemple) tenter de la suivre pour guider les secours pompiers vers le lieu où la repêcher
- Effectuer un réchauffement progressif et prudent (simple couverture en attendant les secours)
- Ne jamais donner à boire (surtout pas de boissons alcoolisées).



5. Théorie et explications

Il existe **2 types de noyades** :

- **noyade asphyxique** divisée en quatre stades. Ce type de noyade est provoquée par une ingestion d'eau qui vient ensuite se loger dans les poumons, et empêche ainsi toute respiration: la victime fait d'abord un arrêt respiratoire puis un arrêt cardiorespiratoire.

Les 4 stades de la noyade asphyxique :

1. aquastress : pas d'inhalation d'eau, épuisement, frissons, angoisse ou prosternation
2. petite hypoxie : encombrement, toux, épuisement, extrémités bleutées
3. grande hypoxie : obnubilation, respiration très rapide ou très lente, coma, hypothermie, cyanose marquée des extrémités
4. anoxie : arrêt cardiorespiratoire

- Le second type de noyade existant est la **noyade syncopale**. Elle est due à un **choc thermo différentiel entre la température très froide de l'eau et celle du baigneur**. La conséquence en est un arrêt cardiaque spontané dans la majeure partie des cas.

Tout malaise lors d'une plongée doit être considéré comme accident de plongée.

La quasi-noyade doit systématiquement faire l'objet d'une consultation en milieu hospitalier.



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Compléter votre interrogatoire avec le/les protocoles suivant(s) : n° 10.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Selon les capacités et la volonté de l'appelant, faire pratiquer la manœuvre de Heimlich
- Eviter toute tentative d'extraction au doigt, tant que la dyspnée est bien tolérée et même si elle est bruyante
- Eviter de faire vomir.



5. Théorie et explications

Les corps étrangers passent plus souvent dans les voies digestives (**déglutis**) que dans les voies respiratoires (**inhalés**).

La différence entre les deux est importante à mettre en évidence.

En effet, l'absorption par les voies digestives donne rarement lieu à des situations nécessitant une médicalisation (mis à part des corps étrangers dans l'œsophage qui comprimeraient la trachée et entraîneraient une dyspnée).

Lors d'un malaise brutal au cours d'un repas, surtout en milieu gériatrique ou spécialisé (homes, IMP,...), penser systématiquement au corps étranger ingéré.

Pendaison et strangulation



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Selon les capacités et la volonté du témoin (vous sentez-vous capable de... ?) :
 - dépendre la victime (se méfier de la chute du corps, ne pas couper le lien au niveau du nœud) en respectant l'axe tête-cou-tronc. Attention : chute brusque du corps lors de la dépendaison !!!
 - lui faire entamer une RCP (au moins les compressions thoraciques) si l'état de mort apparente est détecté
- Si la pendaison est manquée et que le patient est conscient, conseiller au patient qu'il reste en position couchée. En cas de détresse respiratoire, conseiller la position semi-assise. Rester près du patient
- En cas de strangulation accidentelle, si pas de danger pour l'appelant, essayer de faire lever la strangulation en attendant l'arrivée des secours.



5. Théorie et explications

Même si patient conscient et asymptomatique, toujours considérer les risques de traumatismes associés (traumatisme cervical notamment).

Définition de la pendaison :

Traction passive exercée sur les organes du cou par le poids du corps humain brutalement suspendu à un lien.

Mécanismes lésionnels :

- Compression et traction au niveau de la région cervicale
- Compression des axes vasculaires et aériens
- Anoxie cérébrale
- Œdème cérébral.

Le **contexte psychologique** qui amène à cet acte, mais aussi les risques de récurrence et les pathologies secondaires à une pendaison non aboutie doivent toujours conduire à une prise en charge hospitalière du patient, même conscient et asymptomatique.

Il pourrait également s'agir d'une pendaison accidentelle (un enfant dans un arbre ou pendaison érotique).



1. Mots-clés

Suicide | Dépression | Angoisse | Panique | Douleur thoracique | Crise angoisse | Mise sous protection | Hystérie | Délire | Hallucination



2. Traitement de l’appel

→ Eviter l’aggravation de la pathologie et un éventuel passage à l’acte (suicidaire) jusqu’à l’arrivée des secours adéquats

2.1 Indicateurs validant l’hypothèse de risque suicidaire-crise d’angoisse

- Isolement social
- Appel “pour parler”
- Propos suicidaires ou peur de mourir
- Antécédents (tentatives de suicide précédentes)
- Crise d’angoisse :
 - Respiration rapide, douleur thoracique, oppression
 - Sueurs
 - Tremblements, contractures
 - Picotement autour de la bouche.

2.2 Indicateurs d’urgence

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
<ul style="list-style-type: none"> • Acte suicidaire violent réalisé: pendaison, défenestration, arme à feu... • Acte suicidaire en cours (personne au bord de la fenêtre...) 	1	Très grave	Ambulance & SMUR Si acte suicidaire en cours (saut par la fenêtre, immolation par le feu, ...) demander service pompiers Si danger pour intervenants ou public, envisager appel Police
<ul style="list-style-type: none"> • Propos suicidaires • Accès à des moyens létaux (arme, pont, voie ferrée) • Trouble mental évident (hallucinations...) 	2	Grave	PIT
<ul style="list-style-type: none"> • Pas de propos suicidaires • Pas de risque imminent de passage à l’acte • Demande d’aide • Crise d’angoisse ou de spasmophilie 	3	Léger	Ambulance





3. Instructions à l’attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Compléter votre interrogatoire avec les protocoles suivants : n° 7 – 14 – 21 – 22 – 25 – 27 si nécessaire et en fonction des circonstances.



4. Conseils à l’appelant en attendant l’arrivée des secours

- Si témoin présent, recommander au témoin de garder un contact physique et verbal avec le patient pour le protéger du risque sans se mettre lui-même en danger
- Si pas de témoin présent, garder le contact avec le patient et lui faire comprendre qu’on est à son écoute, que sa demande a bien été entendue, que les secours arrivent
- Si crise d’angoisse :
 - Conseiller au patient le repos absolu dans une atmosphère calme
 - Conseiller de contrôler la respiration par des mouvements respiratoires lents et amples, de respirer de moins en moins vite, calmement.



5. Théorie et explications

Le comportement suicidaire engage le pronostic vital.

Le suicide est une des premières causes de mortalité avant 35 ans. 8 patients sur 10 avertissent de leur passage à l’acte suicidaire et plus de 5 patients sur 10 avaient annoncé leur intention de vouloir mourir.

D’autres **facteurs augmentent le risque de comportement** suicidaire grave :

- Prise de drogues et/ou d’alcool
- Panique, stress, anxiété

Envisager un passage à l’acte léthal imminent :

- Si patient déterminé et qui a accès immédiat à des moyens létaux
- Si contexte de récurrence
- Si refus d’aide malgré l’appel

Se méfier des patients qui banalisent leur comportement ou changent soudain d’avis pour se rallier à la demande médicale.

Les adolescents constituent un groupe à risques, car ils peuvent très rapidement passer à l’acte.



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Compléter votre interrogatoire avec le/les protocoles suivant(s) : n° 10 - 26.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Garder le patient allongé, jambes surélevées **ou si patient conscient dyspnéique** placer en position semi-assise.



5. Théorie et explications

Une réaction allergique est un état de "désordre" organique qui survient brusquement chez un sujet qui, sensibilisé par l'introduction dans son organisme d'une substance donnée, réagit violemment à l'introduction renouvelée de cette même substance.

La réaction la plus grave à une allergie peut conduire au choc anaphylactique. L'hypovolémie (signe : chute de tension) est une des caractéristiques principale du choc. L'évolution du choc est mortelle dans 10% des cas.

Chez les patients traités par bêtabloquants, les réactions anaphylactiques sont toujours graves.

La raucité de la voix est un signe d'alarme.

Des diarrhées très importantes signalent un état de choc avancé. Elles majoreront davantage l'hypovolémie par la perte de liquide qu'elles engendrent.

Section de membres ou amputations

OBSERVATION	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Section complète de membre au dessus de la main ou du pied	①	Grave	Ambulance & SMUR
• Section partielle ou complète de membres en dessous du pied ou de la main	②	Modéré	PIT
• Section partielle ou complète de l'extrémité distale d'un ou deux doigts (ou orteil)			



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Compléter votre interrogatoire avec le/les protocoles suivant(s) : n° 18 - n° 23.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Ne pas mobiliser le patient si ce n'est pas nécessaire
- Immobiliser un membre douloureux
- Contexte de traumatologie générale :
 - Appliquer de la glace ou du froid en regard d'un hématome ou gonflement
 - Comprimer toute plaie avec un linge propre.

- Contexte de section de membre ou de partie de membre :

- Allonger le blessé
- Surélever le membre atteint
- Comprimer le moignon à l'aide d'un linge propre
- Si section complète, emballer le membre ou le segment de membre à sec de façon hermétique, l'entourer de froid seulement si emballage hermétique possible (PAS DE CONTACT DIRECT ENTRE LE SEGMENT ET LE FROID).



5. Théorie et explications

Sur les amputations

Il n'est pas nécessaire de médicaliser (ou paramédicaliser) une section complète de doigt ou d'orteil si le patient le tolère bien au niveau de la douleur. La gravité intervient lorsque la section est au-delà de la main ou du pied.

La conservation du segment doit être demandée. Il est impératif que ce segment soit conservé à sec et emballé de façon hermétique... Cela fait, le segment doit être mis au contact du froid (cold-pack®, glaçons dans de l'eau...). Il ne faut jamais mettre le segment au contact direct du froid sinon la réimplantation ne pourra pas se faire du fait que le segment aura été "brûlé" par le froid.

Les accidents de machines agricoles ou industrielles associés à une incarcération de membre nécessitent une prise en charge médicale et technique complexe et longue.



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Compléter votre interrogatoire avec le/les protocoles suivant(s) : n° 7 - 15 - 18.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Si convulsions :
 - Ne pas tenter d'empêcher les mouvements convulsifs
 - Ne rien introduire dans la bouche pour empêcher la morsure de langue
 - Ecarter tout ce qui pourrait blesser le patient (meubles...)
 - Placer la victime inconsciente en position latérale de sécurité (PLS)
- Ne pas mobiliser le patient
- Comprimer toute plaie à l'aide d'un linge propre
- Surveiller l'état de conscience, maintenir la victime éveillée.



5. Théorie et explications

Les traumatismes crâniens chez l'enfant sont très fréquents et souvent sans gravité (commotion cérébrale).

Il faut suspecter une hémorragie cérébrale devant tout contexte traumatique ou un tableau de convulsion est présent.

Tout traumatisme crânien est un traumatisme du rachis cervical (jusqu'à la preuve du contraire). 8 à 10% des patients ayant un score de Glasgow inférieur à 9 présentent un traumatisme du rachis cervical associé¹³.

Si la distance est acceptable, il faut orienter ce type de patient vers un centre de neuro-chirurgie. Sinon, il est recommandé de faire un CT scan à l'hôpital le plus proche. Ensuite, il faut organiser un transfert secondaire urgent vers un centre spécialisé (par le même SMUR, le cas échéant).

Les plaies de la face, de l'arcade ou du cuir chevelu saignent abondamment, mais sont souvent sans gravité.

¹³JM Laborie, "Réanimation et urgences pré-hospitalières", p546, Ed. Frison-Roche, 2002.



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

→ Compléter votre interrogatoire avec le/les protocoles suivant(s) : n° 15.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Déshabiller l'enfant (faire ôter pulls, couvertures, etc.)
- Bien hydrater l'enfant conscient qui ne présente pas de signes de gravité (niveau 4)
- Placer l'enfant inconscient ou en phase post-critique en PLS
- Si convulsions en cours :
 - Faire écarter tout ce qui pourrait blesser l'enfant (meubles...)
 - Ne pas tenter d'empêcher les mouvements
 - Ne pas tenter d'intercaler un objet dans la bouche de l'enfant.



5. Théorie et explications

La fièvre (de l'enfant comme de l'adulte) est définie par une température corporelle supérieure à 38.5° C. Une température comprise entre 37.5 et 38° définit un état qualifié de "subfébrile".

Il n'y a aucune inquiétude à avoir si la température perdure depuis au moins 48h chez un enfant qui garde un comportement normal.

Si elle n'est pas traitée, la fièvre risque de provoquer 2 situations graves : la déshydratation et les convulsions.

Le bain antipyrétique est souvent mal donné et est difficile à faire réaliser, surtout si l'enfant se met à convulser dans l'eau.

La fièvre étant le plus souvent un signe de lutte contre l'infection (virale ou bactérienne), elle est particulièrement crainte chez le bébé de moins de trois mois qui est moins compétent sur le plan immunitaire (il a moins d'anticorps qu'un enfant plus âgé). C'est la raison pour laquelle il est vivement recommandé de consulter un pédiatre sans délais face à un épisode de pyrexie pour ces petits patients.

Les convulsions hyperthermiques surviennent préférentiellement chez les enfants dont l'âge est compris entre 6 mois et 5 ans (pic de fréquence maximum entre 9 et 24 mois). Elles sont de courte durée (3 à 5 minutes) et se produisent durant l'ascension thermique subite (surtout par foyer ORL). La récurrence est élevée (25 à 30%) avec récidence surtout dans les douze mois¹⁴.

Chez les enfants (mais aussi chez les adultes) qui souffrent d'épilepsie, la fièvre favorise l'apparition d'une crise convulsive. Dans ce cas, la pyrexie n'est pas la cause de la convulsion mais l'élément qui la favorise.

¹⁴JM Laborie, "Réanimation et urgences pré-hospitalières", p591, Ed. Frison-Roche, 2002.

1. Mots-clés

Catastrophe | Plan | Niveau | Crise | Accident Majeur | Nombreuses victimes

2. Traitement de l'appel

2.1 Indicateurs validant l'hypothèse d'une catastrophe

- 5 blessés graves avérés ou supposés
- 10 blessés de toute nature ou d'état indéterminé avérés ou supposés
- Situation pouvant présenter un risque majeur pour la population
- Situation à risque évolutif important
- Déclenchement d'un plan par un acteur de la chaîne de secours (ambulancier, Dir Med, officier pompier,...)
- Situation pour lesquelles il existe des fiches réflexes.

2.2 Traitement de l'appel

- Recueillir des informations concernant le nombre (supposé), l'état et l'accessibilité des victimes
- Evaluer les risques pour les intervenants
- Quel est le niveau d'alerte décrété par l'exploitant.

3. Instructions

3.1 Instructions à l'attention du préposé

- Privilégier, dans un premier temps, l'envoi des secours
- Déterminer le groupe à utiliser, le communiquer aux secours et s'assurer que tous les secours sont sur la même fréquence / groupe de communication
- Prévenir le Dir Med de garde, l'IH et l'observateur CR
- Appliquer le PIM (Plan d'Intervention Médicale).

3.2 Instructions à l'attention du préposé chef opérateur

- Le cas échéant, prendre la fiche réflexe correspondant à l'événement
- Rappeler l'ensemble du personnel présent dans la salle
- Répartir les différentes tâches entre préposés opérateur
- Si possible, acheminer un opérateur sur les lieux de l'intervention
- S'assurer de la bonne continuité du traitement des appels non liés à la catastrophe
- S'assurer de l'application des directives des fiches réflexes
- Transmettre l'éventuel fax de l'industriel aux services concernés
- Avertir le comité de coordination de crise correspondant au niveau
- Avertir l'officier gestionnaire du C100 ou l'officier de garde
- Au besoin, prévenir les hôpitaux que :
 - leur capacité réflexe risque d'être engagée (au besoin préciser cette capacité réflexe)
 - leur capacité réflexe va être dépassée (au besoin préciser cette capacité réflexe).

Catastrophe – Situations d'exceptions



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

→ Si crise convulsive, voir aussi protocole n° 15.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Placer, si possible, la victime dans un lieu frais et ventilé
- Refroidir la victime en la découvrant de ses vêtements, si nécessaire. Placer des linges humides, ne pas éponger l'excédent d'eau
- Déconseiller l'immersion complète en eau froide.



5. Théorie et explications

Présentation de différentes pathologies liées à la chaleur¹⁵

L'INSOLATION

L'insolation est une charge thermique externe sur l'enveloppe cutanée, par radiation solaire et convection. Les signes neurologiques et musculaires sont absents. L'élévation isolée de la température centrale peut atteindre 40°C.

¹⁵ Ce paragraphe s'inspire de l'article suivant : L. BARGUES, T. VILLEVIEILLE, C. GODREUIL, I. ROUQUETTE, JM ROUSSEAU, "Coup de chaleur d'exercice", IN : "Urgence Pratique", disponible sur <http://www.urgence-pratique.com/>

LE COUP DE CHALEUR CLASSIQUE

Il atteint les enfants en bas âge et les vieillards, ayant des moyens limités de dispersion de la chaleur. Apparaissant au repos lors des vagues de chaleur, cette hyperthermie se présente sous forme de détresses neurologiques et cardiovasculaires et évolue en absence de traitement vers le syndrome de défaillance multi-viscérale (atteinte de plusieurs organes vitaux : cœur, poumons, reins, foie)¹⁶.

LE COUP DE CHALEUR D'EXERCICE (CCE)

Le Coup de Chaleur d'Exercice (CCE) ou hyperthermie maligne d'effort se définit comme une élévation extrême de la température centrale suite à un travail musculaire intense, responsable d'une altération des métabolismes cellulaires et de souffrance ischémique des grandes fonctions pouvant conduire au syndrome de défaillance multiviscérale.

Le CCE survient lorsque des facteurs favorisants sont réunis. Ces facteurs de risque sont essentiellement :

- physiques (épreuve intense, course prolongée)
- climatiques (température élevée, hygrométrie > 75%, absence de vent)
- personnels (obésité, absence d'acclimatation, défaut d'entraînement, déshydratation)
- psychologiques (surmotivation, stress, fatigue)
- vestimentaires (vêtements imperméables, tenues de combat des militaires)
- pharmacologiques (alcool ou prise de médicaments modifiant la sudation).

¹⁶ La mortalité tend à se réduire mais reste de 21% pour le coup de chaleur classique et de moins de 10% pour le CCE, toutes formes cliniques confondues !



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Veiller à sa propre sécurité (pas d'utilisation en milieu humide : p. ex. piscines, pas d'utilisation en milieu déflagrant : p. ex. à proximité d'une station-essence)
- Suivre pas à pas les recommandations de la machine.



5. Théorie et explications

Les DEA sont apparus au début des années 90, résultant de la miniaturisation des composants des défibrillateurs et des puces informatiques.

Le principe d'utilisation est simple : une fois l'état d'inconscience et d'arrêt respiratoire établis, l'utilisateur place les électrodes et le DEA analyse un tracé ECG détectant si le rythme est "défibrillable" ou non. Dans l'affirmative, la machine propose à l'utilisateur d'activer la défibrillation via un bouton-poussoir. L'intervention humaine est encore nécessaire¹⁷.

Certains modèles vont encore plus loin dans l'automatisation : la défibrillation se fait automatiquement sans autre intervention humaine que le placement des électrodes et la mise en marche de l'appareil.

S'il est désormais acquis qu'une défibrillation précoce améliore sensiblement le taux de survie d'une victime de mort subite, il ne faut pas tomber dans le piège de "la-machine-miracle-qui-va-tout-arranger". En effet, le DEA ne déclenchera qu'en présence d'un rythme "défibrillable" (TV, FV "grandes mailles", etc ...). Il est donc sans effet sur les autres arythmies létales (Bloc AV, FV "petites mailles"). Il est même inutile face à une asystolie.

Le risque de confier au DEA l'entière prise en charge d'une RCP est grand : la machine suppose que l'utilisateur pratique un massage cardiaque entre deux cycles d'analyse de tracé ECG. Le préposé devra s'assurer que le massage cardiaque externe (MCE) est bien pratiqué.

La circulaire ministérielle relative aux DEA¹⁸ envisage un système où le simple fait de sortir le DEA de son boîtier entraînera l'envoi d'un message automatique à la centrale 100 ; ce qui évitera un autre risque : celui d'oublier d'appeler les incontournables secours spécialisés (SMUR, ambulance).

¹⁷ Circulaire du SPF santé publique ICM/MED/006 du 21 avril 2006 relative à la mise à disposition de défibrillateurs automatiques dans des lieux publics : "§4. L'arrêté royal interdira d'installer dans des lieux publics des défibrillateurs permettant d'administrer un choc électrique en mode manuel, même ceux équipés d'une fonctionnalité de défibrillation automatique"

¹⁸ Idem, §3.

Personne ne répondant pas à l'appel



3. Instructions à l'attention du préposé

(et/ou recommandations et/ou exceptions)

- Si un contact verbal est finalement établi, se référer au protocole adéquat.



4. Conseils à l'appelant en attendant l'arrivée des secours

- Tenter d'établir un contact avec la victime et rappeler le 100 une fois celui-ci établi.



5. Théorie et explications

En l'absence d'éléments objectifs mis en évidence l'appel sera considéré de manière "simpliste". Une ambulance normale sera envoyée sur les lieux en reconnaissance et l'équipe décidera de la nécessité de renfort.

Problème cardiaque (autre que douleur thoracique)

Le recours au 100 se fera par des familles qui constatent une aggravation de la maladie chronique. Cette aggravation peut prendre la forme de détresse respiratoire (OAP), de diminution de la vigilance (par chute du débit sanguin cérébral), etc ...

Le CS 100 sera aussi requis par le médecin de famille qui constate une aggravation de la maladie sans pour autant nécessiter l'envoi de secours médicalisés. Les signes peuvent être les suivants : œdème de membres inférieurs, dyspnée à l'effort ou au repos, asthénie, etc...



1. Mots-clés

Hôpital de destination | Adressage hospitalier | Transferts interhospitaliers



2. Instructions/Conseils/Exceptions

2.1 Règle générale

La garantie de fonctionnement de l'AMU est de la responsabilité du préposé. En l'absence de médecin traitant et / ou en l'absence de SMUR, le préposé décide seul du choix du SUS pouvant être atteint dans les plus brefs délais :

- Le patient doit être transporté vers "l'hôpital le plus proche disposant d'un service des urgences intégré dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente..." (Art. 7, §2)
- L'hôpital le plus proche est défini (Art 1er, 7°) comme "l'hôpital qui, au moment de l'appel, peut être atteint dans les plus brefs délais à partir de l'endroit où se trouve la victime ou le malade."
- Le logiciel Citygis permet de déterminer, pour tout point du territoire desservi, le ou les hôpitaux qui correspond(ent) à cette définition. Considérant que les algorithmes de calcul de routing ne tiennent pas compte des perturbations aléatoires (trafic, chantiers, météo) et étant donné qu'il est admis que la connaissance du patient et de sa pathologie représente un gain de temps dans sa prise en charge, le préposé est habilité à désigner un autre hôpital pour autant que la différence de temps reste inférieure à 4 minutes dans l'approximation chiffrée.
- Le souhait du patient, du médecin traitant ou de la famille, de transporter le patient dans un hôpital plus éloigné n'est pas, à lui seul, un motif pertinent et suffisant, s'il ne rencontre pas une des dérogations énumérées au point 2.2.

2.2 Dérogations

Trois dérogations sont prévues légalement :

1. en cas de situation d'urgence collective, lorsque, vu l'état de santé des victimes, l'ampleur de l'aide à apporter dépasse la capacité de prise en charge de l'hôpital le plus proche.
2. lorsque la victime ou le malade, en raison de son état de santé, nécessite des moyens diagnostiques ou thérapeutiques spécifiques (en ce compris le cas particulier des enfants <14 ans).
3. si le médecin traitant, présent aux côtés du patient, confirme que ce dernier a un dossier médical relatif aux pathologies spécifiques concernées, dans un hôpital proche disposant d'un service des urgences (+ point 2.3 C).

2.3 Pouvoirs respectifs du préposé 100, du médecin du SMUR, du médecin receveur dans le SUS et du médecin traitant

A. Le préposé 100

Dans le cadre de l'AMU, seul le préposé 100 possède le droit de réquisition. A ce titre, il peut contraindre un SMUR à transporter le patient dans l'hôpital adéquat qu'il lui désigne, ainsi que contraindre l'hôpital à admettre un patient.

Même si, de manière fonctionnelle, ce principe appelle des nuances, celles-ci ne doivent pas mener à l'abandon du droit de réquisition dans les situations où l'efficacité globale de l'AMU et/ou l'intérêt du patient sont compromis.



B. Le médecin du SMUR

Dans les trois cas de dérogations, le médecin du SMUR peut définir l'hôpital disposant du SUS le plus adéquat pour accueillir le patient. Il l'inscrit sur son rapport. En cas de divergence, la responsabilité de la décision engage le médecin du SMUR et non plus le préposé, à partir du moment où il ressort **clairement et indiscutablement** des enregistrements que le médecin a refusé d'obtempérer à une réquisition.

C. Le médecin receveur dans le SUS

Les fonctions SUS agréées sont tenues d'accepter les patients que leur adresse le système d'appel unifié, par l'intermédiaire du préposé.

Le fait qu'un hôpital soit "plein" ne constitue, en aucune manière, un argument valable pour modifier l'orientation du patient.

Il est rappelé, à cette occasion, que tout SUS doit disposer d'au moins quatre lits d'hospitalisation provisoire, dont un équipé pour surveiller les fonctions vitales du patient et que les patients peuvent y séjourner 24h.

Outre les spécificités thérapeutiques reconnues par la CoAMU, seules deux situations peuvent – dans l'intérêt bien compris du patient – motiver une dérogation à l'orientation vers l'hôpital le plus proche :

- une surcharge conjoncturelle du SUS, telle que l'accueil du patient risque d'être compromis. Une telle situation est rarissime et, si elle se produit, doit être strictement limitée dans le temps (< 2h ?).
- pour un patient, qui doit, très vraisemblablement (indiscutablement ?) bénéficier d'une place dans un service de Soins Intensifs, le fait que l'hôpital ait déclaré la saturation de sa fonction Soins Intensifs.

D. Le médecin traitant, en l'absence de SMUR

Dans les dérogations 2 et 3, le médecin traitant peut définir l'hôpital le plus adéquat pour le patient, moyennant le respect des conditions suivantes :

- choisir un hôpital disposant d'un SUS et éloigné de moins de 10 minutes ou se trouvant à une distance équivalente à celle de l'hôpital le plus proche
- lorsque la CoAMU le prévoit :
 - ◊ avoir délivré une attestation motivée spécifiant :
 - soit, la nécessité des moyens diagnostiques et thérapeutiques spécifiques
 - soit, l'existence d'un dossier médical relatif aux pathologies concernées
 - ◊ être présent à l'arrivée des secours et leur transmettre personnellement cette attestation.

La demande est irrecevable :

- si le préposé constate que l'AMU n'est plus garantie suite au choix d'hôpital
- si les ambulanciers jugent qu'il y a un risque par le fait de l'instabilité du patient, à moins que le médecin n'accompagne le patient dans la cellule sanitaire.

2.4 Transferts secondaires (inter-hospitaliers)

En règle générale, si l'hôpital est adéquat et apte à prodiguer les soins que requiert l'état du patient, l'admission met fin à l'application de la loi sur l'AMU et le devenir du patient est de la responsabilité exclusive de l'hôpital.

Si une raison quelconque, indépendante des possibilités de l'hôpital, exige une mesure urgente, dictée par la "continuité des soins", que l'hôpital est dans l'impossibilité d'assurer au patient, celui-ci retombe dans le domaine d'application de la loi sur l'AMU, et ce, quel que soit son mode d'admission initial et sa localisation dans l'hôpital demandeur. Il peut s'agir d'un problème en termes de moyens diagnostiques et thérapeutiques, ou d'une absence de possibilités d'hospitalisation dans une fonction Soins Intensifs.

Les indications de confort (souhait du patient ou de sa famille d'un autre hôpital, alors que les possibilités thérapeutiques de l'hôpital concerné ne sont pas dépassées) ne peuvent, **en aucun cas**, engager des moyens de l'AMU.

Cela concerne, notamment, et de manière non limitative, des situations de :

- patient nécessitant une prise en charge psychiatrique continue (même sans mise sous protection), déposé dans le SUS d'un hôpital sans service de psychiatrie ;
- patient déposé dans le SUS, dont la mise au point révèle la nécessité d'une sanction neurochirurgicale, si cette spécialité n'est pas présente sur le site ;
- patient intoxiqué nécessitant un traitement en caisson hyperbare ;
- patient brûlé, si l'hôpital estime qu'un centre spécialisé s'impose ;
- patient nécessitant une dilatation coronaire en urgence ;
- patient séjournant au services des urgences et nécessitant une place USI (unité de soins intensifs) que l'hôpital ne peut pas fournir.

Attention, tout transfert secondaire effectué par un SMUR doit être effectué **avec l'accord ou sur la réquisition du Centre 100 et vers l'hôpital le plus proche apte à traiter la pathologie concernée.**

Le préposé est, donc, parfaitement habilité à refuser un transfert qui ne satisfait pas à ces conditions.

Voir algorithme en annexe



3. Théorie et explications

Base légale

En matière de désignation de l'hôpital de destination, il existe 2 types de protocoles :

- 1) ceux relatifs aux moyens diagnostiques et thérapeutiques spécifiques
- 2) ceux relatifs à l'existence d'un dossier relatif à une pathologie spécifique.

L'élaboration de ces protocoles relatifs à la désignation de l'hôpital de destination est une mission spécifique des CoAMU. Ces protocoles doivent faire l'objet d'une approbation par le Ministre compétent.

Cette matière est régie par deux textes de loi et par une Circulaire Ministérielle :

- L'article 7 de l'arrêté royal du 2 avril 1965 sur l'AMU
- L'article 4 de l'arrêté royal du 10/08/98 sur les CoAMU

Existence d'un dossier médical

Pour influencer sur l'orientation du patient vers un autre hôpital, la problématique médicale à traiter devra constituer une complication soudaine de maladie, en rapport avec les antécédents faisant l'objet du dossier médical de référence. Le lien entre le dossier médical et la pathologie spécifique ayant conduit à l'appel à l'aide doit être validé par un médecin :

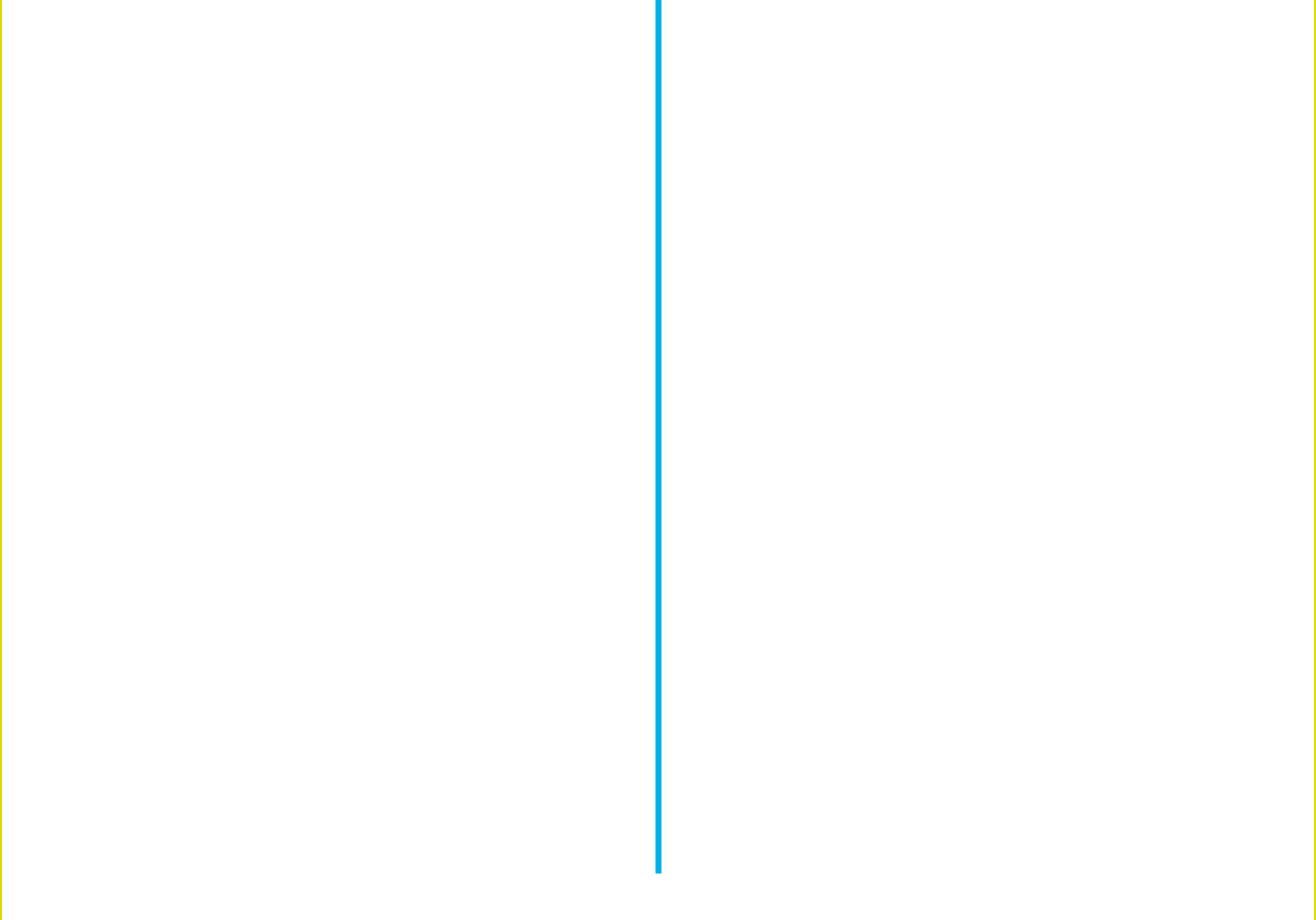
- Soit le médecin traitant en atteste. En cas de divergence, le SMUR statue.
- Soit, en l'absence de médecin traitant, le SMUR apprécie en connaissance de cause (anamnèse, examen, attestation, ...).



L'application de cette dérogation est subordonnée au constat par le préposé que le fonctionnement de l'AMU est garanti. Dans le cas contraire, en raison de la durée de l'indisponibilité des moyens ou du défaut de couverture des besoins dans la région considérée, le préposé a le devoir d'en informer le SMUR et de requérir le transport du patient vers l'hôpital le plus proche apte à prendre le patient en charge.

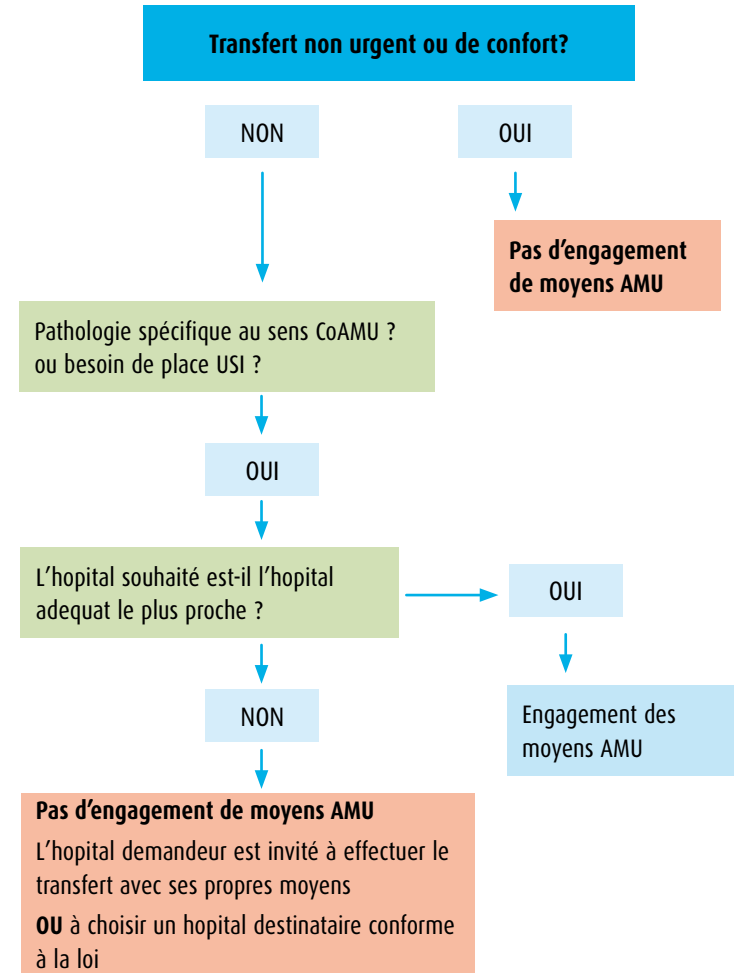
Présence du médecin généraliste

En règle générale, les médecins généralistes doivent être encouragés à rester auprès du patient jusqu'à l'arrivée des secours, pour contribuer à la dispensation des secours appropriés par leurs soins et conseils.



TRANSFERT INTERHOSPITALIER ENGAGEANT LES MOYENS DE L'AMU : ALGORITHME DE DECISION

Date :		Heure :	
Hôpital demandeur :		Médecin demandeur :	
Motif de la demande :			
Hôpital de destination souhaité :		Médecin ayant accepté le transfert :	





5. Annexe 1 : liste des protocoles

N °	NOM DU PROTOCOLE	CONTENUS ANNEXES
1	Accident de circulation	
2	Agression – Rixe – Viol	
3	Arrêt cardiaque – Cadavre – Mort	
4	AVC – AIT	Déficit neurologique brutal
5	Blessure par arme	Arme à feu ou arme blanche
6	Brûlures – Incendie	
7	Chute de grande hauteur (> 3 m)	
8	Patient avec défibrillateur – Pacemaker	
9	Diabète	
10	Troubles respiratoires	(incluant asthme – BPCO – OAP – fausse déglutition)
11	Douleur thoracique – Mal de poitrine	(incluant problèmes cardiaques)
12	Douleurs abdominales non traumatiques	
13	Douleurs dorsales non traumatiques	
14	Electrisation – Électrocution	
15	Convulsions – Épilepsie	
16	Gardes médicales	
17	Grossesse	
18	Hémorragie – Perte de sang	(incluant hémorragie digestive, rectorragie, crachat de sang, saignement de nez, hémorragie vaginale)
19	Immobilisation prolongée – Compression corps et membres	
20	Inconscience – Coma	(+ syncope)

N °	NOM DU PROTOCOLE	CONTENUS ANNEXES
21	Intoxication	(incluant drogue, alcool, médicaments, produits agricoles ou industriels)
22	Intoxication CO	
23	Malaise – Plainte générale – Problème flou	(incluant maux de tête)
24	Morsure d'animal	
25	Noyade – Accident de plongée	
26	Obstruction des voies respiratoires	
27	Pendaison et strangulation	
28	Problèmes psychiatriques	(incluant risque suicidaire, crise d'angoisse, mise sous protection)
29	Réactions allergiques	
30	Traumatisme	(incluant amputation)
31	Traumatisme crânien d'adulte et d'enfant	
32	Fièvre de l'enfant	(incluant fièvre et soins au nouveau-né)
33	Catastrophe – Situations d'exceptions	
34	Coup de chaleur, insolation	
35	Défibrillateur externe automatique	
36	Personne ne répondant pas à l'appel	
37	Problème cardiaque	(autre que douleur thoracique)
38	Adressage hospitalier	



6. Annexes 2 : fiches de gestion d'appel

6.1 Communiquer avec l'appelant

Une communication stratégique

La finalité de cette communication est d'obtenir le plus rapidement possible :

- les informations permettant de décoder la situation et de définir les moyens à envoyer
- un haut niveau de compliance²² de l'appelant pour pouvoir fiabiliser les informations reçues et faire bénéficier la victime de son aide

Cette communication est complexifiée par le fait que le préposé ne dispose que d'indices verbaux rapportés par l'appelant. Le préposé est privé de ses autres sens et doit réussir à "piloter les sens" de l'appelant pour se faire une représentation de la situation.

Cette communication doit donc poursuivre des objectifs stratégiques précis. Chaque question répond à une recherche ciblée d'informations, permettant de valider successivement différentes hypothèses et indicateurs.

Dans cette logique, le préposé gère le processus de la communication avec l'appelant.

Toute situation d'appel à l'aide comporte des faits objectifs, des conséquences pratiques pour la victime et un vécu de la situation. Le travail du préposé implique de différencier et de clarifier, par une communication bien régulée, ces trois dimensions.

L'interaction avec l'appelant devra également être analysée sur trois niveaux :

- la demande exprimée : l'appelant demande une intervention spécifique, basée sur son ressenti de la situation et sur ce qu'il pense que le Centre 100 doit lui apporter (Envoyez-moi une ambulance !)
- la demande réelle : l'appelant est inquiet ou angoissé et souhaite qu'on l'aide (J'ai peur ! Venez m'aider !)
- le véritable besoin de soins : la situation requiert ou non l'intervention de moyens d'aide urgente

L'appelant présentera la situation sur base de sa perception de choses. La communication pilotée par le préposé visera donc à comprendre cette perception sans a priori. (Ex : Il est allongé devant un bistrot -> donc il est saoul ?).

Gérer le processus de communication

Communiquer avec l'appelant suppose de bien percevoir :

- 1) son état émotionnel, perçu au travers de sa voix (ton, volume, vitesse, ...) et des phrases exprimées
- 2) ses capacités d'analyse et d'expression, sa maîtrise du langage
- 3) son expérience et sa perception du problème médical.

Bien entendu, lors d'une interaction efficace avec le préposé, ces paramètres évolueront, notamment par la gestion de la communication et de l'état émotionnel de l'appelant.

²² La compliance est la capacité de l'appelant à répondre aux demandes, questions ou conseils émis par le préposé.

Le processus de la communication avec l'appelant peut être synthétisé de la manière suivante :

- 1) Etablir une relation de qualité et assurer autant que possible le confort de l'appelant.
Truc : Prendre une posture tonique au moment du décrochage. Dire bonjour.
- 2) Ecouter attentivement, mais avec esprit critique, ce que dit l'appelant. Eviter autant que possible de l'interrompre dans les premiers instants. Approfondir ce qui paraît peu clair ou incomplet.
Truc : Valoriser ses apports utiles avant de poser un grand nombre de questions.
- 3) Définir les objectifs de collecte d'informations complémentaires (sur quel protocole / indicateurs vais-je obtenir de l'information ?) et orienter les questions en fonction de ces objectifs. Avancer progressivement vers votre objectif de collecte d'informations.
Truc : Etre vigilant au choix des mots et des questions (voir ci - après)
- 4) Informer l'appelant de ce que vous avez compris et de ce que vous avez décidé.
- 5) En cas de besoin, demander l'aide de l'appelant pour aider temporairement la victime en attendant l'arrivée des secours.

Le choix des mots

- Ne jamais poser plus d'une question à la fois. Ne fournir qu'une information par phrase. Alterner les questions ouvertes et les questions fermées
- Utiliser les mots et expressions formulés par l'appelant, en leur donnant la connotation émotionnelle adéquate
- S'associer à l'appelant. Utiliser le "nous" ("Nous allons le faire ensemble")
- Utiliser des mots qui rassurent ("l'ambulance est en route. L'aide part dans un instant. La situation est sous contrôle")
- Utiliser des mots simples et exprimés positivement
- Eviter le jargon, les mots professionnels
- Evitez les mots ambigus (choc, secours, soins, moyens,...)
- Eviter les mots potentiellement frustrants ("J'essaie ! Calmez vous ! Attendez !").



6.2 Gérer la compliance de l'appelant

La compliance est la capacité de l'appelant à répondre aux demandes, questions ou conseils émis par le préposé. Un haut niveau de compliance est essentiel au bon fonctionnement de la gestion de l'appel à l'aide.

Outre la clarification des motifs de l'appel et la détermination des réponses à y apporter, il est indispensable que le préposé consacre une partie de son attention à ce facteur de succès. Le degré de compliance sera lié notamment au niveau et à la qualité de la relation que le préposé sera parvenu à établir avec l'appelant.

Quelques comportements permettent à un préposé d'évaluer la compliance de l'appelant :

- l'appelant semble-t-il dans un état psychologique ou physique permettant une interaction avec le préposé ?
- l'appelant entend-il les questions ou conseils exprimés par le préposé ?
- l'appelant s'arrête-il de parler ou de hurler quand le préposé parle ?
- l'appelant réagit-il à ces questions ou conseils ?
- au fil de l'échange, l'attitude de l'appelant évolue-t-elle vers une plus grande disponibilité ?

Certains comportements du préposé peuvent améliorer la compliance de l'appelant :

- 1) S'exprimer en terme de "je" et de "nous" (plutôt que de "vous")
- 2) Dire "oui" d'abord, un accord partiel est souvent possible ("Oui, je vous envoie une ambulance dans quelques minutes. J'ai juste une ou deux questions à vous poser")
- 3) Renforcer positivement : relever les aspects positifs ou favorables dans le comportement de l'appelant ("C'est très bien ce que vous faites. Vous m'expliquez bien le problème. Grâce à vous, nous allons y arriver")
- 4) Exprimer le positif d'abord pour faire une critique constructive ("Vous m'avez déjà fourni un certain nombre d'informations très utiles, et j'ai besoin que vous parliez un peu plus lentement et que vous répondiez à une ou deux questions")
- 5) Parler positivement en évitant les formules négatives ou indirectes
- 6) Formuler à la place de l'interlocuteur en difficulté ("Si j'ai bien compris, vous voulez me dire que..."). Bien vérifier auprès de l'appelant qu'il a entendu et que la proposition est correcte
- 7) Manifester de l'empathie ("Je comprends votre inquiétude." "Je vous sens stressé.")

6.3 Donner des conseils à l'appelant

L'appelant qui doit réaliser un geste est généralement peu compétent dans le domaine médical ... et moyennant rassuré à l'idée de le faire.

Idéalement, avant de se lancer dans l'application des consignes d'actions, l'appelant doit avoir compris le but du geste. L'explication rapide de l'objectif du geste lui permettra de mieux intégrer ce qui va être dit, voire de s'en souvenir s'il l'a déjà appris ou vu.

Pour accompagner l'appelant dans l'acte à effectuer, le préposé doit veiller à :

1. Evaluer ses capacités à le faire : l'appelant est-il prêt à le faire ? En est-il capable émotionnellement ou physiquement ?
 2. S'impliquer verbalement : "Nous allons le faire ensemble, à notre aise"
 3. Se représenter la scène :
 - 1) Où est le patient ?
 - 2) Est-il accessible ?
 - 3) Y a-t-il des obstacles pour arriver jusqu'à lui ?
 - 4) Comment est-il installé ?
- Utiliser un langage simple et direct. Parler par phrases courtes.

4. Découper la procédure en séquence et vérifier la réalisation

- 1) Faites asseoir la personne. Elle est installée ? Excellent !
- 2) Prenez un linge propre. Vous l'avez fait ? Merci !
- 3) Pressez fortement sur la plaie. Comment ça se passe ? Bravo !
- 4) Maintenez la pression. Etc.

→ Valoriser chaque action bien effectuée par l'appelant.

5. Si la réalisation d'un geste pose problème, éviter de culpabiliser. Rassurer et proposer une action équivalente.
6. Maintenir le dialogue après la réalisation du geste et rassurer l'appelant.



6.4 Gérer un appelant difficile

Lorsque le préposé est confronté à un appelant énervé (agressif, paniqué, agité, etc....), ses nerfs sont parfois mis à rude épreuve.

Dans un certain nombre de cas, quelques principes peuvent aider à mieux vivre la situation et à en limiter les impacts sur la relation et le ressenti que le préposé peut en avoir :

- Se souvenir que l'agressivité et la panique sont les manifestations d'une forte émotion. Ne pas prendre cette agressivité pour soi. Chercher l'intention positive de l'énervement de l'appelant.
- Communiquer sur l'émotion perçue, en tentant de la moduler ("Je vous sens très/assez/un peu inquiet/énervé/agacé. Pouvez-vous m'expliquer le problème ?")
- Eviter la confrontation. ("C'est la règle. Nous avons des protocoles. Répondez à ma question"). Rester calme et refuser l'escalade. Ne pas se mettre en colère, ni répondre aux insultes.
- Respirer à fond, quelques fois...
- Utiliser une voix calme et posée.
- Laisser un moment de silence complet.
- Faire formuler par l'interlocuteur l'ensemble de ses demandes et répondre en découpant le problème lorsqu'il a terminé de s'exprimer.
- Eviter l'ironie et utiliser l'humour avec prudence.
- Utiliser la technique du disque rayé (5 à 7 répétitions de la même idée, intégrées dans le discours).

7. Annexe 3: Glasgow Coma Scale

GLASGOW COMA SCALE					
OUVERTURE DES YEUX		RÉPONSE VERBALE		RÉPONSE MOTRICE	
Spontanée	4	Orientée	5	Obéit	6
À la voix	3	Confuse	4	Orientée	5
À la douleur	2	Inappropriée	3	Évitement	4
Aucune	1	Incompréhensible	2	Flexion	3
		Nulle	1	Extension	2
				Nulle	1



Objet

Ce guide rassemble un ensemble de protocoles de prise d'appel et d'envoi des moyens urgents baptisé "Guide belge de la régulation médicale".

Comité de rédaction

Un groupe de travail s'est constitué en 2006:

Dr Koen Bronselaer, Dr Todorov, Lt Jonas (C100 Mons), Lt Scarnière (C100 Mons), Infirmiers régulateurs: Jean-Pierre Cornet (Brugge), Jérôme Massart (Namur), Michel Margane (Liège), Michaël Scrève (Mons), Yo De Roeck (Gent), Noël Brulmans (Hasselt), Willem Teerlinck (Vlaams-Brabant).

Ce groupe a ensuite été rejoint en cours de projet par:

Dr Lambert Stamatakis, et les infirmiers régulateurs: Nicolas Glineur (Mons), Bernard Vincent (Mons), Ludo Cuyvers (Brussel) et Philippe Heuchamps (Bruxelles).

Avec la collaboration de

Catherine Hogne, Attaché communication – SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Éditeur responsable

Dr Dirk Cuyppers, Place Victor Horta, 40 bte 10 - 1060 Bruxelles

Graphisme et mise en page

Tostaky s.a.

Impression

Tostaky s.a.

Public cible

Cette publication s'adresse, dans l'ordre prioritaire, aux préposés des Centres 100 et à leur hiérarchie, ainsi qu'aux infirmiers régulateurs dans un but d'application et de mise en oeuvre. Les opérateurs de terrain (ambulances, PITs, SMURs et médecins généralistes), les inspections d'hygiène, les membres des Commissions de l'aide médicale urgente (COAMU) ont reçu ce guide à titre d'information, dans le but de le connaître et de s'intégrer dans la démarche.

Remerciements

Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement adresse ses meilleurs remerciements au groupe de travail et aux préposés des différents Centres 100 qui ont apporté leur expertise dans la relecture et l'apport de propositions d'amélioration du guide. Nous remercions particulièrement l'équipe de pilotage du projet de formation à la régulation médicale: Claire Cardon, Jean-Pierre Cornet, Jérôme Massart et Didier Van Delft.

Coordonnées de contact

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
Direction générale Soins de Santé primaires et Gestion de Crise
Place Victor Horta 40, bte 10 - 1060 Bruxelles

T. +32 (0)2 524 99 02

F. +32 (0)2 524 97 98

icm@health.fgov.be

www.health.fgov.be

Achevé d'imprimer en avril 2008.

