



MANUEL BELGE DE LA RÉGULATION MÉDICALE

Protocoles | Théorie et explications
Pre arrival instructions

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	
LISTE DES PROTOCOLES	1
Préface	2
1. Introduction générale	3
2. Organisation des protocoles	4
3. Procédure de validation	5
4. Bibliothèque de protocoles médicaux	6
PROTOCOLES MEDICAUX ET PRE ARRIVAL INSTRUCTIONS	
LISTE DES PROTOCOLES	7
Protocole Instructions générales	8
Pre arrival instructions (PAI)	10
Protocole Motif de l'appel - Bilan circonstanciel	11
Protocole Bilan des fonctions vitales	12
Protocoles spécifiques	14
001 Accident de circulation	16
002 Agression	18
004 AVC - AIT	20
005 Blessure par arme	22
006 Brûlure - Incendie	24
025 Céphalée	28
007 Chute de grande hauteur (>3 m)	30
036 Coup de chaleur, insolation	32
037 Défibrillateur externe automatique	34
009 Diabète	36
010 Difficulté respiratoire	38
012 Douleur abdominale non traumatique	40
013 Douleur dorsale non traumatique	42
011 Douleur thoracique	44
014 Electrocutation - Electrisation	46
015 Epilepsie	48
035 Fièvre de l'enfant - Convulsion hyperthermique	50
016 Grossesse - Accouchement	52
017 Hémorragie	54
018 Immobilisation prolongée - Compression du corps et membres	60

024 Intoxication CO	62
021 intoxication drogue	64
020 Intoxication éthylique	66
022 Intoxication médicamenteuse	68
023 Intoxication par produits agricoles, industriels ou domestiques	70
027 Morsure d'animal	72
003 Mort apparente	74
Phone C.P.R. - Protocole A.L.E.R.T.*	76
028 Noyade - Accident de plongée	78
029 Obstruction des voies respiratoires	80
008 Patient avec défibrillateur - pacemaker	84
030 Pendoison et strangulation	86
038 Personne ne répondant pas à l'appel	88
019 Perte de connaissance - Coma	90
040 Plan d'Intervention Médical	94
039 Problème cardiaque (autre que douleur thoracique)	96
026 Problème mal défini	98
031 Problème psychiatrique	100
032 Réaction allergique	102
033 Traumatisme - Amputation	104
034 Traumatisme crânien	106

THEORIE ET EXPLICATIONS	
LISTE DES PROTOCOLES	109
001 Accident de circulation	110
002 Agression	110
004 AVC - AIT	111
005 Blessure par arme	111
006 Brûlure - Incendie	112
025 Céphalée	112
007 Chute de grande hauteur (>3 m)	112
036 Coup de chaleur, insolation	113
037 Défibrillateur externe automatique	113
009 Diabète	114
010 Difficulté respiratoire	114

012 Douleur abdominale non traumatique	115
013 Douleur dorsale non traumatique	115
011 Douleur thoracique	116
014 Electrocutation - Electrisation	116
015 Epilepsie	117
035 Fièvre de l'enfant - Convulsion hyperthermique	117
016 Grossesse - Accouchement	117
017 Hémorragie	118
018 Immobilisation prolongée - Compression du corps et membres	119
024 Intoxication CO	120
021 Intoxication drogue	120
020 Intoxication éthylique	124
022 Intoxication médicamenteuse	124
023 Intoxication par produits agricoles, industriels ou domestiques	125
027 Morsure d'animal	125
003 Mort apparente	126
028 Noyade - Accident de plongée	126
029 Obstruction des voies respiratoires	127
008 Patient avec défibrillateur - pacemaker	127
030 Pendoison et strangulation	127
038 Personne ne répondant pas à l'appel	128
019 Perte de connaissance - Coma	128
040 Plan d'Intervention Médical	128
039 Problème cardiaque (autre que douleur thoracique)	129
026 Problème mal défini	129
031 Problème psychiatrique	129
032 Réaction allergique	130
033 Traumatisme - Amputation	130
034 Traumatisme crânien	130

ANNEXES	
Annexe 1 : Le code de communication	132
Annexe 2 : Communiquer avec l'appelant	135

LISTE DES PROTOCOLES

Accident de circulation	Intoxication CO
Agression	Intoxication drogue
AVC - AIT	Intoxication éthylique
Blessure par arme	Intoxication médicamenteuse
Brûlure - Incendie	Intoxication par produits agricoles, industriels ou domestiques
Céphalée	Morsure d'animal
Chute de grande hauteur (>3 m)	Mort apparente
Coup de chaleur, insulations	Noyade - Accident de plongée
Défibrillateur externe automatique	Obstruction des voies respiratoires
Diabète	Patient avec défibrillateur - pacemaker
Difficulté respiratoire	Pendaison et strangulation
Douleur abdominale non traumatique	Personne ne répondant pas à l'appel
Douleur dorsale non traumatique	Perte de connaissance - Coma
Douleur thoracique	Plan d'Intervention Médical
Electrocution - Electrification	Problème cardiaque (autre que douleur thoracique)
Epilepsie	Problème mal défini
Fièvre de l'enfant - Convulsion hyperthermique	Problème psychiatrique
Grossesse - Accouchement	Réaction allergique
Hémorragie	Traumatisme - Amputation
Immobilisation prolongée - Compression du corps et membres	Traumatisme crânien

PRÉFACE

La première édition du manuel belge de la régulation médicale a fortement contribué à l'amélioration de la prise en charge des appels à l'aide médicale urgente. Ce manuel a, à ce titre, été officialisé dans la Loi 112 du 29 avril 2011 qui précise que le traitement des appels à l'aide médicale urgente doit être exécuté conformément aux protocoles de régulation médicale.

La troisième édition de ce manuel a été améliorée et complétée par des professionnels de la régulation médicale (infirmiers régulateurs, directeurs médicaux adjoints des centres 112) et validée par des médecins urgentistes. Les principales adaptations ont porté sur une plus grande intégration de la première ligne de soins, sur une meilleure intégration des urgences pédiatriques et sur la meilleure gestion du vecteur PIT.

Des instructions de premiers secours font leur apparition dans la majorité des protocoles de régulation. L'opérateur peut indiquer à l'appelant la conduite à tenir ou les gestes à poser avant l'arrivée des secours. L'appelant est dès lors véritablement intégré dans la chaîne des secours. L'exemple extrême est celui de la « Phone CPR » dans laquelle, en situation d'arrêt cardiaque, l'opérateur encourage l'appelant à pratiquer les manœuvres de réanimation avant même l'arrivée des secours.

Cette 3e édition du Manuel belge de la régulation médicale s'adresse à l'ensemble des acteurs de l'aide médicale urgente et, en particulier, aux:

1. Opérateurs des centres 112

Les missions de l'opérateur 112 sont d'une importance capitale : il est en contact direct avec l'appelant et doit évaluer aussi rapidement que possible la nature et la gravité de la pathologie du blessé ou du malade et, sur cette base, envoyer les secours adéquats. Une appréciation aussi précise que possible de la situation est dès lors d'une importance vitale. Ce manuel est à cet égard un outil indispensable à la bonne gestion des appels à l'aide

médicale urgente: Il aide l'opérateur à poser les bonnes questions sans perdre de temps afin de ne pas hypothéquer les chances de survie du patient.

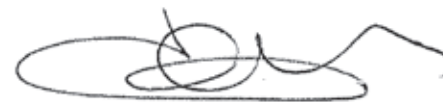
2. Directions médicales des centres 112

Une des missions essentielles des directions médicales 112 instituées par l'Arrêté Royal 112 est de superviser, à travers un plan qualité, la régulation médicale dans les centres 112. De ce fait, les directeurs médicaux, leurs adjoints et les infirmiers régulateurs ont comme mission essentielle d'encadrer l'utilisation quotidienne de ce manuel par les opérateurs 112.

3. Médecins généralistes

Certains protocoles de régulation intègrent la première ligne de soins dans les possibilités de réponse des centres 112. En effet, pour faire face aux difficultés que connaît la médecine générale dans l'organisation des gardes, j'ai mis en œuvre le Projet 1733 dont l'objectif est de diminuer l'effort demandé au généraliste à travers une meilleure régulation des appels à la garde de médecine générale.

J'invite donc tous les acteurs de l'aide médicale urgente, en ce compris les médecins généralistes, à prendre connaissance de ce manuel. Cela leur permettra de mieux comprendre les décisions des opérateurs 112 et le fonctionnement des centres 112. Par ailleurs, j'appelle avec insistance les principaux acteurs à faire part de leurs recommandations et de leurs expériences afin de tenir ce manuel à jour.



Laurette Onkelinx
Ministre de la Santé publique

1. INTRODUCTION GÉNÉRALE

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 112.

Comme professionnel, le préposé 112 est confronté à une tâche complexe de gestion d'incertitude : intégrer rapidement un grand nombre de données incomplètes fournies par des appelants stressés, 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.

Les protocoles médicaux constituent un support technique, 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.

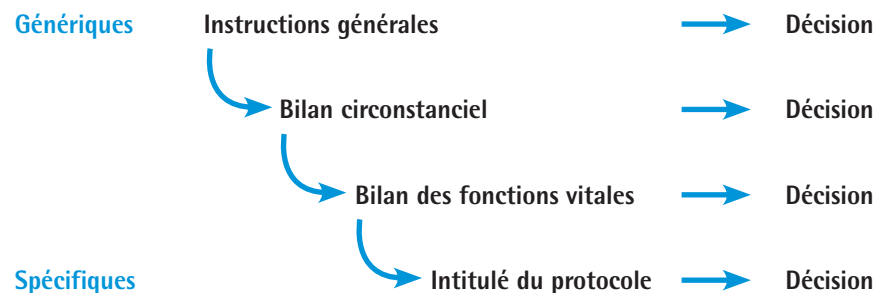
Ils permettront seulement de faciliter son travail par l'apport de propositions en termes : d'indicateurs de gravité, de thèmes de questionnement, de décisions d'actions ou encore de conseils à l'appelant.

Ce guide et l'ensemble des protocoles sont coordonnés avec le manuel fédéral d'ordre permanents PIT. Les actions infirmières du PIT sont adaptées au niveau de gravité PIT prévu dans les tableaux de gravité.

2. ORGANISATION DES PROTOCOLES

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. Le *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 40 thématiques définies dans la liste des protocoles.

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 40, de manière à éviter la multiplication de petits protocoles, non exploitables dans la pratique quotidienne de gestion des appels.
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.

3. PROCÉDURE 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.

3.1. 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.

¹ benchmarking(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.

3.2. 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
2. la relecture et l'amélioration de ces protocoles par un comité de médecins urgentistes et pédiatres.

4. BIBLIOTHÈQUE DE PROTOCOLES MÉDICAUX

Les protocoles présentés dans ce manuel sont les suivants :

1. **Protocole d'instructions générales** : ce protocole vise à préciser les grands principes et règles liées à la prise d'appel. Ces principes s'appliquent systématiquement et ne sont pas redéfinis dans chaque protocole spécifique.
2. **Protocole de bilan circonstanciel** : 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.
3. **Protocole de bilan des fonctions vitales** : 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.
4. **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 protocoles sont classés par ordre alphabétique et plus par numéro. De plus, les spécificités pédiatriques ainsi que la Médecine générale ont été ajoutés dans les tableaux de gravité.

LISTE DES PROTOCOLES

Accident de circulation	Intoxication CO
Agression	Intoxication drogue
AVC – AIT	Intoxication éthylique
Blessure par arme	Intoxication médicamenteuse
Brûlure - Incendie	Intoxication par produits agricoles, industriels ou domestiques
Céphalée	Morsure d'animal
Chute de grande hauteur (>3 m)	Mort apparente
Coup de chaleur, insulations	Noyade - Accident de plongée
Défibrillateur externe automatique	Obstruction des voies respiratoires
Diabète	Patient avec défibrillateur - pacemaker
Difficulté respiratoire	Pendaison et strangulation
Douleur abdominale non traumatique	Personne ne répondant pas à l'appel
Douleur dorsale non traumatique	Perte de connaissance - Coma
Douleur thoracique	Plan d'Intervention Médical
Electrocution - Electrification	Problème cardiaque (autre que douleur thoracique)
Epilepsie	Problème mal défini
Fièvre de l'enfant - Convulsion hyperthermique	Problème psychiatrique
Grossesse - Accouchement	Réaction allergique
Hémorragie	Traumatisme - Amputation
Immobilisation prolongée - Compression du corps et membres	Traumatisme crânien

PROTOCOLES MEDICAUX ET PRE ARRIVAL INSTRUCTIONS

PROTOCOLE INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

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 terme 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 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 :

OBSERVATIONS	TYPE	ACTIONS
Le patient est incapable de se mobiliser à cause de sa douleur	Douleur invalidante	• Envoi PIT pour visée antalgique • Considérer Smur si pas de PIT ou si non disponible
Le patient est capable de se mobiliser, malgré une douleur jugée insupportable	Douleur insupportable	• Envoi PIT pour visée antalgique • Considérer SMUR si pas de PIT ou si PIT non disponible
Le patient exprime la présence d'une douleur mais la juge supportable	Douleur supportable	• Envoi ambulance • Considérer envoi PIT
Le patient ne fait pas mention de douleur	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 **appelant 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.

PROTOCOLE INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

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 ou de PIT). En cas de litige, si le médecin persiste dans son choix à ne pas demander un SMUR ou un PIT, la décision finale se fera selon l'évaluation faite par le préposé à moins que le médecin n'accompagne le patient dans la cabine sanitaire de l'ambulance jusqu'à l'admission hospitalière.

3. Conseils génériques

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'envoi de la police pour des patients agressifs.
- Conseiller au patient le repos absolu dans une atmosphère calme.
- Laisser le patient à jeûn.
- Rappeler le "112" devant toute aggravation ou modification de l'état du patient.
- Rassurer, calmer la victime et son entourage.
- Mettre en sécurité l'appelant et la/les victime(s) si elles sont accessibles.
- Couvrir la/les victime(s) si possible.
- Si pas d'envoi de SMUR : surveillez la respiration et la conscience, appelez le 112 si l'état s'aggrave.
- Demander un SITREP (situation report) pour pouvoir prendre des mesures de coordination.

4. Médication

- Par principe, ne pas effectuer de prescription verbale de médicaments lors d'entretien téléphonique 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 112 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.

5. Divers

- Demander un **bilan systématique** (SITREP) 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, envoyer une ambulance. Demander au requérant de garder la ligne libre. Rappeler l'appelant le plus vite possible pour demander un complément d'informations et l'évolution de l'état de la victime.
- Si le temps d'intervention du SMUR ou du PIT est considérablement plus long que le temps de route de l'ambulance vers l'hôpital le plus proche, considérer au cas par cas :
 - "scoop & run" (p.ex. hémorragie non contrôlable)
 - "stay & play" (p.ex. arrêt cardiaque, BPCO, etc)
 - "jonction" en cours de route avec SMUR ou PIT vers l'hôpital et rester au point de rendez-vous convenu.

PRE ARRIVAL INSTRUCTIONS (PAI)

1. Introduction

Les conseils au requérant font déjà partie de l'activité quotidienne des opérateurs des CS 112. Il est en effet habituel pour les opérateurs de donner des conseils aux requérants afin de leur permettre d'apporter des soins aux victimes durant l'attente des secours : compression des lésions hémorragiques à l'aide d'un linge propre, Phone-CPR, mise en PLS, etc.

Le manuel a pour but de :

- lister les différents gestes qui pourront être conseillés aux requérants.
- fournir aux opérateurs une méthodologie pour apporter des conseils.
- valider cette liste de conseils et la méthodologie par un groupe d'experts.

2. Méthodologie

Chaque Pre arrival instruction (PAI) suivra une logique de déroulement qui permet de procéder pas à pas :

1. **Validation de la problématique**, appelée aussi indication : s'assurer que l'information qui va être donnée correspond au besoin du patient.
2. **Conditions pour exécuter la manœuvre** : s'assurer que les conditions matérielles et/ou humaines pour réaliser l'acte à poser sont bien réunies.
3. **Initialisation** : compliance de l'appelant, explication sur ce qui va se passer, mise en condition le cas échéant.
4. **Exécution de la manœuvre** : pas à pas, avec contrôle de commande.

Les PAI sont insérées dans les protocoles, en fonction de la thématique abordée.

PROTOCOLE MOTIF DE L'APPEL – BILAN CIRCONSTANCIEL

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-elle avant que cela n'arrive ?
- L'appelant a-t-il connaissance de pathologies préexistantes ou de traitement médicamenteux en cours pouvant être liées à l'appel (diabète, épilepsie, etc.) ?
- Quel est l'âge du patient ?
 - bébé (0 à 1 an)
 - enfant (2 à 6 ans)
 - grand enfant (7 à 14 ans)
 - adulte (15 à 75 ans)
 - personne âgée (> 75 ans)
- Quel est le nombre de victimes ?

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE (Qualification de la gravité)	CONSÉQUENCES ATTENDUES	ACTIONS
La victime : phénomène ou comportement visible ou décelable par un appelant professionnel ou non	1	Très grave	Pronostic vital et/ou fonctionnel engagé dans l'immédiat	Définition des actions à mener (envoi d'une ambulance, des pompiers et/ou de la police, etc.)
	2	Grave	Pronostic vital et/ou fonctionnel engagé à court terme	
	3	Sévère	Pronostic vital et/ou fonctionnel non engagé – à priori – mais nécessité de traitement rapide	
	4	Modéré	Pronostic vital et/ou fonctionnel non engagé – à priori – mais nécessité de traitement	
	5	Léger	Pas d'urgence vitale et/ou fonctionnelle mais nécessité d'un traitement	
	6	Non urgent	Ne relève pas de l'AMU Peut être référé au médecin généraliste de garde, à un médecin traitant durant les heures ouvrables ou à un autre service compétent	

PROTOCOLE BILAN DES FONCTIONS VITALES

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 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.

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

1. Conscience

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

OBSERVATIONS	TYPE	ACTIONS
• N'ouvre pas les yeux et • Ne parle pas et • Ne réagit pas lorsqu'on la stimule (Glasgow < 8)	Victime inconsciente	• Appel Ambu & SMUR • Poursuivre bilan des fonctions vitales
• Ouvre les yeux à la demande ou à la stimulation et • Parle de manière peu compréhensible voire incompréhensible et • Son état de vigilance est diminué, elle tend à "s'endormir" (8 < Glasgow < 12)	Victime semi-consciente	• Envoi d'un PIT • Eventuellement envisager envoi Smur en fonction du reste du bilan
• Ouvre les yeux spontanément et • Parle de manière compréhensible et • Obéit aux ordres simples et • Réagit à la stimulation* (Glasgow > 12)	Victime consciente	• Poursuivre bilan des fonctions vitales
• Aucune (appelant n'est pas auprès de la victime)		

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

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). Le score est compris entre 3 et 15. Un score inférieur à

PROTOCOLE BILAN DES FONCTIONS VITALES

8 nécessite une intubation donc l'envoi d'un SMUR (à l'exception de causes réversibles comme un état de coma post-critique après une crise d'épilepsie).

La perte de selles et/ou urines est souvent un indicateur de gravité, indiquant une profondeur de coma supérieure.

2. Respiration

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

OBSERVATIONS	TYPE	ACTIONS
• Ne respire plus • Absence de mouvements thoraciques ou • Gasping ou • Pause respiratoire	Arrêt respiratoire	• Envoi d'une ambulance et d'un SMUR
• Ne peut dire que quelques mots ou est incapable de parler • Cyanose généralisée • Respire bruyamment • Age < 14 ans • Tirage intercostal	Détresse respiratoire	• Envoi d'une ambulance et d'un SMUR
• Doit couper ses phrases pour reprendre son souffle • Est à court d'haleine • Cyanose péribuccale • Respiration bruyante	Dyspnée	• Envoi PIT • Poursuivre bilan des fonctions vitales
• Parle • Est bien colorée • Pas de bruit respiratoire perçu	Respiration normale ou peu altérée	• Poursuivre bilan des fonctions vitales

3. Circulation

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

OBSERVATIONS	TYPE	ACTIONS
• Absence de signes vitaux (inconscience et arrêt respiratoire)	Arrêt Cardiaque (ARCA)	• Envoi ambulance & SMUR • Recommander phone CPR* et/ou AED
• Pâleur de la peau • Pouls faible • Pulsation cardiaque • > 120/min. ou < 45/min. (adultes) • > 140/min. ou < 60/min. (enfants) • Patient transpirant • Pertes de sang conséquentes • Etat d'agitation • Vertiges en position semi - assise ou debout	Choc établi ou potentiel	• Envoi d'un PIT • Envisager SMUR • Poursuivre bilan des fonctions vitales
• Est normo-colorée • Pulsation cardiaque entre 60 et 100/min. • N'a pas de pertes de sang conséquentes	Fonction circulatoire normale ou peu altérée	• Poursuivre interrogatoire spécifique

* Cfr protocole A.L.E.R.T. (algorithme liégeois d'encadrement à la réanimation par téléphone)

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.

PROTOCOLES SPÉCIFIQUES

Note à l'utilisateur

Les 40 protocoles médicaux spécifiques, classés par ordre alphabétique, sont tous construits sur base d'une architecture standardisée en 5 grandes rubriques.

L'entrée dans le protocole est réalisée sur base de la présence de mots-clés dans la communication avec l'appelant. Ces mots clés permettent de pré-sélectionner les protocoles ad hoc.

Par la suite, le préposé confirmera l'adéquation du protocole, par un questionnaire validant la présence du problème visé par le protocole.

L'étape suivante permettra de déterminer le degré de gravité de la problématique et de sélectionner les moyens à envoyer.

Deux autres rubriques viennent compléter le protocole :

1. des instructions à l'attention du préposé
2. des conseils à adresser à l'appelant, en attendant l'arrivée des secours

PROTOCOLES SPÉCIFIQUES



1. MOTS-CLEFS

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



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse d'accident de circulation

- Basé sur les circonstances (nombre de victimes, nombre de véhicules impliqués, le type : camion, autocar, bus, voiture, moto, etc.) et le lieu (route, autoroute, trottoir, carrefour, VP, piste cyclable, etc.)
- Typologie des lésions (traumatismes, incarcération, ...)

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS	
- Inconscient - Instabilité hémodynamique - Détresse respiratoire - Paralysie - Victime éjectée	1	Très grave	D1	Désincarcération et/ou secours pompiers
- Coincée - Cinétique élevée : - frontal - tonneaux - déformation du véhicule - voiture/piéton - moto/voiture - autre mort apparent dans l'accident	2	Grave	D2	SMUR et Ambulance
			D3	Police
- Conscient - Coincé, sans lésion vitale - Hyperalgie - Age < 14 ans	3	Sévère	D1	Désincarcération et/ou secours pompiers
- Conscient - Non coincé - Blessures légères apparentes - Age < 14 avec lésion quelconque	4	Modéré	D2	PIT
			D3	Police
			D1	Secours pompiers si nécessaire
- Conscient - Non coincé - Pas de lésion apparente	5	Léger	D2	Ambulance
			D3	Police
			D1	Secours pompiers si nécessaire

 3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Voir instructions générales

 4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES 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.
- Cfr Pre arrival instruction "gestion du processus hémorragique".

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Pas de critère de niveau 1 à 5 mis en évidence • Victime d'accident de roulage déjà examinée en milieu hospitalier • Douleur ou incapacité fonctionnelle résiduelle	6	Non urgent	Médecine générale



1. MOTS-CLEFS

Rixe | Victimes | Contrainte | Menace | Viol | Agression | Choc émotionnel | Strangulation
| Coups | Hématomes | Bagarre



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse d'agression

Basé sur les circonstances : lésion et/ou choc émotionnel faisant suite à une agression.

Avertissement de la police

- Envoi si risque pour la sécurité des intervenants :
 - bagarre en cours
 - agresseur sur place
 - usage d'arme
- Si lieu ou voie publique : envoi d'emblée.
- Si lieu privé, envoi à la demande de l'appelant.

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS	
• Inconscience • Détresse respiratoire • Instabilité hémodynamique	1	Très grave	D2	Ambulance et SMUR
• Trouble de la conscience • Cinétique d'agression violente (agresseurs multiples...)	2	Grave	D3	Police (Cfr critères ci-dessous)
• Hyperalgie • Viol • Age < 14 ans	3	Sévère	D2	PIT
• Sans objet	4	Modéré	D3	Police (Cfr critères ci-dessous)
• Blessure légère • Réaction émotionnelle	5	Léger	D2	Ambulance
			D3	Police (Cfr critères ci-dessous)
• Constat de lésion	6	Non urgent	Médecine générale	



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

- Si blessé suite à usage d'arme, cfr protocole blessure par arme.
- Envisager le protocole "psychiatrie" en cas de patient agité ou agressif.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

- Veiller à sa propre sécurité.
- En cas de viol, déconseiller à la victime toute manœuvre qui compromet la recherche d'indices judiciaires (douche, toilette, ...).
- Cfr Pre arrival instruction "gestion du processus hémorragique".



1. MOTS-CLEFS

Attaque | Ne sait plus parler | Bouche sur le côté | Maux de tête | Thrombose | Paralyse |
Hémiplégie | Céphalées | Agitation | Confusion | Nausée | Accident | Vasculaire | Cérébral
| Ischémique transitoire | Vomissement | Convulsion



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse d'AVC-AIT

- Hémiplégie (paralyse du côté gauche ou du côté droit)
- Déviation de la bouche
- Maux de tête brutaux et violents
- Trouble de la parole ou de la vision
- Ne reconnaît pas son entourage, est "perdu"

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
- Inconscience - Instabilité hémodynamique - Convulsions	1	Très grave	Ambulance Et SMUR
- Trouble de déglutition - Troubles de la vigilance - Poussées d'HTA sévères - Troubles respiratoires - Hyper/hypoglycémie	2	Grave	
< 65 ans et accompagné d'au moins un signe: - Hémiplégie (paralyse du côté gauche ou du côté droit) - Déviation de la bouche - Maux de tête brutaux et violents - Trouble de la parole ou de la vision - Ne reconnaît pas son entourage, est "perdu"	3	Sévère	PIT
> 65 ans et accompagné d'au moins un signe: - Hémiplégie (paralyse du côté gauche ou du côté droit) - Déviation de la bouche - Maux de tête brutaux et violents - Trouble de la parole ou de la vision - Ne reconnaît pas son entourage, est "perdu"	4	Modéré	
- Symptômes de plus de 12h - Récidive d'AVC	5	Léger	Ambulance
Sans objet	6	Non urgent	Médecine générale



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

- Envisager l'intoxication au CO – protocole Intoxication Co.
- Envisager l'hypoglycémie chez un diabétique – protocole Diabète.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

- Faire placer la personne consciente en position semi-assise (cfr Pre arrival instructions ci-dessous).
- Si le patient est inconscient, le mettre en PLS (cfr Pre arrival instructions).

Position semi-assise.

INDICATIONS

- Victime consciente
- AVC/AIT
- Trouble respiratoire sévère

CONDITIONS

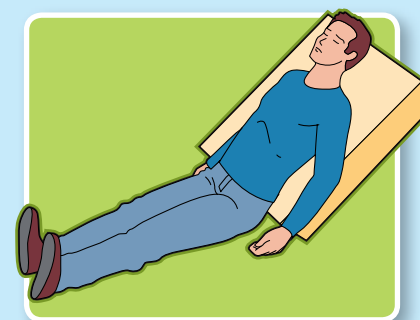
- Absence de trouble circulatoire (absence de pâleur, de signes d'hypovolémie)
- Absence de traumatisme médullaire

INITIALISATION

- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

- Si nécessaire, placer dans un premier temps la victime en position couchée sur le dos
- Relever thorax pour obtenir une inclinaison de 45°
- Pour vous aider, utilisez 2 ou 3 coussins, des couvertures pliées en quatre, ou tout autre objet non contondant qui peut permettre de surélever le thorax
- Un aidant peut se placer derrière la victime afin de la maintenir en position semi-assise





1. MOTS-CLEFS

Plaie par balles | Plaie par arme blanche | Coupure | Trauma pénétrant | Pistolet | Objet contondant | Révolver | Accident de chasse | Hold-up | Braquage | Fusil | Mitraillette | Agression | Tentative de meurtre | Bagarre | Flingue | Tirer | Carabine | Chasse | Couteau | Cutter | Canif



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse de blessure par arme

- Déterminer le type d'arme :
 - arme blanche (cutter, couteau, etc)
 - arme à feu (arme de poing, fusil de chasse, etc)
 - objet contondant (matraque, etc)
- Déterminer la localisation des blessures (en particulier axe tête-cou-tronc)

Avertissement de la police

- Envoi si risque pour la sécurité des intervenants :
 - bagarre en cours
 - agresseur sur place
 - usage d'arme
- Si lieu ou voie publique : envoi d'emblée
- Si lieu privé, envoi à la demande de l'appelant

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS	
- Inconscient - Troubles respiratoires - Instabilité hémodynamique - Trauma pénétrant : tête, cou, thorax, abdomen et dos - Toute plaie par balle chez l'enfant < 14 ans	1	Très grave	D2	SMUR & Ambulance
• Sans objet	2	Grave	D3	Police (Cfr critères ci-dessous)
• Trauma pénétrant de membre sans instabilité hémodynamique	3	Sévère	D2	PIT
• Hyperalgie	4	Modéré	D3	Police (Cfr critères ci-dessous)
• Plaies superficielles non-pénétrantes	5	Léger	D2	Ambulance
			D3	Police (Cfr critères ci-dessous)
• Sans objet	6	Non urgent	Médecine générale	



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

- Avertir les services de secours du danger possible.
- Déclencher un "scoop and run" en cas d'indisponibilité du SMUR (ou délai d'intervention trop long) si les ambulanciers confirment par bilan un critère de gravité de niveau 1. Selon la situation, convenir d'un point de jonction avec le SMUR ou orienter l'ambulance vers l'hôpital le plus proche (qui doit-être prévenu de l'arrivée de l'ambulance non médicalisée).



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

- Veiller à sa propre sécurité.
- Laissez l'arme sur place, ne pas y toucher. Préserver les traces.
- Cfr Pre arrival instruction "gestion du processus hémorragique".



1. MOTS-CLEFS

Brûlures | Brûler | Rougeur | Ampoule | Noir | Carbonisé | Inhalation de chaleur | Vêtements en feu | Produits chimiques | Engelures | Gelures | Vapeur | Electrocutation | Electrisation | Incendie | Explosion | Acide | Soude caustique | Déboucheur de canalisation



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

- Déterminer la cause de la brûlure.
- Déterminer la localisation, la surface et la profondeur de la brûlure.

Indicateurs validant l'hypothèse de brûlure – incendie

- Exposition à une source de chaleur importante, à un incendie/explosion.
- Contact avec une source de froid, un produit cryogénique (azote ou oxygène liquide,...).
- Exposition ou contact avec un agent chimique corrosif ou caustique.

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
- Inconscient - Trouble respiratoire - Instabilité hémodynamique - Toute brûlure de la face, du cou	1	Très grave	SMUR & Ambulance
- Brûlure > 30% tout degré confondu - Brûlure associée à une électrisation - Inhalation de fumées ou vapeur chaudes - Brûlure > 15% adulte & > 10% enfant (exception : coup de soleil)	2	Grave	
- Hyperalgie malgré cooling - Brûlure < 15% adulte - Brûlure < 10% enfant (< 14 ans)	3	Sévère	PIT
Sans objet	4	Modéré	
- Toute brûlure ne rentrant pas dans les catégories 1 à 4 - Brûlure localisée des zones anatomiques importantes (pieds, mains, organes génitaux, articulations) et de profondeur jugée légère	5	Léger	Ambulance
- Brûlure localisée en dehors des zones anatomiques importantes (pieds, mains, cou, face, organes génitaux, articulations) et de profondeur jugée légère - Brûlure de plus de 24h. et de moins de 5%	6	Non urgent	Médecine générale



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

- 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 – amputation.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

- Evacuez les victimes hors de la fumée mais, ne jamais encourager un appelant à entrer dans un bâtiment en feu.
- Cfr Pre arrival instruction.

Gestion de la brûlure

Cooling brûlure thermique

D'abord de l'eau !
Idéalement ; respecter la règle
des trois 15 : 15'/15°/15cm



INDICATIONS

- Brûlures d'origine thermique (flamme, chaleur rayonnante, liquide chaud)
- Brûlures d'origine électrique (contact direct avec une source électrique, flash, foudre)

CONDITIONS

- Point d'eau à proximité
- Présence d'eau de distribution (eau du robinet, eau minérale) mais aussi toute eau non potable mais de qualité suffisante (eau présente dans l'autopompe des pompiers, eau de citerne, eau de source, etc)
- Pour les accidents électriques, ne pas entamer de rinçage tant que tout danger n'est pas écarté

INITIALISATION

- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

- Règle des "trois fois 15" : 15 minutes, sous une eau à 15 degrés, à 15 cm de la source d'eau
- Placer la surface brûlée en dessous de l'eau courante, ne pas plonger la surface brûlée
- Ne pas laisser la surface lésée sous un jet d'eau trop puissant; si besoin "casser" le jet d'eau grâce à un linge propre placé contre la source d'eau



- ### Rinçage brûlure chimique

An illustration of a person's hands being washed under a stream of water from a white faucet in a grey sink. The person is wearing a blue long-sleeved shirt. The background is a solid green color.

- Brûlures d'origine chimique (acide, base, produit irritant, urticant, etc)
- Le but n'est pas de refroidir mais de diluer au maximum le produit caustique ou irritant

CONDITIONS

- Point d'eau à proximité
- Présence d'eau de distribution (eau du robinet, eau minérale) mais aussi toute eau non potable mais de qualité suffisante (eau de citerne, eau de source, etc)
- Ne pas entamer de rinçage tant que tout danger n'est pas écarté (port de protections pour intervenants si nécessaire)
- Eau de la citerne des camions pompiers si certitude d'absence d'additifs

INITIALISATION

- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

- Règle des "trois fois 15" modifiée : 20 minutes, sous une eau à 15 degrés, à 15 cm de la source d'eau
- Placer la surface brûlée en dessous de l'eau courante, ne pas plonger la surface brûlée
- Ne pas laisser la surface lésée sous un jet d'eau trop puissant ; si besoin "casser" le jet d'eau grâce à un linge propre placé contre la source d'eau
- Durant le rinçage, ôter tout bijou, bague, montre, bracelet qui pourrait enserrer un membre
- Les vêtements contaminés doivent être ôtés sans exposer les intervenants aux risques
- Ne pas tenter de "neutraliser" une substance chimique sans indication médicale formelle (centre anti-poisons, médecine du travail, etc)
- Une fois le rinçage terminé, si les secours ne sont pas encore arrivés, couvrir la surface brûlée avec un linge propre; lutter contre l'hypothermie (couvrir la victime, la garder dans un local chauffé, à l'abri des intempéries, ôter les vêtements mouillés)



1. MOTS-CLEFS

Maux de tête | Céphalées | Vertige | Tête qui tourne | Nausée | Vomissement



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse de malaise, céphalées

Céphalées clairement expliquées

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Instabilité hémodynamique • Inconscience • Détresse respiratoire	1	Très grave	SMUR & Ambulance
• Céphalées avec troubles de la conscience (surtout si l'apparition est brutale) • Céphalées accompagnées de signes de gravité ◦ Photophobie ◦ Nausée ◦ Vomissement	2	Grave	
• Céphalées accompagnées de signes de gravité ◦ Troubles visuels ◦ Patient de moins de 14 ans	3	Sévère	PIT
• Céphalées chez patient qui se sait migraineux et sans signe de gravité	4	Modéré	
• Céphalées isolées (sans signes de gravité) < 24h	5	Léger	Ambulance
• Céphalées isolées > 24h (sans signes de gravité) • Céphalées accompagnées de fièvre (sans signes de gravité)	6	Non urgent	Médecine générale



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Sans objet



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

Voir instructions générales

CHUTE DE GRANDE HAUTEUR (>3 M)



1. MOTS-CLEFS

Hauteur | Chute | Toit | Etage | Passé par la fenêtre | Défenestration | Echafaudage | Balcon | Arbre | Terrasse | Escalier | Echelle | Toiture



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse de chute de grande hauteur

Lié aux circonstances, au descriptif de l'appel

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS	
- Inconscience - Troubles respiratoires - Cyanose - Instabilité hémodynamique - Convulsions	1	Très grave	D1	Envisager secours pompiers si victime difficilement accessible
- Hauteur > 3 mètres - Agitation ou somnolence - Respiration bruyante - Paralysie des membres - Anesthésie de membre	2	Grave	D2	Ambulance & SMUR
- Pour hauteur > 3 mètres : - Paresthésies - Fracture ouverte	3	Sévère	D1	Envisager secours pompiers si victime difficilement accessible
- Pour hauteur > 3 mètres : - Hyperalgie - Manœuvres de relève et de brancardages présumées longues et difficiles (chantier, cavité, etc) - Antécédents lourds connus (cardiaques, respiratoires, etc) - Âges extrêmes (< 14 ans ou > 75 ans)	4	Modéré	D2	PIT
- Hauteur < 3 mètres - Pas de lésion de gravité 1 à 4 mise en évidence	5	Léger	D2	Ambulance
Sans objet	6	Non urgent	Médecine générale	

Par facilité, on considérera qu'un étage équivaut à 3 mètres.

CHUTE DE GRANDE HAUTEUR (>3 M)



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Compléter votre interrogatoire avec les protocoles : traumatisme-amputation, traumatisme crânien, hémorragie interne extériorisée.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES 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).
- Cfr Pre arrival instruction "gestion du processus hémorragique".



1. MOTS-CLEFS

Insolation | Coup de chaleur | Convulsions



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse de coup de chaleur, insolation

- Basé sur les circonstances et les conditions atmosphériques
- Effort en cours ou très récent, ou survenu au repos dans une atmosphère surchauffée et lourde
- Longue exposition au soleil

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Victime inconsciente • Instabilité hémodynamique • Détresse respiratoire	1	Très grave	Ambulance & SMUR
• Signes neurologiques (confusion, crise convulsive, apathie)	2	Grave	
• Public fragilisé (enfant, personne âgée, maladie chronique lourde)	3	Sévère	PIT
• Elévation modérée de la température (max. 38°,5) sans signes de gravité de niveau 1	4	Modéré	
• Nausées, vomissements	5	Léger	Ambulance
• Céphalées	6	Non urgent	Médecine générale

COUP DE CHALEUR, INSOLATIONS



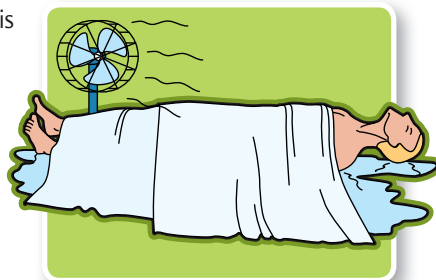
3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Si crise convulsive, voir aussi protocole "épilepsie".



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES 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.





1. MOTS-CLEFS

Arrêt cardiaque | Fibrillation ventriculaire | Défibrillateur externe automatique



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse d'utilisation de défibrillateur externe automatique (DEA)

Basé sur les circonstances : réanimation en cours dans un lieu disposant d'un défibrillateur externe automatique (centre commercial, salle de sport,...). Ces endroits doivent avoir été répertoriés.

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Victime en état de mort apparente • Pas de réaction aux stimuli • Arrêt respiratoire	1	Très grave	SMUR & Ambulance
• Sans objet	2	Grave	
• Sans objet	3	Sévère	PIT
• Sans objet	4	Modéré	
• Sans objet	5	Léger	Ambulance
• Sans objet	6	Non urgent	Médecine générale

DÉFIBRILLATEUR EXTERNE AUTOMATIQUE



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

- Refaire un bilan des fonctions vitales avec l'appelant (établir l'inconscience, mettre en évidence l'arrêt respiratoire).
- Vérifier que la victime est placée en position dorsale pour utilisation correcte du DEA.
- S'assurer que la victime est réanimée entre les cycles DEA.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES 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.

Aide utilisation Automatic External Defibrillator (AED)

INDICATIONS

- Etat d'inconscience confirmé
- Arrêt cardio-respiratoire

CONDITIONS

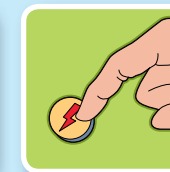
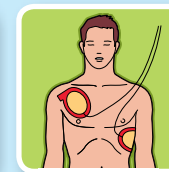
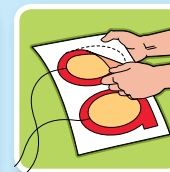
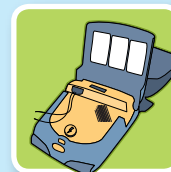
- Accès rapide à un AED
- Si pas d'accès rapide : entamer une Phone-CPR
- Environnement exempt de risque explosif (présence de gaz, p.ex.) ou humide (patient et sol)

INITIALISATION

- "Vous sentez-vous capable de ... ?"
- "Ne pas avoir peur de l'appareil, il ne peut rien arriver "

EXÉCUTION

- Déposer le défibrillateur près de la victime, si possible, auprès de son oreille gauche
- Ouvrir le boîtier et mettre en marche l'appareil
- Dénuder la poitrine et s'assurer que la peau est sèche
- Suivre les instructions de l'appareil





1. MOTS-CLEFS

Diabètes | Hypoglycémie | Hyperglycémie | Sueur | Odeur acétone | Choc | Insuline
| Glycémie | Sucre | Glucose | Malaise | Pâleur | Agité | Confusion Inconscient |
Agressif | Ivre



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse de problème lié au diabète

Patient diabétique connu

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Convulsions • Coma inaugural	1	Très grave	Ambulance & SMUR
• Convulsions et/ou coma chez femme enceinte	2	Grave	
• Coma avec hypoglycémie prouvée par test percutané (glycémie < 70 mg/dl) • Récidive de coma (patient diabétique connu)	3	Sévère	PIT
• Agitation, confusion • Pâleur • Sudation • Hyperglycémie (patient non comateux)	4	Modéré	
• Conscient – abordable (non agité) sans signes de gravité de 1 à 4 • Diabète déséquilibré sans signes de gravité de 1 à 4	5	Léger	Ambulance
• Situation sous contrôle (hypoglycémie corrigée)	6	Non urgent	Médecine générale

Les signes cliniques doivent guider le choix du vecteur.

Une valeur de glycémie "isolée" peut être faussement rassurante.



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

- Essayer d'avoir le patient au téléphone afin d'évaluer la gravité du problème directement avec lui.
- Compléter votre interrogatoire avec les protocoles : Problème mal défini - Epilepsie - Perte de connaissance - AVC/AIT.
- 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 LES SECOURS

- Si la technique est connue par l'appelant, faire déterminer le taux de glycémie.
- En cas d'hypoglycémie, cfr Pre arrival instruction "Resucrage par voie orale du patient diabétique qui présente une hypoglycémie".

Resucrage par voie orale du patient diabétique qui présente une hypoglycémie.

INDICATIONS

- Hypoglycémie chez patient diabétique

CONDITIONS

- Hypoglycémie prouvée par test percutané (glycémie < 70 mg/dl) et symptomatique (pâleur, sudations, bourdonnements)
- Absence de trouble de la conscience qui pourrait provoquer une fausse déglutition
- Absence d'indication à garder la victime à jeun (trauma)
- Accès à une boisson sucrée (soda, eau sucrée, etc)

INITIALISATION

- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

- Essayer de faire boire une petite quantité de boisson sucrée (une gorgée à la fois, s'assurer de l'absence de fausse déglutition entre chaque gorgée)
- Si l'état du patient ne s'améliore pas rapidement (quelques minutes), faire stopper ce "resucrage" par voie orale





1. MOTS-CLEFS

Haleine courte | Dyspnée | Asthme | Emphysème | Respiration bruyante | Haleter | Wheezing | Cyanose | Teint gris | Bronchite | Etouffement | Avaler de travers | Hyperventilation | Crise d'angoisse | Essoufflement | Infection respiratoire | BPCO | Œdème pulmonaire | OAP | OPH | Congestion | Corps étranger | Oxygène | Embolie pulmonaire | Oppression



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse de difficulté respiratoire

- Picotements dans les doigts et autour de la bouche (hyperventilation)
- Polynée ou bradynée
- Cyanose
- Obstruction des voies respiratoires
- Difficulté ou impossibilité de parler

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
- Inconscience - Instabilité hémodynamique - Cyanose généralisée - Bradynée ou gasping - Incapacité à parler (à cause de l'effort respiratoire)	1	Très grave	SMUR Et Ambulance
- Difficulté à parler (phrases entrecoupées par l'effort respiratoire) - Bruit ou encombrement respiratoire - Douleurs thoraciques avec cyanose - Asthmatique et BPCO : traitement sans effet	2	Grave	
Cyanose péribuccale	3	Sévère	PIT
- Dyspnée modérée (le patient est encore capable de faire des phrases complètes) - Age <14ans	4	Modéré	
Tachynée dans un contexte d'angoisse sans signes de niveau 1 à 4 ou antécédents respiratoires (asthme, BPCO, etc ...)	5	Léger	Ambulance
Sans objet	6	Non urgent	Médecine générale



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Ne pas écarter la possibilité d'une inhalation de produits ménagers ou industriels qui peuvent occasionner des gênes respiratoires.

Compléter votre interrogatoire avec les protocoles : Douleur thoracique - Problème mal défini - Obstruction des voies respiratoires.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

- Si le patient prend des médicaments, les préparer.
- Repos absolu dans une atmosphère calme.
- Position assise du patient conscient (cfr Pre arrival instruction).



1. MOTS-CLEFS

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 | Ventre de bois | Vomissement de sang | Pertes de sang anales | Méléna | Constipation | Diarrhées | Fécalome



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse de douleur abdominale non traumatique

- Rectorragie
- Crampes abdominales
- Vomissements, diarrhées
- Grossesse ou pertes de sang vaginales

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Instabilité hémodynamique • Ventre de bois	1	Très grave	SMUR & Ambulance
• Hémorragie extériorisée haute ou basse • Hypotension ou tachycardie objectivée	2	Grave	
• ATCD : ◦ trauma abdomin.al récent ◦ anévrisme aorte abdominale • Douleur aiguë, insupportable • Patient porteur de facteurs de risques cardio-vasculaire : ◦ HTA ◦ Diabète ◦ Tabac...	3	Sévère	PIT
• ATCD : ◦ colique néphrétique, ◦ ulcère gastrique • Douleur & saignements chez la femme enceinte (1er trimestre)	4	Modéré	
• Température • vomissements incessants • Diarrhées	5	Léger	Ambulance
• Pas de température ◦ diarrhées ◦ vomissements ◦ patient alités	6	Non urgent	Médecine générale

DOULEUR ABDOMINALE NON TRAUMATIQUE



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Compléter votre interrogatoire avec les protocoles : Grossesse - accouchement - hémorragie interne extériorisée.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

- PLS pour patients inconscients (cfr Pre arrival instruction).
- Mettre la victime à l'aise en position "canif" (cfr Pre arrival instruction) ou laisser dans la position dans laquelle le patient se sent le mieux pour les patients conscients.
- Ne pas faire déplacer, repos absolu.
- Garder le patient à jeun.

Proposer à l'appelant de rappeler le 112 devant toute modification de l'état du patient.

Position "Canif"

INDICATIONS

- Douleur abdominale
- Souvent adoptée spontanément, elle favorise le relâchement des muscles de la sangle abdominale

CONDITIONS

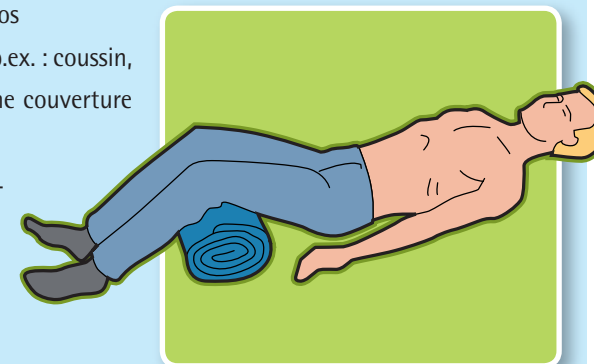
- Patient conscient, calme, collaborant
- Patient non soulagé par une position prise spontanément
- Absence de lésions des membres inférieurs, du bassin et du rachis

INITIALISATION

- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

1. Placez le patient sur le dos
2. Préparez un objet mou (p.ex. : coussin, veste pliée en quatre, une couverture roulée, etc)
3. Glissez l'objet confectionné ci-dessus sous les jambes de la victime, à hauteur du creux des genoux (creux poplités)





1. MOTS-CLEFS

Colique néphrétique | Calcul rénal | Lumbago | Mal de dos | Lombalgie | Femme enceinte
| Tour de rein | Hernie | Vertèbre | Sciatique | Anévrisme



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse de douleur dorsale non traumatique

Antécédents de

- dorsalgies
- de chirurgie dorsale récente ou non
- de colique néphrétique
- anévrisme de l'aorte abdominale

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Inconscience • Instabilité hémodynamique • Douleur d'emblée maximale avec sensation de mort imminente	1	Très grave	SMUR & Ambulance
• Douleur intense chez patient avec antécédents d'anévrisme de l'aorte ○ HTA ○ Hyperchol ○ Anévrisme	2	Grave	
• Fièvre, nausées, vomissements • Vertiges, pâleur • Antécédents (coliques néphrétiques, douleur dos)	3	Sévère	PIT
• Douleur aiguë avec impotence fonctionnelle importante • ATCD Lombalgiques (hernie discale connue, arthrose, tassement vertébral, lumbago)	4	Modéré	
• Douleur permettant une mobilisation du patient	5	Léger	Ambulance
• Douleur modérée ou légère avec impotence fonctionnelle modérée avec ATCD lombalgiques ou pas	6	Non urgent	Médecine générale

DOULEUR DORSALE NON TRAUMATIQUE



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Sans objet



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

Laisser le patient prendre la position qui lui convient le mieux.



1. MOTS-CLEFS

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



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse de douleur thoracique

- Douleur irradiant dans le bras, la mâchoire, l'épaule, le dos
- Douleur persistante, oppression

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Signes de choc : transpiration, pâleur, trouble de la conscience ou syncope • Palpitations • ATCD d'arrêt cardiaque	1	Très grave	SMUR & Ambulance
• Antécédents d'infarctus ou d'angine de poitrine, patient ponté, fibrillation auriculaire • Présence au minimum de 2 facteurs de risque : ○ HTA ○ diabète ○ tabac ○ âge (> 35 ans homme & > 40 ans femme) • Douleur chez patient porteur d'un pace-maker ou d'un défibrillateur • Douleur d'origine coronarienne : ○ rétrosternale ○ irradiant mâchoire, bras, épaule ○ constrictive, violente ○ persistante >30 min. ○ identique au 1er infarctus, à l'angor • Résistance au traitement habituel (spray nitrés, cédocard) • Nausées/Vomissements • Dyspnée associée à la douleur rétrosternale	2	Grave	



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Compléter votre interrogatoire avec les protocoles suivant(s) : difficulté respiratoire – problème mal défini.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

- Mettre la victime à l'aise en position (semi) assise ou laisser dans la position dans laquelle le patient se sent le mieux pour les patients conscients.
- PLS pour patients inconscients.
- Ne pas faire déplacer, repos absolu.
- Ne plus faire prendre de traitement au patient s'il en a un, même si la douleur n'a pas cédé.

Proposer à l'appelant de rappeler le 112 devant toute modification de l'état du patient

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Douleur soulagée par nitrés • 2 épisodes douloureux au repos en moins de 24h • Dyspnée modérée	3	Sévère	PIT
• Douleur respiration-dépendante • Douleur associée à de la toux	4	Modéré	
• Age < 35 (sans facteur de risque : tabac – HTA – diabète) • 1 Episode douloureux terminé (sans facteur de gravité de 1 à 4) • Contexte anxieux, dépressif, stress	5	Léger	Ambulance
• Age < 35 • 1 Episode douloureux terminé (sans facteur de gravité de 1 à 5) • Pas d'ATCD cardiaque • Contexte toux, t°	6	Non urgent	Médecine générale



1. MOTS-CLEFS

Electrocution | Electrisation | Flash | Foudre | Courant continu | Courant alternatif |
Cabine électrique | Accident de travail | Accident domestique | Brûlure



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse d'électrocution

- Circonstances et témoignages
- Notion de point d'entrée et/ou de sortie

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS	
• Arrêt cardio-respiratoire • Inconscient • Dyspnée sévère • Instabilité hémodynamique	1	Très grave	D1	Pompiers
			D2	Ambulance Et SMUR
• Trouble de la conscience (amnésie/agitation/somnolence/coma) • Electrocution de l'enfant (< 14 ans) • Patient frappé par la foudre • Alimentation > 230v • Brûlures externes étendues	2	Grave	D3	Si secours pompiers engages
• Perte de connaissance brève • Douleurs thoraciques	3	Sévère	D2	PIT
• Alimentation de 12 à 220V • Palpitations	4	Modéré		
• Alimentation de moins de 12V • Patient asymptomatique	5	Léger	D2	Ambulance
• Sans objet	6	Non urgent	Médecine générale	



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

- Si la source de courant est toujours présente, envoyer secours pompiers.
- Selon la situation, contacter les services appropriés (électricité, SNCB, TEC...).
- Compléter votre interrogatoire avec le protocole : brûlures.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

- Pas de geste de secours tant que le danger n'est pas écarté.
- Ecarter les témoins de la zone dangereuse.
- 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).
- Faire placer la personne inconsciente en PLS, consciente en position semi-assise. Sinon, dans la position souhaitée par la victime.
- Envisager cooling après mise en sécurité.

Gestes de sauvetage en cas d'électrification.

INDICATIONS

- Electrification en cours avec contact entre la victime et un conducteur

CONDITIONS

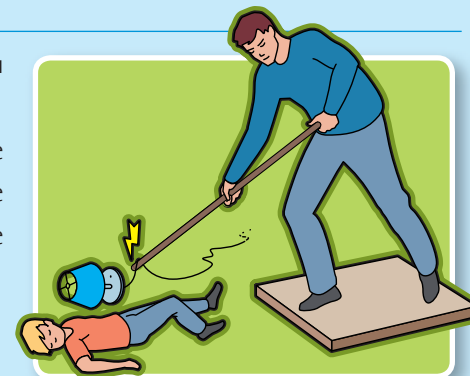
- Absence de risque pour intervenants

INITIALISATION

- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

- Couper le courant au compteur ou à l'interrupteur
- Soustraire la victime de la source électrique avec un isolant efficace comme une pièce de bois (manche de brosse)





1. MOTS-CLEFS

Convulsions | Spasmes | Epilepsie | Secousse | Mousse dans la bouche | Frappe avec les membres | Etat de crampe | Mouvements involontaires | Mouvements anormaux | Tremblements | Epilepsie



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse d'épilepsie

- Morsure de langue, perte d'urines, mousse dans la bouche, convulsions en cours
- Contexte de traumatisme crânien ou intoxication

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
- Première crise chez l'adulte, pas d'antécédents d'épilepsie (suspecter une hémorragie cérébrale) - Cyanose persistante après les convulsions - Persistance du coma après la crise	1	Très grave	SMUR & Ambulance
- Convulsions > 2 min. - Plusieurs crises en un court laps de temps - Dans le contexte de : diabète, grossesse, intoxications (y compris CO), ou traumatisme - Traitement d'urgence administré par les proches sans effet - Bébé ou enfant de moins de 5 ans (penser aux convulsions hyperthermique)	2	Grave	
Plusieurs crises en un court laps de temps chez un épileptique connu	3	Sévère	PIT
Enfant de moins de 14 ans	4	Modéré	
Patient épileptique connu crise finie, état post-critique en milieu non protégé (voie ou lieu public)	5	Léger	Ambulance
Patient épileptique connu crise finie, patient éveillé en milieu protégé (domicile, MRS)	6	Non urgent	Médecine générale



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

- 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.
- Compléter votre interrogatoire avec les protocoles : grossesse, fièvre de l'enfant et traumatisme crânien.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

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

Gestion de la crise convulsive

INDICATIONS

- Crise convulsive, crise d'épilepsie

CONDITIONS

- Convulsions en cours

INITIALISATION

- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

- Si crise débutante, tenter d'atténuer la chute au sol
- Ecarter tout objet ou meuble qui risquerait de blesser la victime
- Une fois la crise terminée, placer la victime en PLS





1. MOTS-CLEFS

Température | Pyrexie | Fièvre | Bébé | Enfant | Convulsions | Frissons | Sueur | Sudation
| Transpiration



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

- Identifier les situations à risque pour l'enfant.
- Conseiller au mieux les proches de l'enfant dans leur prise en charge.

Indicateurs validant l'hypothèse de fièvre de l'enfant

- corporelle > ou = à 38.5° C
- Convulsions dans un contexte fébrile
- Signes cutanés : sudation, coloration rougeâtre de la peau (surtout de la face)
- Frissons
- Contexte de maladie en cours (angine, otite, gastro-entérite,...) ou en train de s'installer.

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Victime inconsciente • Instabilité hémodynamique • Détresse respiratoire	1	Très grave	SMUR & Ambulance
• Photophobie • Raideur de nuque • Convulsions fébriles en cours • Hypotonie (aspect "poupée de chiffon")	2	Grave	
• Convulsions fébriles qui viennent de se terminer (enfant sujet aux convulsions hyperthermiques) • Fièvre élevée, t° > 40.5°	3	Sévère	PIT
• Bébé de moins de trois mois	4	Modéré	
• Pyrexie de plus de 48h. qui ne s'améliore pas malgré traitement et contexte social "difficile"	5	Léger	Ambulance
• Pyrexie de plus de 48h. qui ne s'améliore pas malgré traitement • Pyrexie de moins de 48h. sans traitement donné	6	Non urgent	Médecine générale

FIÈVRE DE L'ENFANT - CONVULSION HYPERTHERMIQUE



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Complétez votre interrogatoire avec le protocole épilepsie.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

- Déshabiller l'enfant (faire ôter pulls, couvertures, etc.).
- Envelopper l'enfant d'un linge humide (à réhumidifier régulièrement).
- Placer l'enfant dans une pièce fraîche.
- 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





1. MOTS-CLEFS

Enceinte | Fausse couche | Perte des eaux | Crampes | Contractions | Avortement | Ventre dur | Naissance | Nouveau-né | Bébé | Accouchement | Enceinte | Pertes vaginales



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse de grossesse

Contractions – perte de liquide – visibilité du bébé ou cordon ombilical



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

→ Tenter de déterminer :

- la date du terme prévu
- la notion de gémellarité
- l'hôpital de suivi

→ Envisager de compléter l'équipe avec une accoucheuse

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Inconscience • Instabilité hémodynamique • Naissance en cours – bébé visible • Perte des eaux >1h. • Convulsions • Procidence du cordon (cordon visible à la vulve) • Membre du bébé visible à la vulve (siège ou présentation transverse)	1	Très grave	SMUR & Ambulance
• Hémorragie vaginale (2e et 3e trimestre) • Grande multiparité (≥ 3 grossesses) • Grossesse gémellaire (travail entamé)	2	Grave	
• Perte des eaux <1h. • Contractions fréquentes (3 à 5 min.) • Durée des contractions (1 min.)	3	Sévère	PIT
• Douleurs abdominales du premier trimestre (Suspicion de FC) • Hémorragie vaginale du premier trimestre (Suspicion de FC) • Hypertension sévère	4	Modéré	
• Transport vers maternité pour avis gynécologique sans symptomatologie. (demande de MT par exemple...)	5	Léger	Ambulance
• Sans objet	6	Non urgent	Médecine générale



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

Proposer à l'appelant de rappeler le 112 devant toute modification de l'état du patient

Accouchement inopiné

Accouchement

INDICATIONS

- Femme enceinte, à terme ou non

CONDITIONS

- Accouchement en cours

INITIALISATION

- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

- Installer la maman en travers d'un lit, fesse au bord, deux oreillers fermes sous les fesses
- Lui demander d'empaumer l'arrière de ses cuisses, tirer dessus comme pour ramer, puis pousser lors des contractions
- En cas de naissance par le siège, conseiller de ne pas toucher l'enfant tant que l'expulsion n'est pas complète (risque de déclencher des mouvements respiratoires)

Enfant né

INDICATIONS

- Enfant né à domicile suite à un accouchement inopiné

CONDITIONS

- Enfant né, conscient
- Avoir à portée de main des linges propres et secs
- Disposer d'un local chauffé

INITIALISATION

- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

- Vérifier la bonne perméabilité des VAS (dégager la bouche, le nez)
- Placer l'enfant sur le ventre de sa mère, dans un linge propre et sec
- Le coucher sur le côté, sécher son corps avec le linge sans oublier la tête
- Couvrir la tête avec un bonnet (si disponible)
- Garder la mère et l'enfant dans un local chauffé



1. MOTS-CLEFS

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



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Le volume des pertes de sang influence le risque d'apparition d'un choc hypovolémique.

Indicateurs validant l'hypothèse d'hémorragie

- Bilan des 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
- D'origine traumatique : plaies avec écoulement de sang en continu ou en jet
- D'origine vaginale : contexte de grossesse ou pas

Indicateurs d'urgence

Origine traumatique

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Victime inconsciente • Instabilité hémodynamique (Choc hypovolémique et/ou polytrauma) • Détresse respiratoire • Cyanose	1	Très grave	SMUR et Ambulance
• Section complète de membre au dessus de la cheville ou du poignet • Trauma pénétrant grave du thorax et/ou abdomen (y compris éviscération) • Hémorragie non contrôlable	2	Grave	
• Section partielle ou complète de membres en dessous de la cheville ou du poignet	3	Sévère	PIT
• Amputation complète d'un doigt ou d'un orteil	4	Modéré	
• Amputation partielle d'un doigt ou d'un orteil • Plaie simple, sans hémorragie importante • Hémorragie sans autres signes de gravité	5	Léger	Ambulance
• Plaie superficielle	6	Non urgent	Médecine générale

Epistaxis

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Inconscience	1	Très grave	SMUR & Ambulance
• Instabilité hémodynamique	2	Grave	
• Malaise avec sueur et vertiges en position semi-assise ou debout • Epistaxis non contrôlable par compression directe	3	Sévère	PIT
• Accompagné de céphalées et antécédents d'hypertension • Epistaxis chez patient bénéficiant d'un traitement anti-coagulant (Aspirine, Marcoumar, Sintrom etc) • Récidive d'épistaxis (traitement récent ou non)	4	Modéré	
• Crachat de sang	5	Léger	Ambulance
• Saignement de nez sans signes de choc et antécédent d'hypertension	6	Non urgent	Médecine générale

Hémorragie digestive

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Patient inconscient • Instabilité hémodynamique • Vomissement actifs de sang (au moins 2 fois)	1	Très grave	SMUR & Ambulance
• Douleur abdominale intense • Ventre de bois	2	Grave	
• Douleur intense à modérée • 1 épisode de vomissement actif de sang • > 2 épisodes de rectorragies (émission de sang frais par l'anus)	3	Sévère	PIT
• Douleur faible	4	Modéré	
• Douleur absente • Crachat de sang • Rectorragie limitée à un seul épisode	5	Léger	Ambulance
• Episode hémorragique terminé (voie basse) et sans signe de gravité de 1-5 • Simples traces de sang (sous vêtements, papier WC, protège slip, etc) • Demande de consultation	6	Non urgent	Médecine générale

Hémorragie vaginale

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Patiente inconsciente • Instabilité hémodynamique	1	Très grave	SMUR & Ambulance
• Douleur abdominale intense • Grossesse 2e et 3e trimestre	2	Grave	
• Malaise avec sueur et vertiges en position semi-assise ou debout • Douleur intense à modérée	3	Sévère	PIT
• Douleur faible • Grossesse au 1er trimestre + perte de sang sans signes de choc	4	Modéré	
• Douleur absente • Pertes brunes (c'est-à-dire absence de sang frais) • Pertes de sang jugées faibles	5	Léger	Ambulance
• Episode hémorragique terminé et sans signe de gravité 1-5 • Demande de consultation	6	Non urgent	Médecine générale



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

- 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.
- Se référer aussi aux protocoles grossesse et traumatisme crânien adulte.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

Proposer à l'appelant de rappeler le 112 devant toute modification de l'état du patient

Position de Trendelenburg ou décubitus dorsal, membres surélevés

INDICATIONS

- Victime consciente présentant une hémorragie abondante (interne, externe ou extériorisée)
- Signes d'hypovolémie sévère (pâleur, tachycardie, confusion, hypotension)
- Syncope, malaise vagal

CONDITIONS

- Absence de trouble respiratoire
- Absence de traumatismes des membres inférieurs, de bassin ou médullaire



HÉMORRAGIE

INITIALISATION

- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

- Placer la victime en position couchée sur le dos
- Relever les deux jambes, tendues, à +/- 45° d'inclinaison
- Pour vous aider, utilisez 2 ou 3 coussins, des couvertures pliées en quatre, ou tout autre objet non contondant qui peut permettre de surélever les membres



Compression directe des hémorragies

INDICATIONS

- Perte de sang importante caractérisée par une hémorragie externe

CONDITIONS

- Avoir à portée de main un moyen propre et facilement accessible (linge, essuie, etc)

INITIALISATION

- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

- Si plaie hémorragique située sur un membre (en l'absence de fracture), surélever le membre ("plus haut que le cœur")
- Si nécessaire, ne pas hésiter à coucher la victime (cfr position de Trendelenbourg)
- Plier un morceau de tissu (pansement improvisé) en quatre et appliquer fermement sur la plaie hémorragique. Si possible, maintenir ce pansement avec une bande
- Si le pansement improvisé en première intention vient à se "gorger de sang": ne pas l'ôter mais remettre un nouveau pansement improvisé par-dessus



Gestion de l'épistaxis non traumatique

INDICATIONS

- Epistaxis : perte de sang par le nez (origine non traumatique)

CONDITIONS

- Absence de traumatisme antérieur important.
- Considérer la douleur occasionnée par le geste

INITIALISATION

- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

- Faire asseoir la victime
- Pincer l'extrémité du nez entre le pouce et l'index
- Encourager la victime à éviter de se moucher
- Eviter de basculer la tête en arrière (risque de broncho-inhalation), garder au contraire la tête basculée vers l'avant



Gestion de plaies

INDICATIONS

- Plaies non hémorragiques (plaie = rupture de la barrière cutanée)

CONDITIONS

- Avoir à disposition du matériel adéquat (compresses, pansement, morceau de tissu propre)

INITIALISATION

- A la demande du requérant
- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

- Couvrir la lésion via un pansement improvisé (ou non) de manière à ce que toute la surface soit protégée des agressions externes
- Ne pas tenter de désinfecter (le traitement final se fera en milieu hospitalier) mais conseiller - éventuellement - de nettoyer sommairement la plaie fortement souillée à l'eau claire



INDICATIONS

- Amputation

CONDITIONS

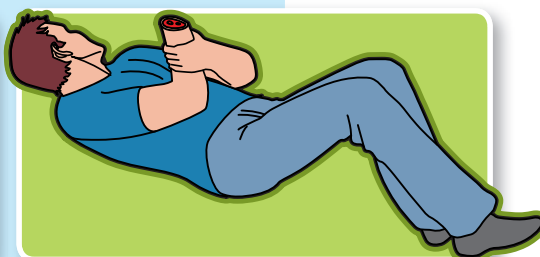
- Rupture complète des structures anatomiques reliant le membre lésé au reste du corps

INITIALISATION

- A la demande du requérant
- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

- Gestion du processus hémorragique (cfr ci-dessus)
- Conservation du membre amputé :
 - Emballer le membre amputé dans un linge propre ou un pansement stérile
 - Placer le membre amputé dans un sac de plastique hermétiquement fermé
 - Placer le sac hermétique dans un autre récipient contenant de l'eau froide et des glaçons (si possible)





1. MOTS-CLEFS

Incarcération | Personne coincée | Personne allongée au sol | Ecrasement | Ensevelissement | Accident | Effondrement Habitation | Immeuble | Machine | Au sol | Enfermement | Personne coincée sous un train



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Évaluer les lésions associées potentiellement létales et/ou qui risquent de porter atteinte à la survie d'un membre.

Indicateurs validant l'hypothèse d'immobilisation prolongée – compression du corps et de membres

Basés essentiellement sur les circonstances :

- Accident de roulage (autoroute, voie rapide), véhicule qui a percuté un arbre, pylône, etc.
- Déformation importante des structures d'un véhicule, portières coincées, habitacle envahi par le tableau de bord.
- Effondrement d'habitation ou de bâtiment où se trouvent potentiellement des victimes.
- Descriptif de l'appelant quant à la présence d'un membre coincé ou tout autre partie du corps (accidents de travail avec machine).
- Victime allongée sur un plan dur depuis plus de quatre heures (supposées) et qui a été incapable de se mobiliser (hypothermie souvent sous-jacente).

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS	
• Patient inconscient • Instabilité hémodynamique • Ensevelissement complet • Tronc coincé	1	Très grave Enseveli ou coincé avec recul sur les organes vitaux	D1	Ouverture de porte ou ensevelissement complet
			D2	SMUR Et ambulance
			D3	Ouverture de porte
• Troubles de la conscience • Difficulté respiratoire • Traumatisme sévère associé, hémorragie importante	2	Grave	D2	Ambulance Et SMUR
• Membre toujours coincé à l'appel • Hyperalgie	3	Sévère Enseveli ou coincé avec recul possible sur les organes vitaux	D1	Désincarcération
			D2	PIT
• Hypothermie associée (peau froide au toucher) • Immobilisation au sol de plus de 4 heures	4	Modéré Enseveli ou coincé avec recul modéré sur les organes vitaux	D2	PIT



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

- En cas d'accident avec incarcérations multiples ou d'effondrement d'habitation, voir aussi procédure "Plan d'intervention Médical".
- Complétez votre interrogatoire avec les protocoles : accident de circulation, traumatisme crânien, hémorragie interne extériorisée.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

- Couvrir la victime pour éviter l'hypothermie.
- 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

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS	
• Victime consciente présentant des lésions modérées dont le dégagement a été rapide (membre n'est plus coincé) • Immobilisation au sol de moins de trois heures sans hypothermie associée	5	Léger	D2	Ambulance
• Sans objet	6	Non urgent	Médecine générale	



1. MOTS-CLEFS

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

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.

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS	
• Instabilité hémodynamique • Inconscience • Convulsions	1	Très grave	D1	Mesure de CO ambiant
• Somnolence • Agitation, confusion • Multiplicité des victimes • Douleurs thoraciques	2	Grave	D2	Ambulance & SMUR
• Perte de connaissance initiale • Grossesse en cours	3	Sévère	D1	Mesure de CO ambiant
• Céphalées, nausées et vomissements, torpeur, asthénie, fatigue • Vertiges sans perte de connaissance initiale	4	Modéré	D2	PIT
• Présence de CO avérée + patient(s) sans symptômes	5	Léger	D1	Mesure de CO ambiant
			D2	Ambulance
• Sans objet	6	Non urgent	Médecine générale	



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

- Si le transfert vers le caisson hyperbare est envisagé, proposer une mise en conférence entre le C.S. 112, le SMUR et le médecin du centre hyperbare.
- Pour faciliter la prise de décision, le centraliste peut informer, grâce au système de géo localisation, le médecin du SMUR de la durée estimée de transfert vers le caisson.
- Complétez votre interrogatoire avec les protocoles : perte de connaissance, problème mal défini.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES 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, ...).
- Répertorier tous les impliqués et les présenter aux secours qui se rendent sur les lieux.



1. MOTS-CLEFS

Intoxication | Overdose | Cocaïne | Ecstasy | Crack | Héroïne | Amphétamines | Opiacés |
Toxicomanes | Drogue | Champignons hallucinogènes | GHB | Speed



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse de prise de drogue

- Abus de drogue reconnu
- Circonstances

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Patient inconscient • Instabilité hémodynamique	1	Très grave	Ambulance et SMUR
• Convulsions • Douleur thoracique (prise de cocaïne) • Cyanose • Patient de moins de 14 ans	2	Grave	
• Toute prise élevée et inhabituelle de drogues dures (cocaïne, héroïne) ou cocktail de drogues	3	Sévère	PIT
• Sueurs • Agitation • Fonction vitale conservée	4	Modéré	
• Prise de drogue douce avec demande de prise en charge	5	Léger	Ambulance
• Prise de drogue douce • Angoisses	6	Non urgent	Médecine générale

Complétez votre interrogatoire avec les protocoles : diabète, problème psychiatrique.

Mettre en garde contre un éventuel matériel piquant (seringues, aiguilles), qui est à haut risque contaminant.



1. MOTS-CLEFS

Alcool | Intoxication | Bière | Nausées | Vomissements | Etat d'ébriété | Titube



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateur validant l'hypothèse d'intoxication éthylique

Notion de prise d'alcool

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Patient inconscient • Instabilité hémodynamique	1	Très grave	Ambulance & SMUR
• Convulsions	2	Grave	
• Somnolence, peu réactif • Prise d'alcool chez l'enfant de moins de 14 ans	3	Sévère	PIT
• Sans objet	4	Modéré	
• Fonctions vitales conservées	5	Léger	Ambulance
• Sans objet	6	Non urgent	Médecine générale



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Rester vigilants quant aux symptômes d'une imprégnation éthylique qui peuvent être confondus avec une hypoglycémie ou un traumatisme crânien.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

Si l'appelant est le patient, s'assurer que la porte d'entrée sera ouverte.



1. MOTS-CLEFS

Ingestion | Tentative de suicide | Prise de médicaments | Overdose | Empoisonnement | Vomissement | Nausée



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse de prise de médicaments

Prise importante de médicaments : benzodiazépines, antidépresseurs, antihypertenseurs, anti-arythmiques, insuline...

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Inconscient • Instabilité hémodynamique • Convulsions • Cyanose	1	Très grave	Ambulance et SMUR
• Prise de médicaments pour le cœur et/ou pour l'hypertension	2	Grave	
• Somnolence, peu réactif • Pâleur • Prise de médicaments (autres que ceux de niveau 1) + alcool • Prise de médicaments antidiabétiques	3	Sévère	PIT
• Sans objet	4	Modéré	
• Fonctions vitales conservées	5	Léger	Ambulance
• Sans objet	6	Non urgent	Médecine générale



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Il faut déterminer par téléphone le produit en cause (nom de médicament, dosage, type de produit...) et en estimer la quantité ingérée (nombre de comprimés, de plaquettes, quantité de liquide...).



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

Si l'appelant est le patient, s'assurer que la porte d'entrée sera ouverte.

Rassembler les emballages et les produits potentiellement en cause. 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.



1. MOTS-CLEFS

Intoxication | Ingestion | Déboucheur | Détergent | Méthanol | Eau de javel | Détartrant
| Naphtaline | Essence | Shampoing | Raticide | Insecticide | Herbicides | Cyanure |
Tentative de suicide | Ammoniac | Chlore | Poison | Empoisonnement | Vomissement |
Nausée | Maux de tête | Champignons hallucinogènes | Gaz | Odeurs



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse d'intoxication

Notion d'ingestion, d'inhalation ou d'exposition à un toxique agricole, industriel ou domestique

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS	
- Inconscient - Instabilité hémodynamique - Convulsions	1	Très grave	D1	Si nécessaire
			D2	SMUR & ambulance
- Cyanose - Détresse respiratoire - Bradypnée - Patient de moins de 14 ans	2	Grave	D3	Si D1 engagée
Respiration bruyante	3	Sévère	D1	Si nécessaire
			D2	PIT
			D3	Si D1 engagée
Fonctions vitales conservées	4	Modéré	D2	PIT
Intoxication suspectée mais non prouvée	5	Léger	D2	Ambulance
Sans objet	6	Non urgent		Médecine générale



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

- Dans tous les cas où une intoxication individuelle avec un produit industriel et/ou herbicide et/ou raticide est suspectée, prévenir les secours afin qu'ils prennent des mesures de protection contre la contamination.
- Dans le cas de malaise ou coma, individuel ou collectif, dans une structure (para)industrielle fermée (atelier de peinture, garage, entrepôt) n'impliquant pas un agent liquide ou solide clairement identifié, interdiction aux secours médicaux non protégés de pénétrer dans l'endroit. Reconnaissance et extraction des victimes par des pompiers.
- Il faut déterminer par téléphone le produit en cause (nom, dosage, type de produit...) et en estimer la quantité ingérée (quantité de liquide...).



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES 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.
- Déconseiller de faire vomir surtout si ingestion de caustiques.



1. MOTS-CLEFS

Morsure | Animal | NAC | Plaie | Chien | Chat | Rat | Serpent | Vipère | Couleuvre | Venimeux | Venin | Rage | Enragé | Araignée | Mygale | Insecte | Terrarium | Toxoplasmose



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse de morsure d'animal

- Animal causal : animal de compagnie, chien errant, animal d'élevage, bête sauvage, rat, serpent...
- Résultat : plaie
 - plaie circulaire
 - plaie délabrante
 - arrachage de tissus mous
 - contusion ("simple" ou étendue)

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Instabilité hémodynamique • Inconscience • Détresse respiratoire • Atteinte voies respiratoires (plaie de la trachée p.ex.)	1	Très grave	Ambulance et SMUR
• Plaie cervicale	2	Grave	
• Plaie délabrante • Hémorragie contrôlée • Patient de moins de 14 ans	3	Sévère	PIT
• Morsures multiples	4	Modéré	
• Plaie face sans détresse vitale associée • Préjudice fonctionnel et/ou esthétique potentiel	5	Léger	Ambulance
• Plaie isolée (autre que face)	6	Non urgent	Médecine générale



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

- Si l'animal est toujours présent et menaçant, faites intervenir la police et/ou le service incendie.
- 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 importante.
- Heureusement, la plupart du temps les propriétaires de ce type d'animaux connaissent bien leur dénomination car il s'agit souvent d'un public passionné.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES 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.



1. MOTS-CLEFS

Arrêt cardiaque | Mort | Décédé | Arrêt respiratoire | Apnée | Ne bouge plus | Corps | Signes de décomposition | Meurtre | Suicide | Carbonisé | Décapitation | Ecrasement massif | Lividités cadavériques | Peau froide | Agonie | Etat de mort apparente



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Eventuellement déterminer la certitude d'un décès prévisible et à ne pas réanimer.

Indicateurs validant l'hypothèse d'arrêt cardiaque

- Absence de réaction aux stimulations douloureuses
- Absence de mouvement de la poitrine
- Apnée ou gasping
- Absence de pouls

Indicateurs validant l'hypothèse de décès manifeste/cadavre à ne pas réanimer

- Corps carbonisé, décapitation, putréfaction
- Contexte de décès prévu (malade en fin de vie, maladie en stade terminal)

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
- Inconscient - Arr. respiratoire - Gasping - Absence de signe de vie	1	Très grave	SMUR & Ambulance
Sans objet	2	Grave	
Sans objet	3	Sévère	PIT
Sans objet	4	Modéré	
Sans objet	5	Léger	Ambulance
- Contexte de décès prévu - Carbonisé - Décapitation - Putréfaction	6	Mort évidente	Ambulance & généraliste ou Ambulance & police



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

- 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 "irrécusable", soit sa démarche de ne pas répondre aux appels est volontaire et elle ne doit donc pas non plus être réanimée.
- Le caractère suspect de la mort est à déterminer par le médecin sur place. Le préposé ne peut donc pas envoyer la police en première intention sur les morts violentes potentielles.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

- Vérifier la disponibilité éventuelle d'un DEA. S'il est disponible, conseiller à l'appelant de le décrocher, de l'allumer, et de suivre les instructions dictées par la machine jusqu'à l'arrivée des secours.
- S'il n'y a pas de DEA, envisager une phone CPR avec un appelant particulièrement collaborant.

Phone C.P.R. - Protocole A.L.E.R.T.*



ÊTES-VOUS À CÔTÉ DE LA VICTIME MAINTENANT ?

OUI

- Ecoutez attentivement. Je vais vous expliquer ce que vous devez faire étape par étape pour l'aider.
- Je vais vous poser des questions; ne raccrochez jamais, posez le téléphone près de vous et reprenez-le pour me répondre.

NON

→ "Retournez tout de suite près de la victime et suivez mes instructions."

EST-CE QUE LA PERSONNE EST RÉVEILLÉE/CONSCIENTE ?

OUI

→ Evaluation. Bilan secondaire.

NON

- Appelez-la à voix haute et secouez doucement ses épaules.
- Observez la personne et dites-moi si elle ouvre les yeux, si elle parle ou si elle bouge.



EST-CE QU'IL Y A UNE RÉACTION ?

OUI

→ Evaluation. Bilan secondaire.

NON

- Mettez une main sur son front et basculez sa tête en arrière en relevant son menton avec l'autre main.
- Tout en maintenant sa tête en arrière, vous allez placer votre oreille près de sa bouche et observer son thorax pendant 10 secondes.



* Algorithme Liégeois d'Encadrement à la Réanimation par Téléphone (A.L.E.R.T.)
[http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(10\)00492-2/abstract](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(10)00492-2/abstract)

- Dites-moi si son thorax bouge, si vous entendez une respiration ou si vous sentez un souffle sur votre joue.
- Posez le téléphone maintenant et reprenez-le quand vous avez terminé de réaliser mes instructions.

EST-CE QUE LA PERSONNE RESPIRE ?

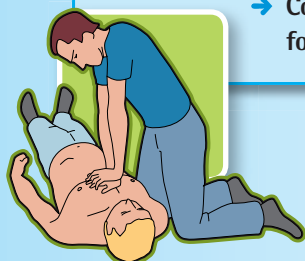
OUI

- Placez la personne en position couchée si elle ne l'est pas et je vais vous expliquer la mise en **position latérale de sécurité** (non détaillée dans protocole de phone CPR).

NON

- Placez la personne en position couchée sur le sol sur le dos si elle ne l'est pas.
- Posez le téléphone près de vous et reprenez-le tout de suite après pour réaliser mes instructions.

- Elle ne respire pas, mais vous pouvez l'aider.
- Vous devez réaliser le **massage cardiaque**; écoutez attentivement.
- Mettez une main au centre du thorax entre les 2 mamelons et l'autre main au-dessus de la première.
- **Comprimez le thorax rapidement avec les 2 bras tendus en comptant: "...et 1 et 2 et 3 et 4, ...", aussi fort que vous pouvez. Vous devez appuyer assez fort. Le thorax doit s'enfoncer d'environ 5 cm.**



- **Faites cela jusqu'à ce que les secours arrivent.**
- Je reste en ligne, si vous avez besoin de moi.
- N'abandonnez surtout pas!



1. MOTS-CLEFS

Noyade | Accident de plongée | Hypothermie | Chute dans l'eau | Corps à la surface de l'eau | Piscine | Bain | Tentative de suicide



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Déterminer le stade de la noyade

Indicateurs validant l'hypothèse de noyade ou d'accident de plongée

- L'environnement : piscine, club de plongée, fleuve, baignoire
- Les signes :
 - personne mouillée
 - toux avec rejet d' "écume"
- Circonstances : noyade accidentelle ou volontaire (TS) / accident de plongée

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS	
• Victime inconsciente • Instabilité hémodynamique • Détresse respiratoire • Cyanose	1	Très grave	D1	Pompiers si victime toujours à l'eau
• Tout accident ou malaise en plongée (à l'aide de bouteilles) • Victime confuse ou agitée suite à une noyade ou quasi noyade • Enfant < 14 ans	2	Grave	D2	Ambulance Et SMUR
			D3	Appel police si voie ou lieu publique
• Traumatisme associé suite à une noyade ou quasi noyade sans critères de niveau 1 ou 2	3	Sévère	D1	Pompiers si victime toujours à l'eau
• Hypothermie suite à une noyade ou quasi noyade sans critères de niveau 1 ou 2 • Essoufflement • Toux	4	Modéré	D2	PIT
			D3	Appel police si voie ou lieu publique
• Personne tombée à l'eau et sortie • Aucun signe clinique	5	Léger	D2	Ambulance
• Sans objet	6	Non urgent	Médecine générale	



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

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 LES 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 phone CPR.
- 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).



1. MOTS-CLEFS

Corps étranger | Dyspnée | Difficulté à avaler | Gêne dans la gorge | Fausse déglutition
| "A avalé de travers" | Restaurant | Repas | Suffoquer | Ne reçoit plus d'air | Est bleu |
Ne peut plus parler



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse d'obstruction

→ Survenue :

- au cours d'un repas chez l'enfant ou l'adulte (risque de fausse déglutition très important chez la personne âgée)
- dans un contexte de jeu chez l'enfant
- dans un milieu spécialisé : homes, IMP...

→ Ingestion : gêne dans la gorge, douleur/difficulté à avaler, pas de dyspnée

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Victime inconsciente • Instabilité hémodynamique • Arrêt respiratoire • Détresse respiratoire • Cyanose	1	Très grave	Ambulance Et SMUR
• Brusque sensation de suffocation • Sudation • Impossibilité à parler • Victime < 14 ans • Respiration bruyante	2	Grave	
• Capable de parler, mais difficilement	3	Sévère	PIT
• Patient essoufflé, à court d'haleine • Toux	4	Modéré	
• Douleur ou difficulté à avaler • Douleur à la gorge	5	Léger	Ambulance
• Désobstruction spontanée (recommandation = contacter médecin généraliste pour avis)	6	Non urgent	Médecine générale



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Complétez votre interrogatoire avec les protocoles : difficulté respiratoire, réaction allergique.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES 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.

Fausse déglutition (adulte)

INDICATIONS

- Obstruction des voies respiratoires supérieures par tout élément solide ou liquide

CONDITIONS

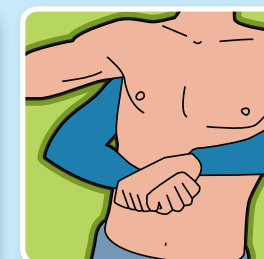
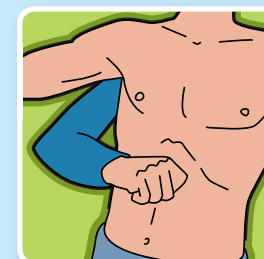
- Détresse respiratoire provoquée par l'élément solide ou liquide
- Victime consciente qui ne peut parler, respirer avec aisance ou tousser

INITIALISATION

- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

- Exécuter maximum 5 frappes dans le dos de la victime (entre les deux omoplates)
- Si sans effet, exécuter maximum 5 compressions abdominales (l'exécutant se place derrière la victime; l'encercle de ses bras et réalise 5 compressions du bas vers le haut, poing fermé, dans la direction du sternum)
- Si la victime perd connaissance, cfr protocole phone CPR



OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES

Fausse déglutition (enfant < 1 an)

INDICATIONS

- Obstruction des voies respiratoires supérieures par tout élément solide ou liquide

CONDITIONS

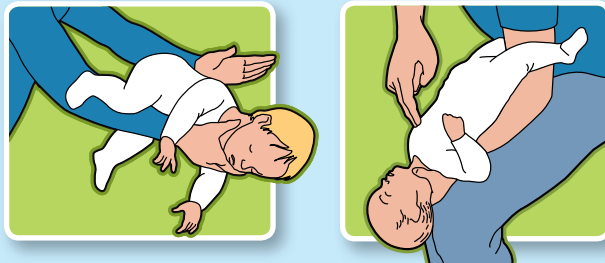
- Détresse respiratoire provoquée par l'élément solide ou liquide
- Victime consciente qui ne peut parler, respirer avec aisance ou tousser

INITIALISATION

- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

- Exécuter maximum 5 frappes dans le dos de la victime (entre les deux omoplates)
- Si sans effet, exécuter maximum 5 compressions thoraciques



Fausse déglutition (enfant > 1 an)

INDICATIONS

- Obstruction des voies respiratoires supérieures par tout élément solide ou liquide

CONDITIONS

- Détresse respiratoire provoquée par l'élément solide ou liquide
- Victime consciente qui ne peut parler, respirer avec aisance ou tousser

INITIALISATION

- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

- Exécuter maximum 5 frappes dans le dos de la victime (entre les deux omoplates)
- Si sans effet, exécuter maximum 5 compressions abdominales
- Si la victime perd connaissance, cfr protocole phone CPR





1. MOTS-CLEFS

Défibrillateur intégré, Cardiovertteur inséré | Défibrillateur (ICD) cardiovertteur automatique inséré | Défibrillateur (AICD) | Pacemaker (PM) | Choc interne | Electrochoc | Pile au cœur | Mal de poitrine | Palpitations | Syncope | Perte de connaissance



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse de défibrillateur / pacemaker

- Patient porteur d'un pacemaker
- Patient porteur d'un défibrillateur implanté

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
- Inconscient - Instabilité hémodynamique - Bradycardie (fc < 40')	1	Très grave	SMUR & Ambulance
- Douleur thoracique - Patient semi-conscient - Au moins 2 chocs électriques avec symptômes (malaise, syncope, palpitations)	2	Grave	
Un ou 2 chocs électriques sans symptômes (malaise, syncope, palpitations)	3	Sévère	PIT
Sans objet	4	Modéré	
Sans objet	5	Léger	Ambulance
Sans objet	6	Non urgent	Médecine générale

Les symptômes ressentis doivent guider l'envoi de moyens



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Complétez votre interrogatoire avec les protocoles : difficulté respiratoire, douleur thoracique, problème cardiaque autre que douleur thoracique, perte de connaissance, problème mal défini.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

- Mettre la victime à l'aise.
- Ne pas la déplacer.
- Repos absolu.



1. MOTS-CLEFS

Pendaison | Suicide | Pendu | Corde | Tentative | Arbre | Poutre | Strangulation



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

- L'acte de pendaison est en lui-même un critère de gravité, donc la réponse sera la même quel que soit l'état de la victime.
- Il en va de même pour des cas de strangulation accidentelle (enfants avec colliers, cordes à linges, courroies de machines, etc.).

Indicateurs validant l'hypothèse de la pendaison

- Essentiellement : témoignage "visuel" de l'appelant
- Tentative de suicide par pendaison ratée

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS	
• Victime pendue	1	Très grave	D1	Pour dépendre
• Victime dépendue / corde autour du cou	2	Grave	D2	Ambulance & SMUR
• Sans objet	3	Sévère	D2	PIT
• Sans objet	4	Modéré		
• Sans objet	5	Léger	D2	Ambulance
• Sans objet	6	Non urgent	Médecine générale	



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

- Sur demande explicite du médecin du SMUR, envoi des forces de l'ordre (mort suspecte).
- Lorsque la pendaison survient dans un lieu public (parc, etc), toujours faire intervenir la police.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES 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 phone CPR 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.

Gestes au pendu.

INDICATIONS

- Toute victime d'une strangulation par pendaison

CONDITIONS

- Victime toujours pendue

INITIALISATION

- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

- Tenter de couper le lien qui étrangle la victime en essayant de soutenir le corps dans la chute qui s'en suit
- Dans l'impossibilité de couper le lien, tenter de soulever la victime par le bas dans l'attente des secours

PERSONNE NE RÉPONDANT PAS À L'APPEL



1. MOTS-CLEFS

Personne qui ne répond plus | Personne âgée | Enfermé dans sa maison | Incapable d'ouvrir la porte



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse du protocole

Basé sur les indications données par les requérants

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS	
• Détresse à caractère vital mise en évidence par des éléments objectifs observés par requérants qui ont vu ou entendu la victime juste avant ou pendant l'appel (état de mort apparente, inconscience, hémorragie importante)	1	Très grave	D1	Service pompier Ouverture de porte si nécessaire
			D2	Ambulance & SMUR
			D3	Service Police Ouverture de porte si nécessaire
• Sans objet	2	Grave		
• Eléments mis en évidence par requérants qui ont vu ou entendu la victime juste avant ou pendant l'appel (lésion hyperalgique, état de semi-conscience)	3	Sévère	D1	Service pompier Ouverture de porte si nécessaire
			D2	PIT
			D3	Service Police Ouverture de porte si nécessaire
• Sans objet	4	Modéré		
• Aucun élément objectif mis en évidence	5	Léger	D1	Service pompier Ouverture de porte si nécessaire
• Appel indirect, absence de témoin visuel			D2	Ambulance
			D3	Service Police Ouverture de porte si nécessaire
• Sans objet	6	Non urgent		Médecine générale



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

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



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

Tenter d'établir un contact avec la victime et rappeler le 112 une fois celui-ci établi.



1. MOTS-CLEFS

Syncope | Perte de connaissance | Coma | Inconscience | Ne réagit pas | Evanoui | Malaise
| Chute de tension | Tombé dans les pommes | Non réveillé | Ne bouge pas



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse de perte de connaissance

- Circonstances
- Absence de réactions à la voix et à la douleur.

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Patient inconscient • Instabilité hémodynamique, • Difficulté respiratoire	1	Très grave	Ambulance Et SMUR
• Inconscience qui persiste malgré position allongée • Pas de réaction à l'appel et quand on secoue les épaules	2	Grave	
• Reprise de conscience avec confusion ou somnolence	3	Sévère	PIT
• Brève Perte de Conscience avec reprise spontanée de conscience. Patient > 75 avec ATCD cardiovasculaires connus	4	Modéré	
• Reprise de conscience sans confusion ou somnolence • Brève Perte de Conscience avec reprise spontanée de conscience. Patient < 75 ans Pas d'ATCD cardiovasculaires connus	5	Léger	Ambulance
• Sans objet	6	Non urgent	Médecine générale



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

- Complétez votre interrogatoire avec les protocoles suivants : état de mort apparente, diabète, convulsions-épilepsie, intoxication au CO.
- 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.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES 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.

Position Latérale de Sécurité (P.L.S.)

INDICATIONS

- Trouble isolé de la conscience
- Absence de réactions aux stimuli (douleur et parole)

CONDITIONS

- Absence de trouble respiratoire et/ou circulatoire

INITIALISATION

- "Vous sentez-vous capable de ... ?"

EXÉCUTION

Patient allongé sur le dos

- Placez-vous latéralement à la droite de la victime
- Placez une main sur l'épaule gauche de la victime et une autre sur sa hanche gauche
- Basculez délicatement la victime vers vous jusqu'à ce que sa joue soit en contact avec le sol
- Une fois la joue en contact au sol, pliez son genou gauche et mettez le en contact avec le sol pour assurer une stabilité
- Basculez la tête de la victime afin de dégager ses voies respiratoires
- N'hésitez pas à vous aider de coussins, vestes pliées en quatre, couverture roulée (...) afin d'assurer la stabilité de la victime



Patient allongé sur le ventre

- Placez-vous latéralement à la gauche de la victime
- Placez une main sous l'épaule gauche de la victime et une autre sous sa hanche gauche
- Basculez délicatement la victime dans le sens opposé au vôtre jusqu'à ce que ses épaules soient à la verticale par rapport au sol
- Une fois la victime placée sur son côté droit, pliez son genou gauche et mettez le en contact avec le sol pour assurer une stabilité
- Basculez la tête de la victime afin de dégager ses voies respiratoires
- N'hésitez pas à vous aider de coussins, vestes pliées en quatre, couverture roulée (...) afin d'assurer la stabilité de la victime

Patiente enceinte, grossesse > 6 mois

- Placez-vous latéralement à la gauche de la victime
- Placez une main sur l'épaule droite de la victime et une autre sur sa hanche droite
- Basculez délicatement la victime vers vous jusqu'à ce que sa joue soit en contact avec le sol
- Une fois la joue en contact au sol, pliez son genou gauche et mettez-le en contact avec le sol pour assurer une stabilité
- Tournez la tête de la victime afin de dégager ses voies respiratoires
- N'hésitez pas à vous aider de coussins, vestes pliées en quatre, couverture roulée (...) afin d'assurer la stabilité de la victime

Remarques générales

- Ne pas placer de coussin sous la tête (empêche l'écoulement naturel des sécrétions et/ou vomissements vers le bas)
- On peut envisager de placer la main opposée au décubitus sous la joue de la victime pour faire un appui
- Si nécessaire couvrir la victime avec une couverture





1. MOTS-CLEFS

Accident | Explosion | Carambolage | Seveso | Nombreuses victimes | Catastrophe | Accident train | Accident métro | Accident bus | Avion en difficulté | Incendie immeuble | Produit chimique | Inondations | Brûlés | Accident nucléaire



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse d'accident majeur

- Basé sur les circonstances (nombre de victimes, type d'accident, lieu d'incident particulier)
- Pathologies dominantes
- Plan particulier d'urgence et d'intervention (ex. Site SEVESO)

Points d'actions de base

- Envoyer les 5 ambulances ET les 3 SMURS disponibles les plus proches et leur transmettre les informations en votre possession
- S'assurer que tous les secours sur cette intervention passent sur le groupe "PROV KTA01".
- Réorganiser, si nécessaire l'AMU de routine dans le secteur.
- S'assurer que l'évènement ne rentre pas dans le cadre d'une Plan Particulier d'Intervention (P.P.U.I., Plan Seveso, Plan Nucléaire ...) ou n'est pas une application spécifique du Plan Général d'Urgence et d'Intervention Provincial.

→ Contacter le Dir-Med de garde, l'Inspecteur fédéral d'hygiène et le PSM et leur transmettre :

- le communiqué relatif à l'évènement
- les moyens engagés
- transmettre, si obtenu, le bilan du 1er SMUR ou le message d'ambiance
- emplacement du PMA : à définir/déjà défini
- déclenchement d'un plan particulier : à définir/déjà défini
- s'informer de la nécessité d'avertir les autorités communales et/ou provinciales
- signaler le type de danger, le cas échéant l'existence d'une zone d'exclusion et d'un itinéraire obligatoire.

- Alerter les moyens MIR (Fit MED et Fit LOG) de la Croix-Rouge via le numéro "105".
- Alerter les SRI compétents.
- Alerter le C.I.C. de la Police fédérale du déclenchement du plan et communiquer les données en sa possession.
- Avertir les C.S. 112 voisins.
- Répondre aux demandes d'adaptation des moyens en fonction des renseignements obtenus auprès du Dir-SI et/ou du Dir-Med.
- Informer au minimum les 4 hôpitaux les plus proches selon la formule suivante : "Le Plan d'Intervention Médical est déclenché. Nous vous informons que compte tenu de la situation : ... < brève description > ..., nous risquons d'utiliser votre capacité réflexe".



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Le PIM est activé automatiquement selon des critères quantitatifs, compte tenu du nombre réel ou supposé de victimes :

- au moins 5 blessés graves
- au moins 10 blessés dont la gravité des lésions n'est pas connue
- au moins 20 personnes susceptibles d'être en danger ou à évacuer

Le PIM peut être activé, sur avis préalable du Dir-Med ou de l'Inspecteur fédéral d'hygiène, selon des critères qualitatifs, compte tenu de la/des pathologie(s) en cause ou des situations particulières et spécifiques.

En cas d'évènement susceptible de conduire à une décision d'alerte, avertir le DIRMED de garde et l'Inspecteur fédéral d'hygiène (= Préalerte).



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

- Veiller à sa propre sécurité.
- Laisser les victimes dans la position dans laquelle elles se sentent le mieux.
- Tenter de rassembler les victimes valides.

PROBLÈME CARDIAQUE (AUTRE QUE DOULEUR THORACIQUE)



1. MOTS-CLEFS

Décompensation cardiaque | Oedème jambes | Antécédents cardiaques | Dyspnée d'effort | Fibrillation auriculaire | Insuffisance cardiaque chronique | Valve artificielle | Cardiomyopathie



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse de problème cardiaque

Basé sur une problématique liée au cœur en l'absence de douleur thoracique.

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
- Inconscience - Instabilité hémodynamique (choc cardiogénique) - Détresse respiratoire (O.A.P. p. ex.)	1	Très grave	Ambulance & SMUR
Sans objet	2	Grave	
- Dyspnée au repos - Hypertension	3	Sévère	PIT
Palpitations	4	Modéré	
- Simple dyspnée d'effort - Œdème des jambes	5	Léger	Ambulance
Sans objet	6	Non urgent	Médecine générale



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Complétez votre interrogatoire avec les protocoles suivants : défibrillateur-pacemaker, difficulté respiratoire et douleur thoracique.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

- Faire placer le patient dyspnéique en position semi-assise.
- Maintenir la victime dans une atmosphère calme et bien ventilée.



1. MOTS-CLEFS

Malaise | Se sent mal | Vertige | Tête qui tourne | Nausée | Vomissement | Pas bien | Indisposé



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse du protocole

Descriptif de l'appelant

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Inconscience • Détresse respiratoire • Instabilité hémodynamique	1	Très grave	Ambulance Et SMUR
• Sensation de malaise avec paramètre vital atteint chez un patient ayant des antécédents particuliers (cardiaques, diabète, troubles du rythme...)	2	Grave	
• Sensation de malaise sans paramètre vital atteint chez un patient ayant des antécédents particuliers (cardiaques, diabète, troubles du rythme...)	3	Sévère	PIT
• Sans objet	4	Modéré	
• Sensation de malaise chez un patient sans antécédents spécifiques	5	Léger	Ambulance
• Malaise "terminé" chez patient qui a présenté plusieurs épisodes	6	Non urgent	Médecine générale



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

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).



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

Voir instructions générales



1. MOTS-CLEFS

Suicide | Suicidaire | Dépression | Panique | Angoisse | Hystérie | Hallucination | Délire |
Tétanie | Hyperventilation



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.

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
 - picotements autour de la bouche.

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS	
• Acte suicidaire violent réalisé : pendaison, défenestration, arme à feu...	1	Très grave	D1	Envisager service pompier
• Acte suicidaire en cours (personne au bord de la fenêtre...)	2	Grave	D2	Ambulance + SMUR
			D3	Envisager police
• Accès à des moyens létaux (arme, pont, voie ferrée) • Trouble mental évident (hallucinations...)	3	Sévère	D1	Envisager service pompier
			D2	PIT
			D3	Envisager police
• Propos suicidaires • Crise d'angoisse ou de spasmophilie	4	Modéré	D2	PIT
• Demande d'hospitalisation	5	Léger	D2	Ambulance
• Pas de propos suicidaires • Pas de risque imminent de passage à l'acte • Demande d'aide	6	Non urgent	Médecine générale ou transférer vers télé-accueil 107	



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Complétez votre interrogatoire avec les protocoles : chute de grande hauteur, électrisation, intoxication par médicaments, intoxication par produits agricoles, industriel ou domestique, intoxication éthylique intoxication Co, noyade - accident de plongée, pendaison et strangulation si nécessaire et en fonction des circonstances.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES 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.



1. MOTS-CLEFS

Allergie | Réaction | Choc anaphylactique | Asthme aigu | Œdème laryngé | Urticaire | Gonflement au visage | Œdème de Quincke | Piqûre insecte | Morsure animal venimeux | Nausée | Vomissement | Guêpes | Asthme | Plaques | Rougeurs | Peau | Réactions après avoir absorbé des médicaments



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Déterminer si la réaction allergique peut avoir des répercussions vitales.

Indicateurs validant l'hypothèse de réaction allergique

- Œdème laryngé, y a-t-il un œdème et où ?
- Réactions cutanées : rougeurs, plaques...
- Terrain allergique connu et évoqué (patient qui se sait allergique)
- Contextes particuliers :
 - prise de médicament inhabituel
 - exposition à un agent physique externe (soleil, produits cosmétiques,...)
 - piqûre d'insecte
 - morsure d'animal venimeux
 - alimentation particulière ou inhabituelle (fruits, crustacés,...)

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Instabilité hémodynamique • Inconscience • Détresse respiratoire	1	Très grave	Ambulance Et SMUR
• Diarrhée cataclysmique • Sueurs, pâleur • Œdème laryngé (œdème de Quincke) • Voix rauque • Toux, respiration sifflante	2	Grave	
• Réaction cutanée généralisée (Rash), peau rouge	3	Sévère	PIT
• Signes digestifs limités à des nausées • Prurit généralisé • Réaction cutanée apparemment isolée (plaques peau)	4	Modéré	
• Notion d'allergie sans possibilité d'obtenir de précisions	5	Léger	Ambulance
• Réaction cutanée apparemment isolée (plaques peau sans prurit)	6	Non urgent	Médecine générale



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Complétez votre interrogatoire avec les protocoles : difficulté respiratoire, obstruction des voies respiratoires.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

- Garder le patient allongé, jambes surélevées ou si patient conscient dyspnéique le placer en position semi-assise.
- Vu le risque d'évolution rapide de la réaction allergique, demander de rappeler le 112 en cas de modification de l'état du patient.



1. MOTS-CLEFS

Traumatisme | Accident | Plaie | Contusion | Choc | Malaise | Chute | Amputation | Arrachement | Morceaux | Lambeaux | Coupure | Ecole | Sport | Travail | Chute | Explosion | Luxation | Cassé | Fracture | Foulé | Déboîté | Démis | Tordu



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse de traumatisme

- Contexte d'accident ou de chute
- Déformation visible d'un membre et impotence fonctionnelle
- Hématome
- Section complète ou presque complète d'un membre ou d'un segment de membre
- Traumatisme après explosion (Blast)

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Victime inconsciente • Instabilité hémodynamique • Détresse respiratoire • Cyanose	1	Très grave	Ambulance & SMUR
• Traumatisme après explosion (Blast) • Paralysie ou troubles neurologiques des membres (perte de sensation, picotements, incapacité à bouger...) • Section complète de membre au-dessus de la main ou du pied • Somnolence • Trauma pénétrant grave du thorax et/ou abdomen (y compris éviscération) • Patient de moins de 14 ans	2	Grave	
• Section partielle ou complète de membres en dessous du pied ou de la main • Déformation visible d'un membre, fracture ouverte	3	Sévère	PIT
• Patient non mobilisable de par l'intensité de sa douleur • Amputation complète d'un doigt ou d'un orteil	4	Modéré	
• Traumatisme léger et localisé • Amputation partielle d'un doigt ou d'un orteil • Plaie simple, sans hémorragie importante • Douleur faible	5	Léger	Ambulance
• Plaie superficielle • Plaie > 8 h	6	Non urgent	Médecine générale



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Complétez votre interrogatoire avec les protocoles : hémorragie, problème mal défini.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

- Ne pas mobiliser le patient si ce n'est pas nécessaire.
- Immobiliser un membre douloureux.
- Contexte de traumatologie générale :
 - mettre de la glace ou du froid en regard d'un hématome ou d'un 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)



1. MOTS-CLEFS

Convulsion | Tremblements | Epilepsie | Chute | Coup à la tête | Commotion | Accident |
Migraine | Céphalées | Coma



2. TRAITEMENT DE L'APPEL

Indicateurs validant l'hypothèse de trauma crânien

- Contexte traumatique (accident, chute ou coup sur la tête...)
- Bosse ou plaie à la tête et/ou au cuir chevelu
- Ecoulement de liquide céphalo-rachidien par les oreilles et par le nez
- Hématome en lunettes autour des yeux (yeux en raton laveur)

Indicateurs d'urgence

OBSERVATIONS	NIVEAU	TYPE	ACTIONS
• Victime inconsciente • Détresse respiratoire • Instabilité hémodynamique	1	Très grave	Ambulance + SMUR
• Scalp avec hémorragie sévère • Convulsions • Vomissements répétés > 2 épisodes	2	Grave	
• Patient désorienté/confus • Enfant "ralenti"	3	Sévère	PIT
• Patient de < de 14 ans • Perte de connaissance brève • 1 ou 2 épisodes de vomissements	4	Modéré	
• Céphalées • Nausées, sans épisode de vomissement • Pas de perte de connaissance	5	Léger	Ambulance
• Petite plaie de la tête ou du cuir chevelu, perte de sang jugée faible	6	Non urgent	Médecine générale



3. INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DU PRÉPOSÉ

Complétez votre interrogatoire avec les protocoles suivants : chute de grande hauteur, épilepsie, hémorragie.



4. CONSEILS À L'APPELANT EN ATTENDANT LES SECOURS

- Ne pas mobiliser le patient.
- Comprimer toute plaie à l'aide d'un linge propre.
- Surveiller l'état de conscience, maintenir la victime éveillée.



INDEX		CODE		LISTE DES PROTOCOLES	
A	001	Accident de circulation			Intoxication CO
A	002	Agression			Intoxication drogue
A	004	AVC – AIT			Intoxication éthylique
		Blessure par arme			Intoxication médicamenteuse
		Brûlure - Incendie		Intoxication par produits agricoles, industriels ou domestiques	
		Céphalée			Morsure d'animal
		Chute de grande hauteur (>3 m)			Mort apparente
		Coup de chaleur, insulations			Noyade - Accident de plongée
		Défibrillateur externe automatique			Obstruction des voies respiratoires
		Diabète		Patient avec défibrillateur - pacemaker	
		Difficulté respiratoire			Pendaison et strangulation
		Douleur abdominale non traumatique		Personne ne répondant pas à l'appel	
		Douleur dorsale non traumatique			Perte de connaissance - Coma
		Douleur thoracique			Plan d'Intervention Médical
		Electrocution - Electrification		Problème cardiaque (autre que douleur thoracique)	
		Epilepsie			Problème mal défini
		Fièvre de l'enfant - Convulsion hyperthermique			Problème psychiatrique
		Grossesse - Accouchement			Réaction allergique
		Hémorragie			Traumatisme - Amputation
		Immobilisation prolongée - Compression du corps et membres			Traumatisme crânien

Cinétique des accidents¹

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).
- 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).
- Les enfants impliqués dans un accident de circulation, surtout comme piéton, présentent un risque élevé de lésions cérébrales. De plus, les enfants présenteront plus rapidement qu'un adulte des signes de choc en cas de pertes de sang. Le volume de sang d'un enfant n'est que de 80ml de sang par kilo (un enfant de 2 ans pesant 12 kg présente un volume sanguin de 800ml). Les enfants se refroidiront également plus rapidement (risque d'hypothermie), ce qui doit-être évité à tout prix.

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.

Des enfants en bas âge (ou de petite taille) renversés par des véhicules de plus grande hauteur (4X4, SUV...) auront un impact initial à hauteur du tronc puis glisseront sous le véhicule.

Victimologie²

1. Un trauma psychologique peut survenir après un événement 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 événement traumatisant, en tant que témoin par exemple.
2. Les troubles psycho-traumatiques sont la conséquence, immédiate ou différée, sur le plan psychique de l'événement 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'événement traumatisant aura des conséquences qui se révéleront sous forme de trois catégories de symptômes :

¹ PHTLS (secours et soins préhospitaliers aux traumatisés), Association américaine des techniciens médicaux d'urgence, pp33 à 45, Elsevier Ed . 2004.

² Source : <http://www.victimo.org>

- a. **La répétition des événements 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 événement 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).

PROTOCOLE
004

AVC - AIT

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, par exemple :

- 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.

PROTOCOLE
005

BLESSURE PAR ARME

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 autres (l'impact d'une balle peut causer une cavité dans les tissus). 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.

PROTOCOLE
006

BRÛLURE – INCENDIE

Tout accident d'électrisation doit être médicalisé (voir protocole Electrocutation – Electrisation).

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

Évaluation de la surface corporelle brûlée pour l'adulte, l'enfant et le bébé (Règle des 9 de Wallace) :

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

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

Les enfants sont plus susceptibles que les adultes de développer une hypothermie à cause de leur surface corporelle plus petite et de la maturité différente du centre de thermorégulation.

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

PROTOCOLE
025

CÉPHALÉE

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'adolescence³.

Le patient qui s'annonce migraineux au téléphone est à prendre au sérieux. En effet, s'il appelle le "112", 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.

PROTOCOLE
007

CHUTE DE GRANDE HAUTEUR (>3 M)

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.

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

L'enfant est particulièrement exposé au risque de complications vu son faible volume circulant ; cela signifie qu'une perte de sang même qui semble minime aura plus de conséquences que pour un adulte. De plus, les enfants possèdent un crâne plus volumineux, ce qui augmente le risque de lésions neurologiques en cas de traumatisme crânien.

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).

PROTOCOLE
036

COUP DE CHALEUR, INSOLATIONS

Présentation de différentes pathologies liées à la chaleur.

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 et plus.

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). 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 !

Le coup de chaleur d'exercice

Le Coup de Chaleur d'Exercice 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)

PROTOCOLE
037

DÉFIBRILLATEUR EXTERNE AUTOMATIQUE

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 nécessaire.

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" (Tachycardie Ventriculaire, Fibrillation Ventriculaire "grandes mailles", etc ...). Il est donc sans effet sur les autres arythmies létales (Bloc Auriculo-Ventriculaire, Fibrillation Ventriculaire "petites mailles"). Il est 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 DEA envisage un système où le simple fait de sortir le DEA de son boîtier entraînera l'envoi d'un message automatique à la centrale 112 ; ce qui évitera un autre risque : celui d'oublier d'appeler les incontournables secours spécialisés (SMUR, ambulance).

PROTOCOLE
009

DIABÈTE

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 112 :

- 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).

PROTOCOLE
010

DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE

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, d'hyperventilation ou de spasmophilie (à privilégier dans les écoles ou les lieux publics). La grande majorité des patients présentant cette pathologie sont des femmes.

L'OPH (œdème pulmonaire) est une pathologie d'origine cardiaque mais dont la symptomatologie est à prédominance respiratoire. Un OPH 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 rechercher chez ces patients une apparition plus progressive de la dyspnée et des signes

d'accompagnement 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 au cours même de l'appel téléphonique. Le moindre facteur de gravité nécessite la médicalisation de l'intervention par le SMUR.

La cyanose est un signe qui apparaît plus tardivement chez le patient. Les signes aigus de dyspnée sont la tachypnée et un effort important à mettre en œuvre pour respirer.

PROTOCOLE
012

DOULEUR ABDOMINALE NON TRAUMATIQUE

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 irradiant vers les membres inférieurs 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.

PROTOCOLE
013

DOULEUR DORSALE NON TRAUMATIQUE

Lombalgies

Les lombalgies communes sont une entité clinique fréquente et reconnaissable : antécédent connu, cause de la douleur identifiée (mouvement).

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 loge rénale.

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

Anévrysme 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 jambe(s) froide(s), sudation, état vagal.

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.

En cas de syndrome coronarien aigu, un intervalle court entre le début des symptômes et la thérapie définitive car cathétérisation (coronarographie) est primordial pour le pronostic du patient.

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

- 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.
- Envoi du PIT si disponible.

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.

- 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 de secours s'impose selon le niveau de gravité déterminé.
- 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.

PROTOCOLE
015

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 chez un patient épileptique connu.

En l'absence de tout autre critère de gravité décrit dans le protocole et chez un patient épileptique connu, cet état ne justifie pas une médicalisation par le SMUR.

PROTOCOLE
035FIÈVRE DE L'ENFANT - CONVULSION
HYPERTHERMIQUE

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 de plus de 6 mois qui garde un comportement normal et qui boit normalement.

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

Le bain antipyrétique peut-être donné dans de l'eau tiède en tenant correctement l'enfant.

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 six 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 mois.

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.

PROTOCOLE
016

GROSSESSE - ACCOUCHEMENT

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 ne sont que le signe d'une encéphalopathie sévère ; ce qui justifie une médicalisation systématique.

La *menace d'accouchement prématuré* est un problème peu fréquent (+ / - 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 prævia* (25 %) qui est souvent connu de la mère car il est diagnostiqué lors d'échographies, signifie une insertion anormale du placenta. Cela peut entraîner des hémorragies importantes avec un risque vital pour la mère et l'enfant

On retiendra donc qu'une parturiente en travail qui saigne doit bénéficier de l'envoi d'un Smur ou d'un PIT selon les cas.

PROTOCOLE
017

HÉMORRAGIE

Indépendamment de la cause, les patients hypertendus ou sous traitement fluidifiant (Sintrom®, Asaflow®, Cardioaspirine®, Ticlid®, Plavix®...) sont plus à risques.

Sur les **pertes de sang traumatiques** :

- Les plaies artérielles sont plus graves que les plaies veineuses car les pertes de sang seront plus rapides et plus importantes.
- Les écoulements de sang pulsatiles "en jet" sont caractéristiques des plaies artérielles tandis que les écoulements "en continu" déterminent une plaie veineuse.

Sur les **pertes de sang gynéco - obstétriques** :

- Une hémorragie du 3^e trimestre d'une grossesse peut mettre le pronostic vital du fœtus en jeu. L'hématome rétro - placentaire est fréquent et grave.
- Une femme en travail et qui saigne doit systématiquement faire l'objet d'une médicalisation par le SMUR ou par le PIT selon le cas.

- Les traumatismes vaginaux (liés au sport, aux pratiques sexuelles...) peuvent provoquer des saignements importants.

Sur les saignements de nez :

- L'épistaxis est l'urgence ORL la plus fréquente. La majorité d'entre eux ne nécessitent pas d'intervention hospitalière.
- L'importance de l'épistaxis est mal évaluée par le patient ou son entourage.

Une certaine quantité de sang peut être avalée par le patient, ce qui peut conduire à sous-estimer la quantité de sang perdue.

Sur les **hémorragies digestives hautes** (vomissement de sang) **ou basses** (pertes anales) :

- La confusion entre vomissements et crachats de sang est fréquente. Il est difficile pour les appelants de faire la différence entre les deux. De façon très simpliste, on pourrait dire que des crachats de sang (voir fiche concernée) provoquent généralement de faibles pertes de sang, tandis que des vomissements de sang provoquent des pertes plus importantes.
- Des vomissements de sang sont très souvent confondus avec des vomissements alimentaires en fonction du contenu gastrique : vin rouge, sauce tomate...).
- En cas de saignement dans l'estomac ou les intestins, le patient peut présenter des selles noires et très malodorantes (méléna).

Une **hémorragie digestive active** provoquera rapidement un tableau d'état de choc par hypovolémie nécessitant une médicalisation par le SMUR.

PROTOCOLE
018

IMMOBILISATION PROLONGÉE - COMPRESSION DU CORPS ET MEMBRES

- 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 incarceration 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, ...) 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).

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 400 fois plus vite que l'oxygène formant une "solide" molécule appelée HbCo (carboxyhémoglobine).

La thérapie hyperbare (caisson) n'a pas fait l'objet d'un consensus formel. Seule la femme 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 grave⁴.

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

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

La toxicomanie est le terme qui désigne *l'usage habituel et excessif, nuisible pour l'individu et pour la société, de substances ou de médicaments toxiques détournés de leur usage thérapeutique habituel : opium, héroïne, cocaïne, alcool, barbituriques, etc*⁵

Les appels d'urgence concernent la plupart du temps les problèmes liés à l'usage excessif de drogue; mais, de temps à autre, le CS 112 est sollicité dans le cadre d'une demande d'hospitalisation pour prise en charge et sevrage.

Parmi les drogues "dures", on distingue essentiellement deux substances : les dérivés de l'opium (héroïne, morphine) et la cocaïne. Les autres drogues, bien considérées parfois comme "douces" ne sont pas exemptes de conséquences⁶.

Héroïne

Drogue synthétisée au départ du pavot, l'héroïne se présente sous forme de poudre allant du beige clair au brun foncé (brown sugar, héro, brun, smack).

L'héroïne peut être :

- sniffée à l'aide d'une paille ou d'un billet roulé (prise nasale)
- fumée à l'aide d'un tube, après avoir au préalable été chauffée sur du papier aluminium ("une tache") ; on appelle cela, "chasser le dragon" ou faire une fumette
- injectée par voie intraveineuse ("shoot")

5 "Dictionnaire des termes de médecine", GARNIER-DELAMARE, 29e éd., Maloine éd., 2006, p. 861

6 Les notes suivantes sont largement basées sur des informations trouvées via le site web d'infor-drogues : <http://www.infordrogues.be>

Les effets recherchés sont : un sentiment de bien être physique et moral. Ceux-ci se manifestent par le "flash" (en cas d'injection intra veineuse, sensation soudaine et irradiante de chaleur, un changement d'état très rapide et bref) suivi d'une phase "plateau" (sensation de chaleur et de relaxation profonde qui peut durer 3 à 4 heures) et enfin une phase de "descente" (les effets de l'héroïne s'estompent progressivement et le besoin de dormir se fait sentir).

Les complications graves lors d'abus d'opiacés sont les suivantes :

- inconscience, coma (en ce compris toutes les complications liées à ces états : chute du massif lingual, ...)
- difficultés respiratoires, bradypnée sévère voire même apnée et arrêt respiratoire
- confusion mentale, hallucinations, délire (en ce compris toutes les complications liées à ces états : rixe, chute, comportement à risque, suicide, etc)

D'autres complications, moins graves apparaissent :

- phlébites au niveau des sites d'injection (en cas de consommation intra-veineuse)
- surinfections diverses (hépatites A, B ou C, SIDA, etc)
- nausées, vomissements, constipation opiniâtre
- prurit généralisé
- syndrome de manque : ensemble de symptômes survenant à l'arrêt de la prise de drogue (douleurs diverses, sudations, etc) et qui ne représentent généralement pas de risque vital

Cocaïne

La cocaïne est une substance extraite des feuilles d'un arbrisseau sud-américain. Elle peut être sniffée, injectée et fumée sous forme de crack (= free base).

Les effets généraux : Stimule le système nerveux central.

- impression de lucidité accrue
- augmente l'endurance (réduit la sensation de fatigue)
- sentiment de bien-être et d'euphorie
- sentiment de puissance et de confiance en soi
- diminue l'appétit et la soif
- stimule le désir sexuel
- acuité auditive élevée (amplification des sons)
- agit comme anesthésique local.
- augmente le rythme cardiaque (conséquence de l'effet vasoconstricteur du produit qui diminue le calibre des vaisseaux sanguins et augmente ainsi la pression sanguine et la température du corps à dose élevée)

Risques particuliers liés à l'abus de cocaïne selon les modes de consommation

En sniff:

- risque d'infection de la paroi nasale, sinusite chronique, saignements voire, à la longue, perforation de la cloison nasale et perte d'odorat
- risque d'hépatite B ou C par le partage des pailles, billets et sniffeurs

En fumant (crack ou freebase) :

- l'usage régulier provoque des complications pulmonaires : toux, bronchite, hémorragie pulmonaire, laryngite chronique, difficultés importantes à respirer
- blessures sévères aux lèvres, à la langue et aux gencives dues à la fumée brûlante

En injection intra-veineuse :

- abcès causés par le manque d'hygiène, la fréquence des injections et l'effet anesthésiant de la cocaïne (l'usager ne sent pas qu'il injecte à côté de la veine)
- risque de transmission du sida et des hépatites par le partage de l'ensemble du matériel (aiguille, coton, filtre, cuillère)

→ la cocaïne abîme le système veineux d'où risque de nécrose (destruction des tissus)

Autres complications possibles :

→ au point de vue cardiaque :

- des troubles du rythme cardiaque (le cœur s'emballe, s'arrête, bat très vite, etc.)
- un infarctus du myocarde
- myocardiopathie, lorsque le muscle cardiaque est directement atteint par l'effet toxique de la cocaïne

→ au point de vue neurologique :

- risque d'apparition plus rapide de crises d'épilepsie et ce même en cas de consommation occasionnelle
- risque d'accident vasculaire et cérébral favorisé par l'hypertension

→ au point de vue psychologique :

- perturbation de l'affectivité et de l'humeur (sautes d'humeur, irritabilité, anxiété, égocentrisme,...)
- troubles de la mémoire
- hallucinations auditives, visuelles et tactiles en cas de forte dose
- sentiment de persécution, paranoïa grave
- mégalomanie
- dépression temporaire lors de l'arrêt avec sentiment de culpabilité et parfois envies suicidaires

Autres drogues

Hallucinogènes / drogues psychédéliques

On range sous cette appellation des substances d'origine végétale - comme la mescaline (cactus) ou la psilocibine (champignons) - ou synthétique - comme le L.S.D., le S.T.P., le P.C.P...

Les effets durent de 2 à 12 heures et dépendent beaucoup de la personnalité et de l'état d'esprit du consommateur. Ils se traduisent par une importante modification des perceptions sensorielles, une distorsion du temps et de l'espace.

Ces produits ne créent pas de dépendance physique, par contre, comme toutes les substances, ils peuvent créer une dépendance psychologique. Un mauvais "trip" peut entraîner des réactions d'angoisse ou de panique, parfois graves sur des personnes ayant des problèmes psychologiques.

Cannabis, Marijuana & Haschich

La marijuana et le haschisch sont des préparations obtenues à partir d'une plante, le cannabis.

Le cannabis a des effets variables selon la personnalité du consommateur. Généralement il procure un sentiment de bien-être, parfois une légère excitation (fou-rire, etc.) et stimule les perceptions sensorielles. Ces effets durent de deux à quatre heures. La concentration mentale est plus difficile et des pertes de mémoires peuvent survenir.

N'entraînant pas ou peu de dépendance physique, son usage modéré apparaît relativement inoffensif du point de vue de la toxicomanie. Toutefois, il peut arriver que le consommateur fasse un mauvais voyage accompagné d'angoisse ou d'hallucinations désagréables.

Solvants

Ces produits organiques volatils se trouvent dans bon nombre de produits à usage domestique. On retrouve notamment ces substances dans des produits comme l'éther, l'acétone, les colles à séchage rapide, l'essence, les dissolvants à vernis à ongles et les diluants de peinture, certains liquides de nettoyage, le gaz de briquet et le gaz ménager, le gaz propulseur des aérosols (désodorisants, insecticides...), etc.

Les consommateurs inhalent les vapeurs directement via le flacon de conditionnement ou après avoir versé ou vaporisé les produits dans un sac ou sur un linge.

Effets recherchés : Sentiment d'euphorie, de flottement, d'ivresse. Excitation temporaire, réduction des inhibitions, détente.

Une forte dose peut induire des hallucinations et des délires. Si l'inhalation est prolongée, les effets peuvent évoluer en confusion mentale, maladresse psychomotrice, instabilité émotionnelle, somnolence pouvant aller jusqu'au coma. Un arrêt respiratoire, une arythmie cardiaque ou asphyxie par obstruction des voies aériennes peuvent survenir (quand le produit est inspiré à l'aide d'un chiffon).

GHB

C'est une molécule ayant une action de dépression du système nerveux central (SNC), anesthésiante, euphorisante et amnésiante.

Le GHB se présente le plus fréquemment sous forme liquide salée, inodore et incolore ou sous forme de poudre granuleuse en capsules. Son utilisation est détournée chez les culturistes car le GHB fait fondre la graisse.

A faible dose, le GHB provoque euphorie, relaxation, chaleur, bien être, pendant 1h30-3h00. A dose modérée, les utilisateurs présentent une diminution du contrôle verbal et moteur, de la somnolence ou une période de sommeil durant 3-4 h. A dose élevée, un sommeil profond proche du coma survient rapidement et peut durer 24h.

Les principaux risques liés à la consommation de GHB sont une dépression respiratoire pouvant conduire à l'arrêt (overdose), une amnésie, une hypotonie, des céphalées, de la confusion/désorientation, des convulsions, de l'hypertension artérielle ou encore des nausées/vomissements. Le patient peut aussi présenter des signes d'agitation, de délires ou d'hallucinations.

On confond souvent le GHB et l'ecstasy.

Ecstasy (XTC)

Il s'agit d'une amphétamine modifiée car cette substance associe les effets stimulants des amphétamines (disparition des sensations de faim et de sommeil, augmentation de l'endurance et de la confiance en soi) et une impression d'euphorie favorisant le contact. Elle peut produire une modification des perceptions visuelles, auditives et tactiles. L'ecstasy circule très facilement dans les discothèques et soirées.

En principe, l'ecstasy n'est pas hallucinogène, sauf s'il est consommé à fortes doses et par des sujets sensibles. Toutefois, des hallucinations peuvent survenir par la prise d'un mélange de différents produits contenant un peu de LSD ou d'un autre produit vendu sous le nom d'ecstasy.

L'XTC jouit d'une réputation, fausse, de drogue idéale, safe, sans danger.

Les manifestations principales sont :

- troubles de la perception
- incoordination des mouvements (conduite automobile dangereuse)
- problèmes cardiaques et troubles circulatoires
- angoisse, panique
- confusion

Un autre danger considérable tient dans l'importante quantité de sueur que produit le consommateur d'ecstasy. Cet effet, combiné à un effort physique intense (elle est consommée comme "drogue à danser" dans des dancings) et à la température ambiante élevée, peut conduire à une déshydratation importante et dangereuse (perte de connaissance, coma).

L'XTC est souvent synthétisée dans des laboratoires clandestins, ce qui rend un contrôle de qualité de fabrication impossible. Beaucoup d'autres préparations sont vendues sous le nom d'ecstasy mais n'en sont pas.

INTOXICATION ÉTHYLIQUE

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

PROCOLE
022

INTOXICATION MÉDICAMENTEUSE

Définition

On peut définir l'intoxication médicamenteuse comme étant une prise inappropriée (dose trop élevée ou médicament non indiqué) d'une substance médicamenteuse avec des conséquences dangereuses pour la santé.

Contexte

La plupart des intoxications médicamenteuses se passent dans un cadre de tentative de suicide mais il peut arriver que l'intoxication survienne dans le cadre d'une erreur ou d'une confusion (posologie inadéquate, médicament non prescrit, mauvaise substance, etc). Dans ce cadre les sujets concernés sont souvent des personnes dépendantes (personnes âgées, handicapées, enfants en bas âge) et l'erreur est commise par la personne qui en a la charge (personnel infirmier, parents, personnel éducatif, ...) ou par le sujet lui-même.

Lorsque l'intoxication médicamenteuse est réalisée dans un but suicidaire, les médicaments les plus utilisés sont les tranquillisants et les antidépresseurs. *Hypnotiques, sédatifs et antidépresseurs sont les catégories les plus consommées dans le cadre de tentatives*

de suicide qui représentent quelque 37% des appels pour prise de médicaments chez l'adulte⁷. La prise concomitante d'alcool au "cocktail" médicamenteux est fréquente.

Prise en charge

Deux éléments doivent guider l'opérateur pour juger de la gravité d'une intoxication médicamenteuse : l'état de la victime et la dangerosité des substances prises.

L'état de la victime sera apprécié via le bilan des fonctions vitales. Une attention sera portée tout particulièrement à l'état de conscience. Par ex. : une association tranquillisants + alcool peut altérer profondément la conscience et provoquer une bradypnée.

La dangerosité supposée des médicaments pris peut quant à elle, être mise en évidence en recherchant la famille des substances. Les médicaments antihypertenseurs et à visée cardiologique représentent généralement un risque qui peut être vital. En cas de doute, l'aide du centre anti-poison peut être requise (070/245.245).

Des éléments comme l'heure de prise des médicaments, la quantité et la dénomination seront autant d'éléments à collecter lors de l'appel à et communiquer aux intervenants, si nécessaire.

De même, dans l'attente des secours, il faut conseiller aux requérants de garder les emballages vides des médicaments pour en évaluer la quantité et en déterminer la composition exacte.

**PROTOCOLE
023**

INTOXICATION PAR PRODUITS AGRICOLES, INDUSTRIELS OU DOMESTIQUES

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.

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 voire pas respectées) en milieu clos peuvent tuer non seulement les victimes mais aussi les secours imprudents et téméraires.

**PROTOCOLE
027**

MORSURE D'ANIMAL

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

Cet avis est à produire 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, neurologique et hépatique)
- 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.

Selon l'évaluation des lésions, le SMUR peut choisir un hôpital de destination spécialisé (ex : chirurgie de la main, ORL, chirurgie plastique...)

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.

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 "inconnu" de la cause 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.

En cas de décès dans un lieu ou sur la voie publique, suivre les instructions reprises dans la circulaire de transfert d'informations 100/101.

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 ainsi empêcher 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 prostration
2. petite hypoxie : encombrement, toux, épuisement, extrémités cyanosées
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.

**PROTOCOLE
029**

OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES

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 compriment la trachée et entraîneraient une dyspnée).

Lors d'un malaise brutal au cours d'un repas, surtout en milieu gériatrique ou spécialisé (hommes, Institut Médico-pédagogique,...), penser systématiquement au corps étranger inhalé.

**PROTOCOLE
008**

PATIENT AVEC DÉFIBRILLATEUR - PACEMAKER

Les patients qui souffrent de troubles cardiaques de type "bradycardie" sont parfois traités par la mise en place d'un "pacemaker". Il s'agit d'un petit boîtier en métal que l'on place au niveau du thorax (le plus souvent, bien qu'une implantation au niveau de l'abdomen soit parfois nécessaire en raison de l'anatomie du patient). Ce boîtier est relié à une sonde électrique qui est elle-même implantée dans le cœur. Des impulsions électriques de faibles intensités peuvent alors entraîner le rythme cardiaque pour suppléer à sa fonction. Ces faibles impulsions électriques sont délivrées soit de manière permanente ; soit selon le besoin du cœur, lorsque le pacemaker détecte un problème.

Les patients porteurs de pacemaker se signalent comme tels auprès du 112 lors d'appels 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 112 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 supplémentaires. 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 supplémentaires.

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

**PROTOCOLE
030**

PENDAISON ET STRANGULATION

Même si le patient est 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).

PROTOCOLE
038

PERSONNE NE RÉPONDANT PAS À L'APPEL

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.

PROTOCOLE
019

PERTE DE CONNAISSANCE – COMA

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 obstruction,...).
- 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.

PROTOCOLE
040

PLAN D'INTERVENTION MÉDICAL

Se référer à la Circulaire Ministérielle publiée au Moniteur Belge le 14/12/2009 relative au Plan d'Intervention Médical.

**PROTOCOLE
039**
**PROBLÈME CARDIAQUE
(AUTRE QUE DOULEUR THORACIQUE)**

A partir de 65 ans, environ 4% des hommes et 3 % des femmes souffrent d'insuffisance cardiaque. L'âge moyen des patients traités pour insuffisance cardiaque est de 75 ans.

Les causes d'insuffisance cardiaque sont variables. Dans la majorité des cas, on retrouve une maladie coronaire comme point de départ. Dans 30 % des cas, il existe une hypertension artérielle et une hypertrophie ventriculaire gauche. Une valvulopathie (maladie touchant les valves) est présente dans 20 % des cas. Chez 15% des patients, il s'agit d'une cardiomyopathie primitive.

Le recours au 112 se fera souvent par des familles qui constatent une aggravation de la maladie chronique. Cette aggravation peut prendre la forme de détresse respiratoire (OPH), de diminution de la vigilance (par chute du débit sanguin cérébral), etc.

Le CS 112 sera aussi parfois 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.

**PROTOCOLE
026**
PROBLÈME MAL DÉFINI

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 !) et que chacune peut expliquer son malaise.

**PROTOCOLE
031**
PROBLÈME PSYCHIATRIQUE
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 létal 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.

PROTOCOLE
032

RÉACTION ALLERGIQUE

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.

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

Certains patients avec une allergie connue, ont en leur possession un médicament injectable (seringue préparée d'adrénaline/épinéphrine) qu'ils peuvent utiliser.

PROTOCOLE
033

TRAUMATISME - AMPUTATION

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. Un adressage du patient dans un centre de réimplantation peut-être envisagé après discussion avec le médecin SMUR. En cas d'envoi d'une ambulance seule, adresser le patient vers l'hôpital le plus proche. Un transfert secondaire sera envisagé si nécessaire.

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.

PROTOCOLE
034

TRAUMATISME CRÂNIEN

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.

Le risque d'hémorragie cérébrale après un traumatisme crânien est proche d'1%. Les signes de gravités sont e.a : céphalées violentes, diplopie, convulsions, amnésie, trouble de la conscience... Le risque d'hémorragie augmente avec l'importance du traumatisme.

Tout patient avec un traumatisme crânien est un traumatisé du rachis cervical jusqu'à la preuve du contraire.

Si la distance est acceptable, le SMUR orientera 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.

032 R

033 T

034 T



CODE	INDEX
032	R
033	T
034	T

ANNEXE 1 : LE CODE DE COMMUNICATION

Nous sommes professionnels et méthodiques, traitant tous les appels suivant la même structure globale.



Nous sommes l'image de notre CS112.

Sur mon poste de travail, j'adopte **style** et une **posture dynamiques, rigoureux et vigilants**.

Dans ma gestion d'appels, je reste toujours **disponible** et **à l'écoute**. Je veille à **rester neutre** dans mes décisions, en toutes circonstances.

Nous sommes responsables de la qualité du travail.

Je suis un professionnel qui fonctionne de **manière systématique** et **efficace**. Je traite chaque appel comme un appel unique.

Dans la gestion d'appel, j'agis avec **méthode** pour résoudre le problème: j'écoute **attentivement**, je pose les questions pendant un temps suffisant, j'utilise les indicateurs du Manuel de la Régulation Médicale et j'apporte le suivi nécessaire au bon déroulement de l'intervention.

Nous formons une équipe organisée et solidaire.

Au sein de mon équipe, je **soutiens** mes collègues et je les **respecte**. Je m'investis pour créer et maintenir un **bon climat de travail**.

Dans la gestion des appels, j'assume ma part de travail. J'exerce mes **responsabilités** en appliquant les règles et procédures définies pour l'équipe.

Nous communiquons de façon respectueuse et adaptée.

Dans la relation, je suis **poli** et **respectueux** de l'appelant, évitant l'humour déplacé et la familiarité. Je m'exprime sur un **ton maîtrisé et sécurisant** et j'emploie un langage et un rythme de parole adaptés à l'appelant.

Nous sommes des partenaires dans l'AMU.

Avec mes partenaires, je suis **collégial** et **disponible**. M'abstenant de toute critique inutile, je veille à leur sécurité.

Je m'implique dans l'intervention: je fournis des **informations précises** et **fiables**, utiles pour la préparation et le bon déroulement de la mission. Dans ma communication, j'intègre les indicateurs d'urgence et une information sur mon degré de certitude.

Nous traitons les incidents avec discernement.

Je gère les incidents avec **sérénité** et **hors radio**.

Je **communique** sur la base de la réglementation et d'éléments concrets, le cas échéant avec l'aide des référents (responsable de CS112, infirmier régulateur, chef d'équipe).

Une attitude relationnelle professionnelle ...
... pour un service de qualité à la population.

ANNEXE 1 : LE CODE DE COMMUNICATION



*Nous sommes professionnels
et méthodiques, traitant tous
les appels suivant la même
structure globale.*

- 1 Je **décroche** le plus **rapidement** possible. Je me présente en tant que service.
- 2 Coopératif et professionnel, j'**écoute brièvement** et je **prends connaissance de la situation**.
- 3 Empathique, je dirige la communication pour obtenir une **adresse complète**. Précis, j'informe l'appelant sur ce que j'ai compris.
- 4 Chaque fois que nécessaire, je donne à l'appelant les **conseils utiles** en attendant l'arrivée des secours.
- 5 Systématique, je définis un **type d'intervention** spécifique sur base des **protocoles** de la **Régulation Médicale**. Je règle l'**envoi des secours** et vérifie la **proposition informatique**.
- 6 Je **remercie** l'appelant et lui explique quels secours sont en route.
- 7 J'**envoie le message d'alerte** et je **confirme par téléphone** en spécifiant autant que possible: la **situation**, la **personne concernée**, la **pathologie**, la **partie du corps touchée**, le **lieu précis**, les **autres moyens envoyés** et les **risques pour les intervenants**.

Une structure de gestion d'appel professionnelle et méthodique ...
... pour un service de qualité à la population.

ANNEXE 1 : LE CODE DE COMMUNICATION

Le code de communication constitue la référence pour la qualité des appels traités au CS 112 et bénéficie du soutien du SPF Intérieur et du SPF Santé publique.

Ce Code a été élaboré en collaboration avec les préposés, les infirmiers régulateurs et le chef du CS 112 de Bruxelles, sous la direction d'un responsable de l'accompagnement du projet du SPF Santé publique.

Le Code définit en outre des règles de conduite claires par rapport à ce que l'on attend d'un préposé du CS 112 et propose un cadre de travail permettant au préposé de travailler en toute sécurité, tout en définissant les droits et devoirs de ce dernier. Il importe également que ce code soit respecté tant par l'appelant que par le préposé.

Il contribue par ailleurs à régler les problèmes récurrents qui peuvent se poser dans le cadre de la gestion quotidienne de l'AMU.



ANNEXE 2 : 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 compliance¹ 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 112 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.

¹ La compliance est la capacité de l'appelant à répondre aux demandes, questions ou conseils émis par le préposé.

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.

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 quels protocoles / 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.

ANNEXE 2 : COMMUNIQUER AVEC L'APPELANT

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-t-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).

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).



Thème

Ce guide, dont le titre officiel est "Manuel belge de la Régulation médicale", reprend divers protocoles pour le traitement des appels d'urgence et l'envoi de l'aide appropriée.

Comité de rédaction

En 2010, un groupe de travail a été mis en place, constitué de médecins urgentistes, Dr Koen Bronselaer (Directeur médical 112 Brabant flamand), du Dr Peter Todorov (Directeur Médical 112 Hainaut), du Dr Patrick Vandevoorde, pédiatre urgentiste (UZ Gent), et d'infirmiers urgentistes, Jean-Pierre Cornet (Directeur Médical Adjoint 112 Flandre Occidentale, Coordinateur du réseau des infirmiers régulateurs), Jérôme Massart (Directeur Médical Adjoint 112 Brabant Wallon, Chef de projet adjoint 112), Maarten Mulkers (Directeur Médical Adjoint 112 Limbourg, Coordinateur du réseau des Directions Médicales 112), Michaël Scrève (Directeur Médical Adjoint 112 Hainaut), Samuel Stipulante (Directeur Médical Adjoint 112 Liège, Coordinateur du réseau des Directions Médicales 112), Marc Van Bouwelen (Directeur Médical Adjoint 112 Anvers) et Jean-Michel Grégoire (Directeur Médical Adjoint 112 Luxembourg).

Avec la collaboration de

Catherine Hogne – attaché, SPF Santé publique

Éditeur responsable

Dr. Dirk Cuypers, place Victor Horta, 40 boîte 10 – 1060 Bruxelles

Groupes cibles

Cette publication est avant tout destinée :

- aux préposés des centres de secours 100/112 qui assument la responsabilité du traitement de l'appel,
- à la direction fonctionnelle et médicale, responsable de son application correcte (Directeurs médicaux (DM), Directeurs médicaux adjoints (DMA) et Infirmiers régulateurs (IR)),
- aux acteurs de terrain.

Données de contact

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
Direction générale Soins de Santé primaires et Gestion de Crises
Place Victor Horta 40, boîte 10 – 1060 Bruxelles

T. +32 (0)2 524 97 97 Contact Center

F. +32 (0)2 524 97 98

com.dg2@sante.belgique.be

www.sante.belgique.be

Achevé d'imprimer en mai 2013

