



1733

MANUEL BELGE DE LA REGULATION MÉDICALE

Protocoles intégrés 1733-112 de triage médical
Théorie et explications | Pre arrival instructions



Table des matières

Avant-propos.....	2
INTRODUCTION GENERALE	3
ORGANISATION DES PROTOCOLES	3
INSTRUCTIONS GENERALES.....	4
Niveaux de gravité dans la régulation médicale.....	5
Bilan des fonctions vitales (BFV)	5
Pre-arrivals instructions génériques.....	8
Autres notions et concepts qui améliorent la protocolisation	9

001 ACCIDENT DE CIRCULATION.....	11
002 AGRESSION – BAGARRE – VIOL.....	14
003 ARRÊT CARDIAQUE – DÉCÈS – MORT APPARENTE.....	16
004 AVC-AIT.....	18
070 BEBE < 3 MOIS MALADE	20
005 BLESSURE PAR ARME	24
006 BRÛLURES	26
025 CEPHALEE NON TRAUMATIQUE.....	28
007 CHUTE DE GRANDE HAUTEUR (>3 MÈTRES).....	32
076 COMMUNICATION AVEC LE MÉDECIN DE GARDE/DE POSTE DE GARDE	36
035 CONVULSIONS HYPERTHERMIQUES ENFANT <7 ANS.....	38
036 COUP DE CHALEUR – INSOLATIONS	40
009 DIABÈTE	42
010 DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE	46
012 DOULEUR ABDOMINALE NON TRAUMATIQUE	50
013 DOULEUR DORSALE NON TRAUMATIQUE	54
011 DOULEUR THORACIQUE	56
014 ELECTROCUTION – ELECTRISATION	60
071 ENFANT < 15 ANS MALADE AVEC DOULEUR ABDOMINALE	62
072 ENFANT < 15 ANS MALADE AVEC FIEVRE	64
073 ENFANT < 15 ANS MALADE AVEC INFECTION RESPIRATOIRE.....	68
015 EPILEPSIE – CONVULSIONS	70
016 GROSSESSE – ACCOUCHEMENT.....	72
017 HEMORRAGIE NON TRAUMATIQUE	76
018 IMMOBILISATION PROLONGÉE – COMPRESSION DU CORPS ET MEMBRES	80
024 INTOXICATION AU CO	82
020 INTOXICATION ÉTHYLIQUE.....	84
021 INTOXICATION DROGUES.....	86

001	002	003	004	005	006	007	008	009	010
011	012	013	014	015	016	017	018	019	020
021	022	023	024	025	026	027	028	029	030
031	032	033	034	035	036	X	038	039	X
X	X	X	X	X	X	X	X	059	060
061	X	063	064	065	066	067	068	069	070
071	072	073	074	075	076	077			

022 INTOXICATION MÉDICAMENTEUSE.....	90
023 INTOXICATION PAR PRODUITS AGRICOLES, INDUSTRIELS OU DOMESTIQUES.....	92
061 MEMBRE - SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE (PAS DE TRAUMATISME)	94
027 MORSURE	98
028 NOYADE-ACCIDENT DE PLONGÉE.....	100
029 OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES.....	102
008 PATIENT AVEC DÉFIBRILLATEUR – PACEMAKER.....	104
074 PATIENT EN TRAITEMENT PALLIATIF	106
075 PATIENT ONCOLOGIQUE EN TRAITEMENT.....	108
030 PENDAISON ET STRANGULATION	110
038 PERSONNE NE RÉPONDANT PAS À L'APPEL.....	112
019 PERTE DE CONNAISSANCE – COMA – SYNCOPÉ.....	114
069 PLAIES	116
039 PROBLÈME CARDIAQUE (AUTRE QUE DOULEUR THORACIQUE)	118
026 PROBLÈME MAL DÉFINI	120
064 PROBLÈME ORL ET DENTAIRE	124
066 PROBLÈME POST-OPÉRATOIRE.....	126
031 PROBLÈME PSYCHIATRIQUE.....	130
067 PROBLÈME SOCIAL.....	134
068 PROBLÈME UROGÉNITAL	136
060 PROBLÈMES CUTANÉS	140
063 PROBLÈMES OCULAIRES	142
077 REQUISITION POLICE ALCOOL – DROGUE.....	146
032 RÉACTION ALLERGIQUE	148
065 SURDITÉ SOUDAINNE OU ACOUPHÈNES	152
033 TRAUMATISME.....	154
034 TRAUMATISME CRÂNIEN	158
059 VERTIGES NAUSÉES	160

Avant-propos

C'est avec plaisir que je vous présente la cinquième édition du manuel belge de régulation médicale.

Les appels aux 112 et 1733 nécessitant une intervention médicale seront, grâce à ce manuel, traités de manière uniforme sur l'ensemble du territoire par les opérateurs des centres d'urgence 112.

La nouvelle édition de ce manuel constitue un élément important de la réforme de l'organisation des soins non planifiables.

Pour la première fois, les appels médicaux non vitaux (le 1733) ont été intégrés aux protocoles existants de régulation des appels médicaux vitaux (le 112).

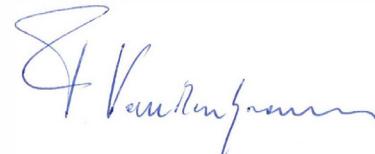
Dans notre système de soins, chaque citoyen doit pouvoir bénéficier des meilleurs soins possibles en cas de problèmes de santé inattendus et urgents. C'est pour cette raison que ce manuel revêt une telle importance. En effet, les appels aux 112/1733 constituent une des principales portes d'accès aux soins non planifiables. C'est par ce biais que débute la chaîne de secours dont les protocoles constituent le premier maillon.

Loin d'être une fin en soi, ce manuel marque le début du développement dynamique de protocoles scientifiquement fondés dont l'objectif est d'offrir au patient les meilleurs soins possibles adaptés à ses besoins urgents.

Il est le fruit d'un long travail réalisé par les acteurs des soins non planifiables médecins, infirmiers et opérateurs des centrales 112/1733. Ensemble, ils ont élaboré ce manuel sous l'égide du Conseil National des Secours Médicaux d'Urgence, avec le concours du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement.

Je tiens à remercier chaleureusement tous les acteurs qui ont, de près ou de loin, contribué à l'aboutissement de ce travail.

J'invite enfin le groupe de travail du Conseil national précité à poursuivre son travail en veillant sur l'amélioration continue de ce manuel et de ses protocoles spécifiques. Je suis convaincu que les citoyens, c'est-à-dire celles et ceux pour qui nous travaillons au quotidien, pourront en bénéficier chaque jour davantage.



Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

INTRODUCTION GENERALE

Ce manuel de protocoles de triage 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 des centrales d'urgence 112.

En tant que professionnel, le préposé de la CU 112 est confronté à la gestion de tâches complexes et souvent incertaines : intégrer rapidement un grand nombre de données souvent imprécises données par des appelants sous stress, analyser la situation donnée, décider d'une solution en terme de moyens, mettre en œuvre ces moyens d'interventions et envisager les contraintes logistiques (en terme de temps et de distance). Cette complexité est aggravée par un facteur supplémentaire : la peur du risque face aux conséquences d'une éventuelle erreur commise.

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 situation, la stratégie de questionnement ou encore la prise de décision quant à l'envoi de moyens adéquats.

Ils permettront de faciliter son travail en faisant des propositions concernant : le degré de gravité, le choix des questions, les décisions d'actions ou encore les conseils à l'appelant.

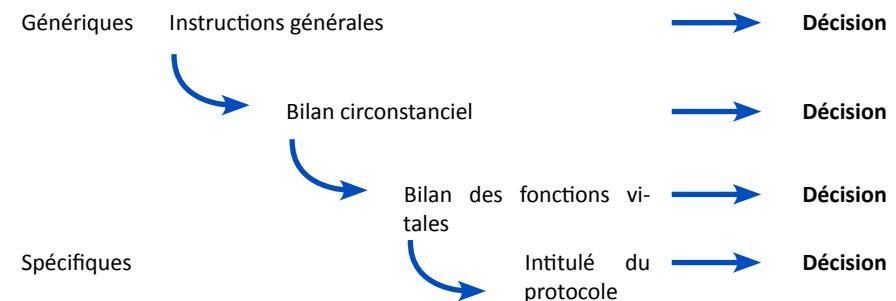
Ce guide et l'ensemble des protocoles sont coordonnés avec le manuel fédéral d'ordre permanents PIT. Les actions infirmières du PIT sont adaptées au niveau de gravité PIT prévu dans les tableaux de gravité.

Le manuel est conçu dans une structure hiérarchique logique. Cette organisation est hiérarchisée via une numérotation, qui permettra de clarifier l'ordre logique des contenus en fonction des cas les plus courant. 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 56 thématiques définies dans la liste des protocoles.

ORGANISATION DES PROTOCOLES

Ce séquençage se présente de la manière suivante :



Lors du traitement des appels d'urgence, les informations ne seront bien sûr pas toujours obtenues dans l'ordre des protocoles, mais cela deviendra probablement plus clair lors de la conversation avec l'appelant.

1. La liste des protocoles médicaux à établir se veut aussi exhaustive que possible. Cela étant, nous avons limité le nombre de ces protocoles à 56, de manière à éviter la surmultiplication de petits protocoles, non exploitables dans la pratique quotidienne de gestion des appels.
2. Ces protocoles sont rédigés sous une forme pratique et rapidement accessible, en veillant à ce qu'ils soient aussi concis que possible. Pour cette même raison, nous avons essayé de faire la distinction entre un professionnel de la santé et/ou un profane (=non professionnel) qui appelle.
3. 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.

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

En tant que professionnel, l'opérateur de la CU112 est confronté quotidiennement à la gestion de tâches complexes : intégrer rapidement un grand nombre de données souvent imprécises transmises par des appelants sous stress, analyser la situation, définir un niveau de gravité sur base d'indicateurs spécifiques (calltaking). Il doit ensuite décider d'une solution en termes de moyen adéquat (dispatching) en tenant compte des contraintes logistiques. Cette complexité est aggravée par un facteur supplémentaire : la peur du risque face aux conséquences d'une éventuelle erreur. Le processus d'appel est enregistré de manière continue, le timing doit être soigneusement respecté et l'appelant doit recevoir des conseils rapides et clairs sur les actions à entreprendre avant l'arrivée des secours (pre-arrival instructions - PAI).

Pour soutenir cette tâche, il est donc important que les opérateurs, d'une part, puissent faire appel à un soutien médical professionnel et, d'autre part, puissent s'appuyer sur des protocoles et des procédures nationales non équivoques.

Les protocoles médicaux constituent un support technique, apportant aux préposés différentes informations et recommandations médicales.

Ce manuel figure parmi leurs principaux outils à l'attention des opérateurs des CU112. Le manuel de régulation médicale belge 5.0 a été créé pour accompagner directement l'opérateur dans sa prise de décision lors d'un appel.

Dans l'introduction de ce manuel, nous décrivons le canevas général de la prise d'un appel, y compris les principes généraux et les définitions qui s'y rapportent.

Nous décrivons ensuite les différents protocoles médicaux, qui correspondent à certains problèmes médicaux ou symptômes signalés. Il arrive souvent que plusieurs protocoles s'appliquent à la situation rencontrée. En formulant une question ciblée, l'opérateur doit essayer de sélectionner le protocole adéquat. Pour l'y aider, la version PDF de ce manuel présente une navigation avancée et présente des hyperliens. A l'avenir, les protocoles seront intégrés dans un progiciel intelligent doté de fonctionnalités de recherche avancées. Le manuel actuel a été rédigé de manière à faciliter la transition vers ce projet.

Chacun des protocoles médicaux a été élaboré sous la forme d'un algorithme qui détermine le questionnement dans le cadre d'un protocole spécifique. La structure d'un algorithme va de haut en bas (critères de sévérité décroissant) et de gauche à droite (nuances supplémentaires à l'intérieur d'un critère de sévérité). Lorsqu'on est en mesure de déterminer un certain degré de gravité, il n'est pas toujours nécessaire de poser d'autres questions. L'intention est que l'opérateur puisse déterminer le niveau de gravité pertinent le plus élevé pour une demande d'aide particulière. À partir de ce degré de gravité spécifique, une proposition d'envoi de moyen peut alors être élaborée sur la base des règles fédérales d'intervention d'urgence existantes.

Nous sommes conscients qu'il n'est pas toujours aisé ou possible de déterminer sans équivoque la gravité (en raison d'un mauvais récit, de difficultés de communication ou d'antécédents médicaux peu clairs). En cas de doute, l'opérateur, sur base de son expérience et son expertise, choisira de réquisitionner le moyen adéquat . Celui-ci transmettra ensuite des informations complémentaires et/ou plus précises (rapport de situation – SITREP). En revanche, l'opérateur doit toujours tenir compte du fait que le nombre de moyens AMU est limité et que l'utilisation inappropriées de ces ressources peut entraîner un retard dans la prise en charge d'un autre appelant relevant de l'AMU.

En plus de chaque algorithme, le protocole contient également des informations spécifiques pour l'opérateur ainsi que des conseils à l'appelant. Ces informations peuvent comprendre les informations de base, des définitions et des supports techniques. Les plus complexes sont décrits séparément de manière plus détaillées et sont mentionnés sous forme d'hyperliens. Les conseils spécifiques à l'opérateur sont complémentaires aux PAI généraux. Ici aussi, certaines informations peuvent être précisées dans une annexe et mentionnées uniquement sous forme d'hyperlien.

Ce qui distingue davantage ce manuel des précédents, c'est l'intégration tant attendue des protocoles pour le déploiement des médecins généralistes de garde dans le cadre des soins non planifiés (1733). Ce manuel s'applique tant pour les appels au 1733 qu'au 112. Ceci implique une augmentation du nombre de niveaux de gravité, et l'ajout de protocoles supplémentaires.

Niveaux de gravité dans la régulation médicale

Huit niveaux de gravité ont été définis dans ce manuel. Conformément aux règles fédérales d'intervention d'urgence, ces 8 niveaux de gravité peuvent donner lieu à différents envois de moyens (SMUR, PIT, ambulance, MG) et/ou à un délai d'intervention différent (en ce qui concerne les niveaux de médecine générale, par ex.).

SMUR 1	Menaces immédiates pour la vie ou les organes : priorité la plus élevée
SMUR 2	Menaces éventuelles pour la vie ou les organes, état requérant une assistance médicale urgente
PIT 3	Peut évoluer à court terme vers une menace pour la vie ou les organes, requérant une assistance médicale urgente selon un protocole connu.
PIT 4	Peut évoluer en une menace pour la vie ou les organes, état ne requérant pas autant une assistance médicale urgente.
AMB 5	Non menaçant pour la vie ou les organes, mais l'état requiert une admission à l'hôpital pour le diagnostic, la thérapie ou l'observation.
MG 6	Urgent: non menaçant pour la vie ou les organes, mais l'état requiert une évaluation médicale rapide (dans les 1 à 2 h max.) pour le diagnostic ou la thérapie.
MG 7	Service de garde : non menaçant, mais l'état requiert une évaluation médicale (le service de garde / 12 h max.) pour le diagnostic ou la thérapie.
MG 8	Soins planifiables : le relais auprès du médecin de famille en dehors du service de garde est possible ; un nouvel appel en cas d'aggravation des symptômes toujours recommandé.

Un «niveau 0» supplémentaire sera ajouté aux niveaux de gravité. C'est un niveau technique. Il s'agit d'un niveau qui peut être invoqué pour pouvoir envoyer le moyen d'intervention le plus proche en fonction d'une réanimation (nécessaire). Ce niveau est distinct de la détermination d'un niveau de gravité, de sorte qu'il ne tient pas compte des ressources prédéfinies pour un certain niveau d'urgence.

MG 6

Le délai est dépendant des accords régionaux, mais doit rester en dessous des 2 heures.

Dans l'impossibilité d'une consultation médicale endéans les 2 heures, on peut alternativement envoyer – en ligne avec les règles fédérales de dispatching – une ambulance

MG 7

Les visites à domicile sont une exception. La consultation peut être une visite à domicile, par exemple, pour des patients dans des centres de soins résidentiels, des patients alités, des patients souffrant de douleurs sévères (7 ou plus sur l'échelle de la douleur), des patients en soins palliatifs, pour constater un décès ou pour des patients qui ne peuvent pas se déplacer pour des raisons acceptables.

Bilan des fonctions vitales (BFV)

Le bilan des fonctions vitales vise à évaluer trois paramètres cruciaux qui démontrent l'état potentiellement critique de la victime, à savoir :

- Niveau de conscience
- Respiration (efficace)
- Circulation

Tout écart grave dans l'une de ces trois données peut indiquer une situation de danger de mort et est en soi suffisant pour envoyer immédiatement une assistance maximale. Idéalement, ce bilan devrait être complété par une évaluation de la gravité spécifique au protocole, afin de pouvoir également donner des conseils ciblés à l'appelant, mais ce dernier ne devrait pas retarder inutilement l'envoi des secours.

C	Pas de réaction = Inconscient + si respiration anormale	SMUR 1 + PHONE CPR
R	Ne peut pas parler	SMUR 1
C	Choc	SMUR 1

C = CONSCIENCE

- Y a-t-il une quelconque réaction quand on lui parle, on le secoue à l'épaule et/ ou à un stimulus :
 - Est-ce que la victime parle?
 - Est-ce que la victime bouge ?
 - Est-ce que la victime a les yeux ouverts ?
- Si pas la moindre réaction, évaluez la respiration (lien protocole A.L.E.R.T.)
- INCONSCIENT + RESPIRATION ANORMALE = A.L.E.R.T.
 - Respiration anormale = absente, lente, irrégulière ou haletante (après ouverture des voies respiratoires)
 - En cas de doute quant à savoir si la respiration est normale ou non, il est préférable de supposer qu'il pourrait s'agir d'un arrêt cardio-respiratoire et d'appliquer le protocole A.L.E.R.T.
 - Dispatching selon le niveau de gravité SMUR 1
- S'il n'y a pas la moindre réaction, mais la respiration est tout à fait normale: dispatchez selon niveau de gravité SMUR 1 et complétez avec les protocoles appropriés en fonction d'informations complémentaires et des PAI.

Lorsque cet état est le résultat d'une intoxication, il peut être nécessaire de le réévaluer, en tenant compte des niveaux de gravité indiqués dans les protocoles d'intoxication spécifiques.

Toute personne inconsciente qui respire doit être placée en position latérale de sécurité (PLS) (attention néanmoins aux contre-indications – traumatisme, etc ...). Surveiller la respiration. En cas de doute, retournez la victime sur le dos et faites faire une réévaluation ...

- Pour information : Un appelant professionnel peut soumettre un score Glasgow Coma Scale (GCS). Ce score évalue le degré de conscience sur une échelle de 3 à 15 (basée sur la réaction de mouvement, vocale et oculaire). Un score de 3 signifie qu'il n'y a pas la moindre réaction. Des scores inférieurs à 8 peuvent indiquer un coma.

C = RESPIRATION

L'estimation la plus importante est bien sûr liée à la nécessité d'initier le protocole A.L.E.R.T. (voir ci-dessus).

- Afin d'estimer correctement la respiration, les voies respiratoires doivent être dégagées.
- S'il y a respiration, mais accompagnée de troubles respiratoires d'une telle

gravité que la victime n'arrive plus à parler ou juste un mot à la fois, ou à une privation d'oxygène sévère (par exemple sat <88%) avec une conscience anormale (agitation, somnolence...) : dispatchez selon le niveau de gravité SMUR 1 et complétez par des protocoles appropriés en fonction d'informations complémentaires et des PAI indiquées.

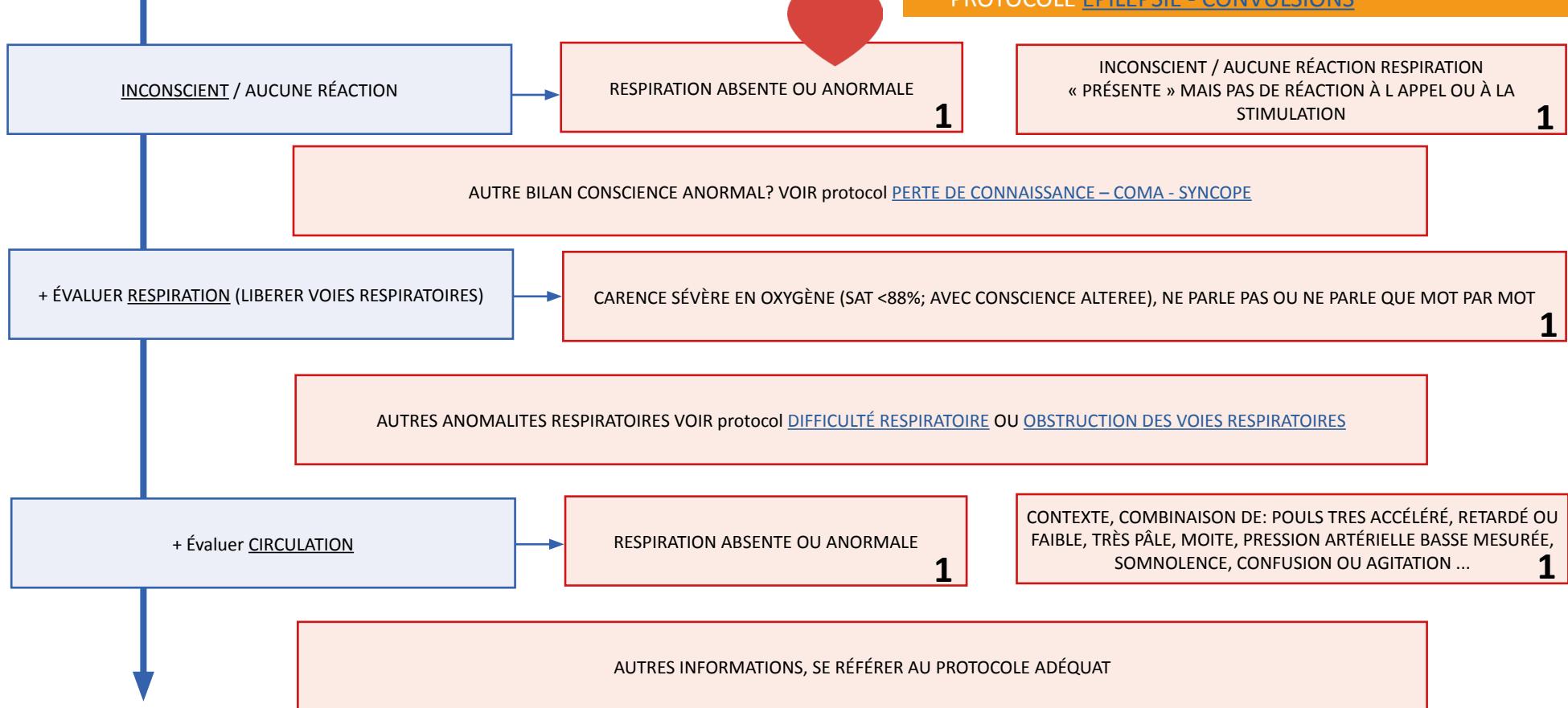
C = CIRCULATION

Nous évaluons la fonction cardiaque et la qualité de la circulation. On entend par « choc », une insuffisance circulatoire aigüe.

- Les signes de « choc » ne sont pas toujours faciles à déterminer.
- Les valeurs des paramètres de la victime sont dépendantes de l'âge, de l'état et des antécédents de celle-ci. Un opérateur n'est pas censé connaître les valeurs normales des paramètres liés à l'âge. Il est donc préférable qu'une valeur différente soit signalée par l'appelant (en tant que prestataire de soins ou parce que les valeurs sont bien connues de la victime).
- Les signes évidents de choc requièrent un dispatching selon le niveau de gravité SMUR 1. Ils sont de préférence complétés avec les protocoles appropriés en fonction d'informations complémentaires et des PAI.
- Les signes évidents de choc sont (dans un contexte par exemple de perte de sang, de perte de liquide, d'infection, d'insuffisance cardiaque) : pouls rapide, ralenti ou faible, pâleur, peau moite, pression artérielle basse, altération de la conscience (vertige, ...).

Présentation CRC

Bilan des Fonctions vitales: C? R? C?



SI LE NIVEAU DE GRAVITÉ AU SEIN D'UN PROTOCOLE DIFFÈRE DE CELUI DÉTERMINÉ SUR LA BASE DE CE BILAN DES FONCTIONS VITALES, ALORS LE PLUS HAUTE NIVEAU DE GRAVITÉ EST TOUJOURS MAINTENU !

L'EXCEPTION À CETTE RÈGLE:

- ◆ INCONSCIENT EN CAS D INTOXICATION AVÉRÉE, SE RÉFÉRER AU PROTOCOLE
- ◆ INCONSCIENT EN CAS DE CONVULSIONS? SE RÉFÉRER AU PROTOCOLE [EPILEPSIE - CONVULSIONS](#)

Remarques pour le bilan des fonctions vitales :

- Il existe 2 possibilités :
 - Appelant = patient -* le bilan des fonctions vitales est fiable et objectif.
 - Appelant ≠ patient -* le bilan des fonctions vitales doit être réalisé dans son entièreté.
- Utiliser le mot « éveillé » à la place du mot « conscience ».
- Un BFV complet doit également être effectué si l'appelant est un professionnel D1 ou D2.
- /!\ Gasping (halètement, haleter) : «inspiration forcée, avec ouverture de la bouche et dilatation des ailes du nez, se produisant en série lors de l'agonie, particulièrement en cas d'arrêt circulatoire. Les affres de la mort ou « gasps » se voient lors de l'ultime effort de l'agonie (lutte contre la mort) quand la victime cherche désespérément de l'air. Le visage présente des signes évidents pré-mortem: les yeux grands ouverts, les pupilles complètement dilatées, la bouche s'ouvre spasmodiquement, les ailes du nez battent, tous les muscles de la face se contractent au même rythme. S'il n'y a pas d'autre cause évidente, ce faciès est caractéristique de l'arrêt cardiaque : il impose la mise en route immédiate d'une réanimation cardiorespiratoire (massage cardiaque, etc.). »

Si la poitrine ne monte pas et ne descend pas, cela s'apparente à un gasping (halètement) et le patient ne respire pas. Cet état nécessite la mise en place d'un protocole A.L.E.R.T. avec engagement d'une PHONE CPR.

Pre-arrivals instructions génériques

- Accessibilité: demandez toujours d'attacher ou d'évacuer les animaux domestiques et de venir ouvrir la porte. Assurez-vous toujours de la sécurité tant de l'appelant que de la victime.
- En cas de menace en cours pour les prestataires de soins (violence, agression), demandez l'aide de la police. Prévenez la police (CIC) pour les patients agressifs.
- En premier lieu, il faut toujours penser à la sécurité de l'appelant et des personnes présentes sur le lieu de l'intervention (par exemple : animaux de compagnie, prévenir la police en cas d'agression).
- Conformez-vous aux protocoles du manuel.
- N'oubliez pas d'accueillir l'équipe de secours, surtout si le lieu d'intervention est vaste. Ouvrir la porte si nécessaire.

- Soyez systématique dans l'application des conseils donnés à l'appelant pour les différentes situations qui se présentent.
- Repos : conseillez à la victime de rester calme dans un environnement tranquille. Essayez de calmer la victime et son environnement.
- Rechercher de l'aide (en attendant) : les victimes qui sont seules et sont autorisées à se déplacer (ou à communiquer d'une autre manière, par exemple par téléphone) peuvent éventuellement chercher de l'aide dans leur environnement immédiat.
- Posture : placez une victime consciente en position (semi) assise. Placez une victime inconsciente en position latérale de sécurité (s'il s'agit d'une femme enceinte : sur le côté gauche) et restez avec la victime. Continuez à évaluer la présence d'une respiration normale, au moins toutes les minutes.

Une victime suspectée d'hypotension (pression artérielle basse) peut être placée « Alongé sur le dos avec les jambes surrélevées » : (jambes en l'air et plus haut que la tête). Les victimes en détresse respiratoire recherchent généralement elles-mêmes leur position la plus confortable.

- Alimentation ne donnez rien à manger ou à boire pour le moment sauf si spécifiquement requis selon le protocole (voir hypoglycémie par exemple)
- Médication à domicile : faites-les préparer. Ne donnez pas d'instructions concernant les médicaments pendant un entretien téléphonique avec un appelant. La médication ne peut être administrée par un appelant ou prise par la victime que sous prescription d'un médecin, dans les limites de ses motifs spécifiques et de la manière prescrite (« si votre médecin vous a prescrit de pouvoir utiliser ce médicament dans ces circonstances et de cette manière, alors pouvez-vous suivre cette prescription »).
- Recall :appelez de nouveau le 112 en cas de changement ou de détérioration de l'état de la victime, en accordant une attention particulière à la respiration et à la conscience.
- Dans le cas où des informations sont demandées sur la médication prescrite pendant le service de garde, informez l'appelant que vous, en tant qu'opérateur, n'êtes pas mandaté (médecine légale) pour donner des instructions concernant la médication. Demandez à l'appelant de contacter la pharmacie qui a délivré la médication, le médecin généraliste en dehors du service de garde, le médecin de garde en poste ou l'hôpital le plus proche. Vous pouvez transférer les autres prestataires de soin vers le poste de garde.

Autres notions et concepts qui améliorent la protocolisation

a. Qualité de l'appelant

Demandez toujours la relation entre l'appelant et/ou le témoin sur place par rapport à la victime : famille, voisin, infirmière à domicile, médecin, témoin d'accident, ... En effet, les données obtenues via un appelant professionnel et/ou quelqu'un qui connaît bien la victime, ont en principe un niveau de fiabilité plus élevé.

Présence d'un médecin sur place :

Lorsqu'un médecin (de famille) est sur place,

- Demandez de préférence qu'il vienne en personne au téléphone
- Demandez une description claire de la situation et faites au médecin une proposition de régulation selon votre manuel. Si le médecin indique qu'il n'a pas besoin de SMUR, prenez acte de ce refus.
 1. Dans le cas du refus de la proposition de régulation par l'opérateur, le médecin doit être informé de rester sur place et d'assurer l'entièvre responsabilité du patient jusqu'à ce que les moyens médicaux envoyés soient présents et que le transfert d'informations ait eu lieu. Sinon, appliquez le niveau de protocole approprié et envoyez les moyens recommandés, même si contraire au souhait du médecin.
 2. En cas de contestation, si le médecin généraliste souhaite uniquement une ambulance, mais que l'ambulance ne souhaite pas assurer ce transport sans le support PIT ou SMUR, le médecin généraliste doit accompagner le patient dans la cellule sanitaire de l'ambulance jusqu'à l'hôpital. En cas de refus, l'opérateur appliquera le niveau de protocole habituel.

b. Entourage direct assuré (EDA)

La notion d'« entourage direct assuré » signifie que la victime est présente dans un environnement où la présence physique d'une personne qui le connaît (ainsi qu'éventuellement ses antécédents médicaux) est assurée lors de l'appel. Celui-ci peut garantir la continuité des soins et la surveillance du patient en attendant les éventuels

secours ou la continuité des soins.

Le patient se trouve dans un environnement familial (versus lieu public) et il s'agit d'une demande d'aide pour un problème médical connu. Si ces conditions ne sont pas rencontrées, on parle alors d'un « entourage direct non assuré » (pas d'EDA).

c. Recall

En cas d'un sentiment « pas en ordre » ou de risque élevé de détérioration ou d'arrêt cardiaque possible (au niveau 1), l'opérateur peut lui-même recontacter l'appelant pour affiner la requête ou s'enquérir de l'évolution de son état. Dans tous les cas, l'opérateur doit toujours demander à l'appelant de rappeler le 112 en cas d'aggravation ou de changement d'état ou de plainte de notification.

d. Divers

- L'âge de la victime est informatif dans plusieurs protocoles. Il est particulièrement important de savoir à quelle catégorie d'âge appartient une victime :
 - Bébé 0 à 1 an
 - Petit enfant 1 à 6 ans
 - Grand enfant 7 à 14 ans
 - Adolescent/adulte 15 à 75 ans
 - Personne âgée >75 ans
- Le contact avec la police est réglementé par la circulaire (secret professionnel). Dans tous les cas, demandez l'aide de la police en cas de danger pour les prestataires de soins. Nous nous référerons ici à la circulaire ministérielle de 18 mai 2009 relative au transfert d'appels et d'informations du CS100 au CIC101 en cas d'appel médical monodisciplinaire avec comme objectif le respect du secret professionnel médical.
- Demander systématiquement un SITREP au premier prestataire de soins professionnel à arriver sur place
- Si l'intervention a lieu sur un site plus difficile d'accès, essayez de faire en sorte que les services d'urgence accompagnent la victime pour déterminer un point de rendez-vous
- Si le temps de trajet entre le SMUR ou le PIT est significativement plus élevé que le temps de trajet de l'ambulance à l'hôpital, concordez-vous avec l'ambulance et envisagez :
 - « stay & play » par exemple en cas d'arrêt cardiaque, de BPCO, d'épilepsie, de noyade
 - « point de rendez-vous » + avertissez le moyen médical envoyé en renfort ainsi que l'hôpital

- « scoop & run » (par exemple, hémorragie incontrôlable, AVC) et avertissez l'hôpital

La décision finale revient au moyen AMU sur place qui en assure l'entièr responsabilité (constat objectif).

e. Restriction thérapeutique et testamen de fin de vie

Toute limitation thérapeutique signalée ou tout testament de vie existant doit être mentionné dans le dossier. Ce n'est que lorsqu'elles sont communiquées par un médecin ou une infirmière de garde qu'elles peuvent conduire à une modification de la proposition de réponse. Le fait qu'il y ait une restriction thérapeutique ou que la situation soit « palliative » ne signifie pas que la victime en question n'a plus droit à l'utilisation des ressources de l'AMU.

f. Douleur

La douleur est un indicateur de sévérité dans de nombreux protocoles existants. La douleur est très subjective et difficile à évaluer (par téléphone). Les échelles de douleur existantes n'ont qu'une valeur limitée. Une bonne évaluation de la douleur permet d'apporter un soulagement adéquat à un stade précoce, mais sa surestimation peut entraîner une utilisation excessive des ressources de la AMU. Une augmentation ou une diminution du niveau de sévérité dû à la douleur est donc indiquée en fonction des symptômes associés, de l'âge, de la rapidité d'apparition de la douleur, de la localisation spécifique ou du discriminant (par exemple, la grossesse). La douleur doit toujours être considérée dans le contexte dans lequel elle survient.

EVA (échelle visuelle terme analogique).	Explication
1	
2 Léger	Douleur supportable sans antidouleur
3 Modéré	Douleur malgré antidouleur – besoin d'antidouleur
4	
5 Intense	Douleur au repos - douleur agitante – douleur qui réveille la nuit
6	
7 Très violente	Douleur intense malgré la position couchée au repos ou envie continue de bouger, douleur qui accélère la respiration ou qui la rend plus difficile
8	
9 Insupportable	Douleur insoutenable malgré la position couchée au repos ou envie continue de bouger, douleur qui rend la parole impossible.
10	Risque de perdre connaissance
Une augmentation ou une diminution de l'échelle est indiquée en fonction des symptômes associés, de l'âge, de la rapidité d'apparition de la douleur, de la localisation spécifique ou d'un facteur discriminant (par exemple, la grossesse). La douleur doit toujours être considérée dans le contexte dans lequel elle survient.	

001

ACCIDENT DE CIRCULATION

1. Mots clés :

Accident de la circulation | Accident | Collision | Collision en chaîne | Piéton | Cycliste | Cyclomotoriste | Motocycliste | Camion | Quad | Collision frontale | Choc latéral | Assommé | Voiture | Autoroute | Tramway | Voiture | Bicyclette | Amputation | Blessure | Sang | Bus | Collision frontale

2. Information pour les opérateurs

- Amputation incluse.
- ! La réanimation téléphonique doit également être commencée en traumatologie.
- Haute énergie = accompagné d'une forte énergie... Par exemple éjecté d'une voiture !
- Choc est physique et non mécanique !
- Signes d'alarme = paralysie, trouble de la sensation, fourmillement dans un membre, essoufflement, fracture ouverte.
- Contexte de risque = patient vulnérable (>75 ans, <14 ans, sous anticoagulants, enceinte), évaluation difficile, Localisation du risque de traumatisme (œil – génito-urinaire ...).

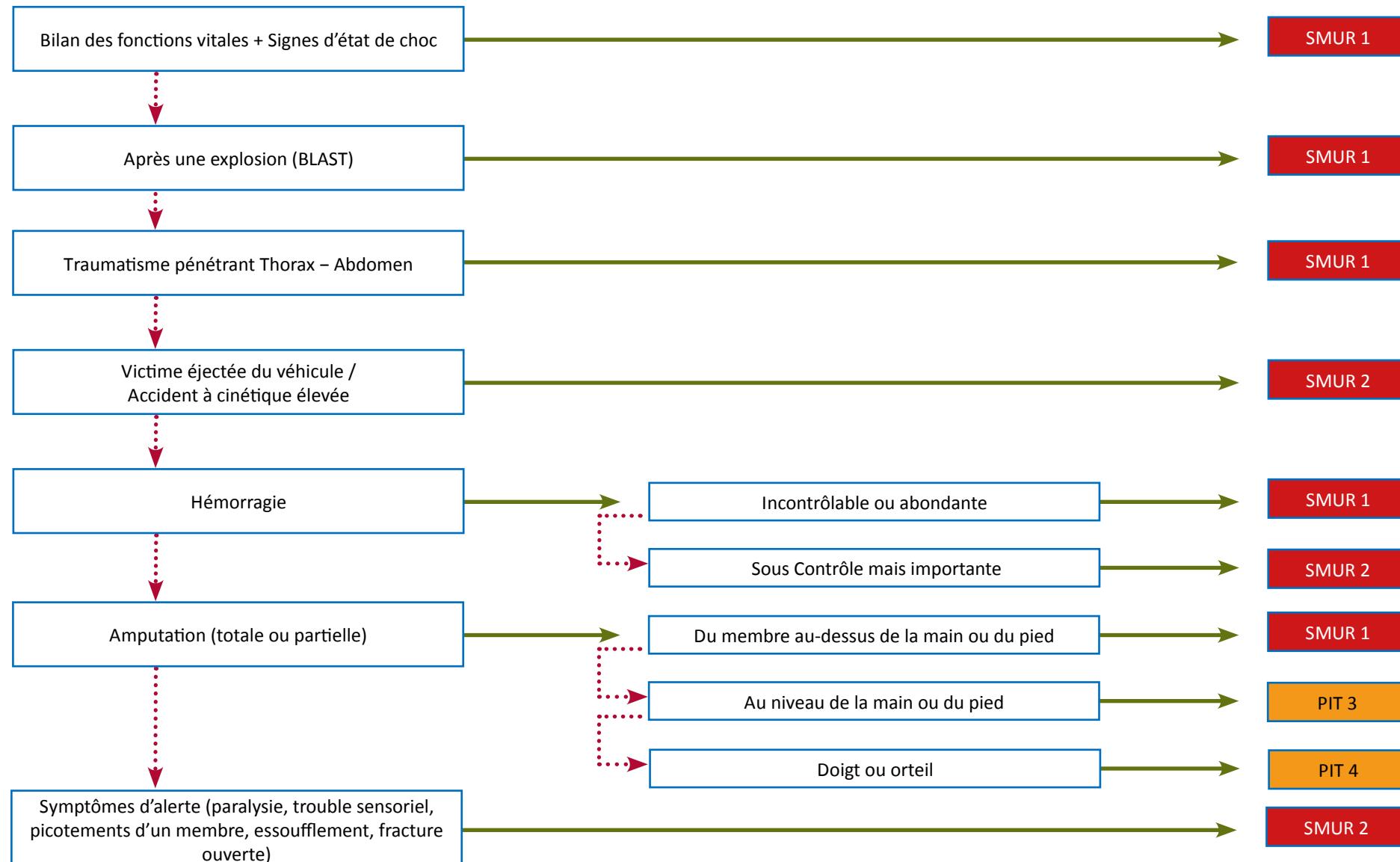
3. Instructions à l'appelant

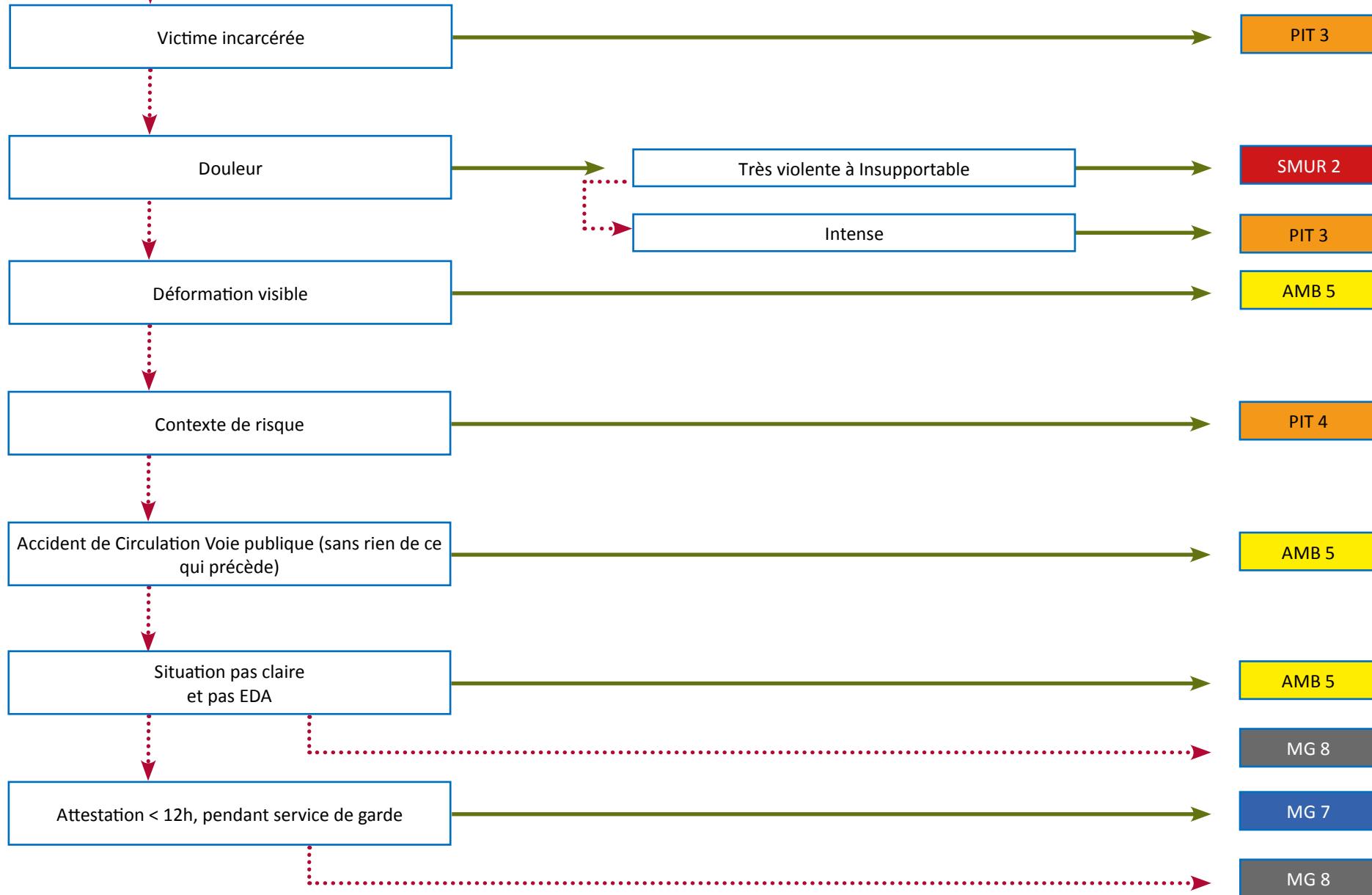
- PAI génériques.
- Sécurité : veste fluorescente – triangle(s) de signalisation – allumez vos clignotants. Coupez le moteur en cas d'accident. Gardez un extincteur à portée de main ou faites une première tentative pour éteindre un incendie dans un véhicule présentant une bosse (ou un début d'incendie).
- Garder les voies respiratoires libres.
- Immobiliser + ne pas bouger si possible.
- Saignement externe : position haute – pression directe (si nécessaire, insérer une compresse – si le tissu est trempé, placer une deuxième compresse par-dessus sans enlever la première) – Garrot.
- En cas d'amputation : membre dans le sac, ce sac dans un second sac avec de la glace et/ou de l'eau froide.



001

ACCIDENT DE CIRCULATION





002

AGGRESSION – BAGARRE – VIOL

1. Mots-clés

Bagarre | Victimes | Menace | Viol | Coups et blessures | Aggression | Choc émotionnel | Strangulation | Étranglement | Ecchymoses | Coups bleus | Violence conjugale | Contrainte | Problème de sécurité pour les services d'urgence | Comportement inapproprié | Mauvais traitements | Maltraitance | Rixe | Hématome | Agresseur

2. Information pour les opérateurs

- Le délire agité (délire d'excitation) = comportement extrêmement agressif et incapacité à se conformer aux instructions de la police et des services d'urgence (en raison d'une affection psychiatrique, de l'abus de drogues, etc.). La personne semble être exceptionnellement puissante, ne se fatigue pas malgré un effort important et est insensible à la douleur. Sur le plan médical, on observe une augmentation de la température corporelle (hyperthermie), une acidose (acidose) et une activité musculaire intense (rhabdomolyse). Une bagarre avec la police ou les secouristes peut aggraver l'excitation et exercer une pression extrême sur le cœur, pouvant entraîner la mort.
- Envisager le protocole "psychiatrie" en cas de patient agité ou agressif.
- Mécanisme / cinétique d'un traumatisme grave = accompagné d'une énergie élevée.
- Contextes spécifiques :
 - Cinétique de l'agression, violente, énergie élevée, ...
 - Nombres de victimes, âges.
 - Type d'agression, sexuelle, physique, psychique, autre, ...
 - Lieu privé/ publique, ...
- Envisager de faire appel à la **police** si le risque persiste (voir le guide sur le secret professionnel).
- Penser à la procédure **AMOK**.
- Envisager de faire appel au centre de référence local pour les violences sexuelles.

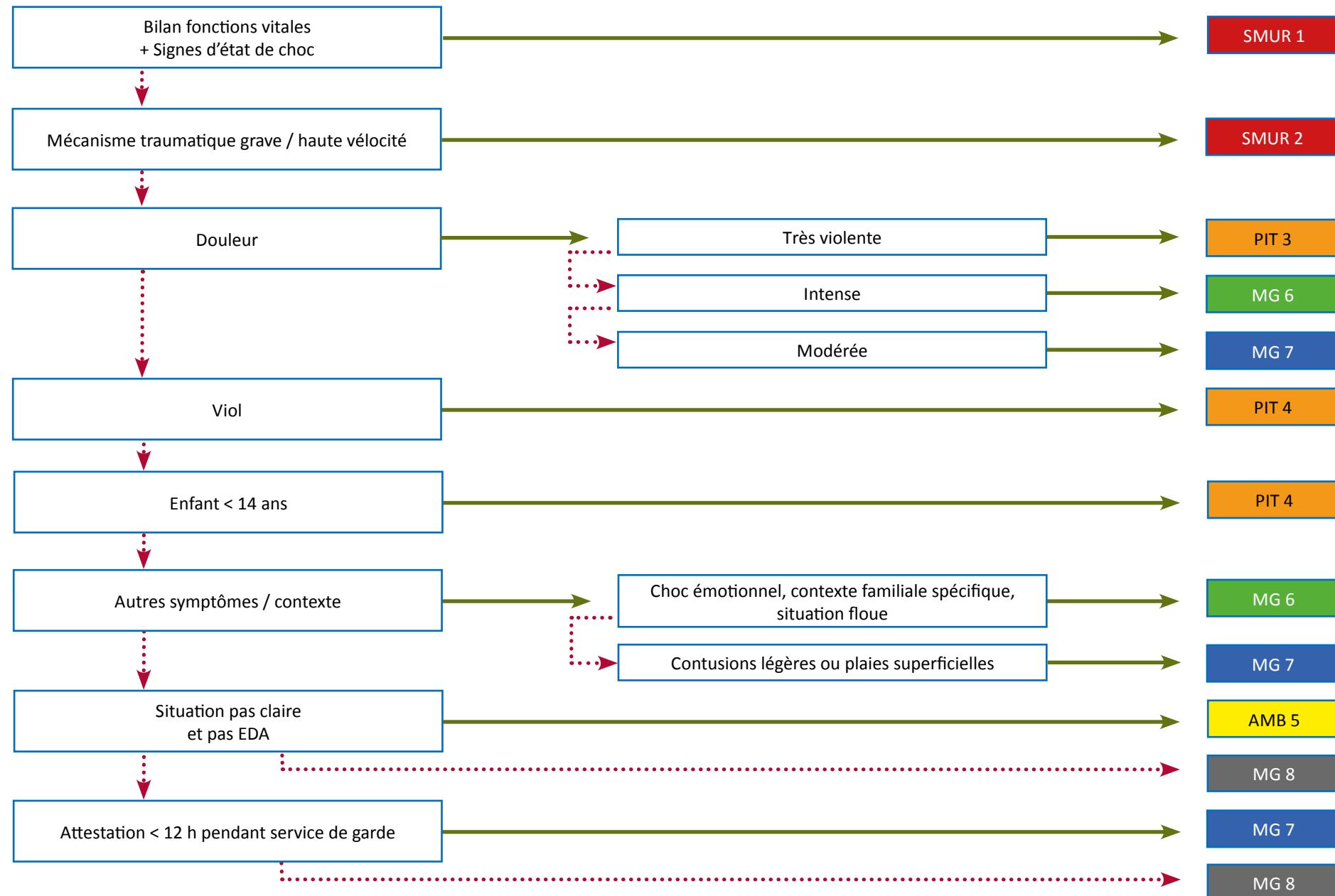
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Veiller à sa propre sécurité.
- En cas de viol, déconseiller à la victime toute manœuvre qui compromet la recherche d'indices judiciaires (douche, toilette, ...). Si possible, ne vous lavez pas – ne buvez pas / ne vous rincez pas (en cas de contact oral) – n'urinez pas (si vous le faites, veuillez le recueillir dans un bocal) jusqu'à l'arrivée de la police. De préférence, ne désinfectez pas encore la plaie. Gardez vos vêtements ou mettez-les dans un sac en papier. Emportez des vêtements propres.
- Cfr. Pré-arrival instruction [hémorragie](#).



002

AGGRESSION – BAGARRE – VIOL



003

ARRÊT CARDIAQUE – DÉCÈS – MORT APPARENTE

1. Mots-clés

Arrêt cardiaque | Décès | Mort | Arrêt respiratoire | Ne bouge plus | Phénomènes de décomposition | Meurtre | Suicide | Décès patent | Rigidités cadavériques | Corps froid | Cadavre | Witnessed | Devant témoin | Suspect | Cause externe | Attendu | Prévisible | Evident | Témoins | Cadavre | Halètements | Carbonisé | Décapité | Larmoyant | Rigide | Apnée | Ecrasement massif | Lividités cadavériques | Agonie | Etat de mort apparente

2. Information pour les opérateurs

- Indicateurs validant l'hypothèse d'arrêt cardiaque :
 - Absence de réaction aux stimuli.
 - Absence de mouvement de la poitrine.
 - Apnée ou gasping.
 - Absence de pouls.
- Indicateurs validant l'hypothèse de décès manifeste/ cadavre à ne pas réanimer :
 - Mort irréversible = corps carbonisé – décapitation – putréfaction – rigidité extrême.
S'il est établi par un ambulancier, une remise en question est possible à condition que la continuité des soins soit garantie.
- Le code DNR n'est pertinent que s'il est mentionné par le (para)médecin en fonction (noter l'identité dans la carte).
- Professionnel de santé en fonction = médecin, infirmier et/ou ambulancier dans la mesure où cette fonction est effectivement exercée.
- Importance du concept de collapsus soudain devant témoin, compte tenu de la forte probabilité de survie si la RCP est pratiquée immédiatement et la défibrillation (DEA) effectuée précocement.
- Nécessité de la police : voir la circulaire sur le «secret professionnel».

veuillez noter que l'envoi d'une ambulance en cas d'indisponibilité d'un médecin généraliste pour un niveau 6 n'est d'aucune utilité ici.

Contexte de décès prévu (malade en fin de vie, maladie en stade terminal).

Si le patient est décédé avec certitude et qu'un professionnel de la santé est sur place (médecin généraliste, infirmier, ...) : le SMUR ne doit pas être engagé, il faut envisager de faire appeler un médecin généraliste qui remplira lui-même le certificat de décès.

Si la personne ne répond ni au téléphone ni quand on sonne à la porte, ou que plus personne n'a de nouvelles d'elle depuis plus de 24h, le SMUR ne doit pas forcément être engagé. Soit elle est décédée et "irréanimable", soit sa démarche de ne pas répondre aux appels est volontaire et elle ne doit donc pas non plus être réanimée.

Le caractère suspect de la mort est à déterminer par le médecin sur place. L'opérateur ne peut donc pas envoyer la police en première intention sur les morts violentes potentielles.

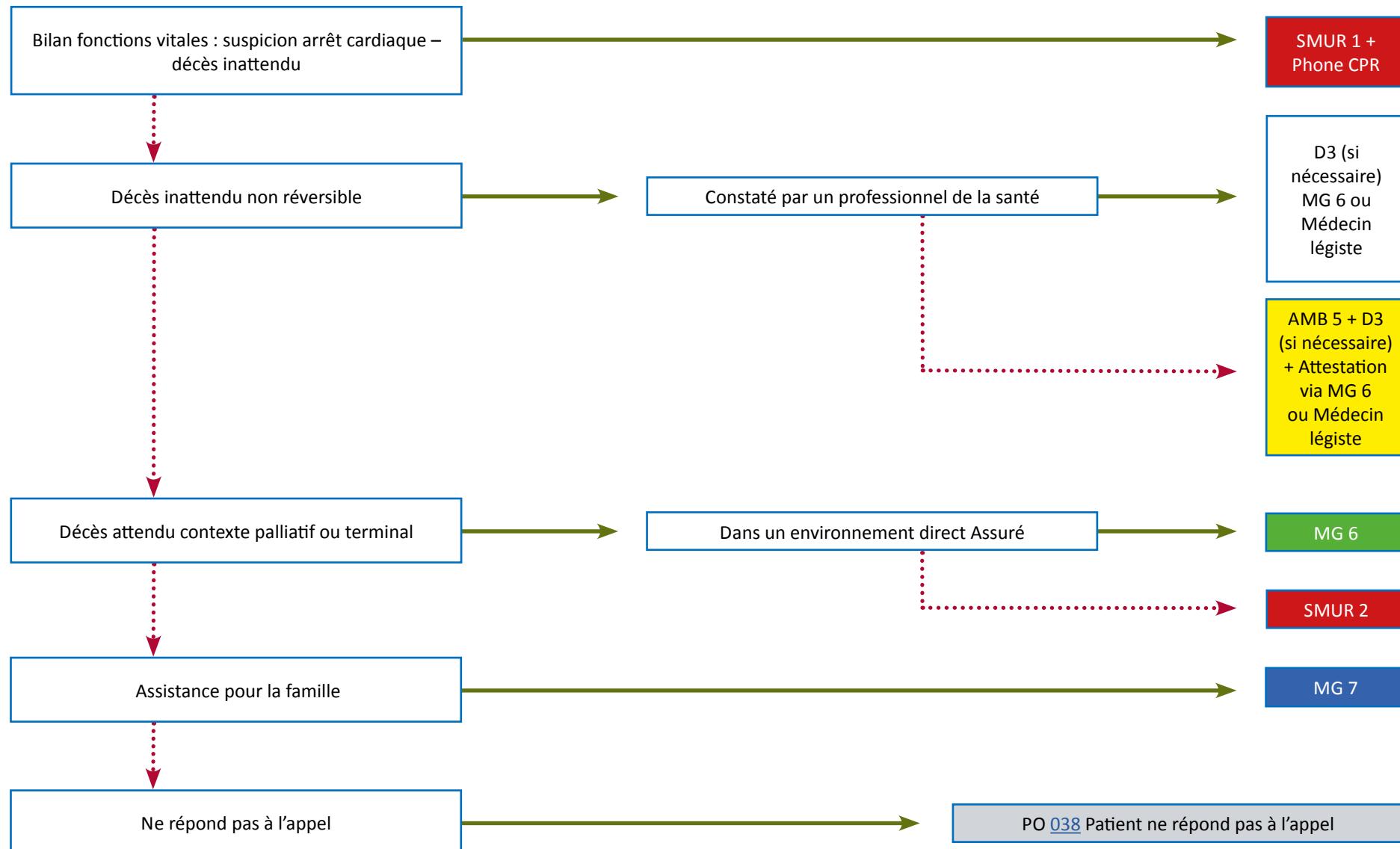
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- 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, entamer une PHONE CPR.
- PHONE CPR, sauf en cas de décès «irréversible» ou «déclaration de volonté anticipée».
- Sécurité ; sauvegarder les «traces» – indiquer que la police va arriver (si c'est le cas).



003

ARRÊT CARDIAQUE – DÉCÈS – MORT APPARENTE



004

AVC-AIT

1. Mots-clés

Attaque | Congestion | Impossibilité de marcher | Impossibilité de parler | Bouche de travers | Céphalées | Thrombose | Paralysie | Hémiparésie | Agitation | Confusion | Vasculaire | Cérébral | Irrigation momentanément interrompue | Vomissements | Convulsions | Hémorragie cérébrale | Perte de la vision | Besoin compulsif soudain de s'activer | Brusques changements de comportement | Infarctus cérébral | AVC | Tremblements | Perte de la vue | Apparition soudaine d'actions compulsives | Convulsions | Hémorragie cérébrale | Perte de la vue | Accident vasculaire cérébral | Infarctus du cerveau | AVC | AIT | Equilibre | Oeil | Bras | Membre | Sensation | Force | Pression artérielle | Hémiplégie

2. Information pour les opérateurs

- **AVC** accident vasculaire cérébral = thrombose, attaque, infarctus. Le déficit neurologique persiste.

AIT = accident ischémique transitoire. Le patient ne présente plus de symptôme (déficit), il a récupéré entièrement. Cela reste une urgence !

- Faites attention aux maux de tête qui surviennent très rapidement (<1 minute) et qui ne cèdent pas (comme un coup de tonnerre), cela peut indiquer un saignement soudain.

- Le BEFAST (balance, face, arm, speech, time) est un test qui permet de rapidement reconnaître un AVC :

- **Balance** (équilibre): perte soudaine d'équilibre, vertige.
- **Eye** (vision) : vision double, diplopie soudaine ou déficience visuelle dans un œil ou les deux.
- **Face** (visage) : si la bouche est de travers ou qu'un coin de la bouche est dirigé vers le bas.
- **Arm** (bras) : demandez à la personne de soulever les deux bras et de les tendre devant elle, la paume de la main tournée vers le haut. Si un des deux bras retombe ou dévie, cela peut être le signe d'un AVC. Le mieux est de demander à la personne de fermer les yeux pendant l'exercice. Cela permet d'éviter qu'elle ne redresse son bras quand elle le voit s'abaisser.
- **Speech** (élocution) : demandez à la personne ou aux personnes présentes si elle(s) a/ont constaté des changements dans sa façon de parler. Si la personne se met à parler de manière inintelligible ou ne trouve plus ses mots, cela peut être le signe d'un AVC.
- **Time** (temps) : moment d'apparition des symptômes.

- Si au moins un de ces symptômes est présent, prenez immédiatement des mesures.
- Quand les symptômes ont-ils commencé et quelle est leur évolution – aggravation ou guérison ? Le patient a-t-il pris de nouveaux médicaments ?
- Le patient est-il connu pour une maladie neurologique (AVC, AIT, SEP, SLA, Parkinson) ?

!!! Chaque minute compte – la rapidité de prise en charge est cruciale pour améliorer le pronostique du patient (récupération fonctionnelle). Premières heures (parfois plus), de nombreux tissus neurologiques peuvent être reperfusés par l'utilisation de médicaments et éventuellement radiologie interventionnelle.

- Tenir compte d'une glycémie faible ou élevée chez les patients diabétiques.
- Hypertension sévère / hypertension artérielle = diagnostiquée par le secouriste ou par la victime ou l'appelant si elle est objectivable et que la pression artérielle normale de la victime est bien connue.

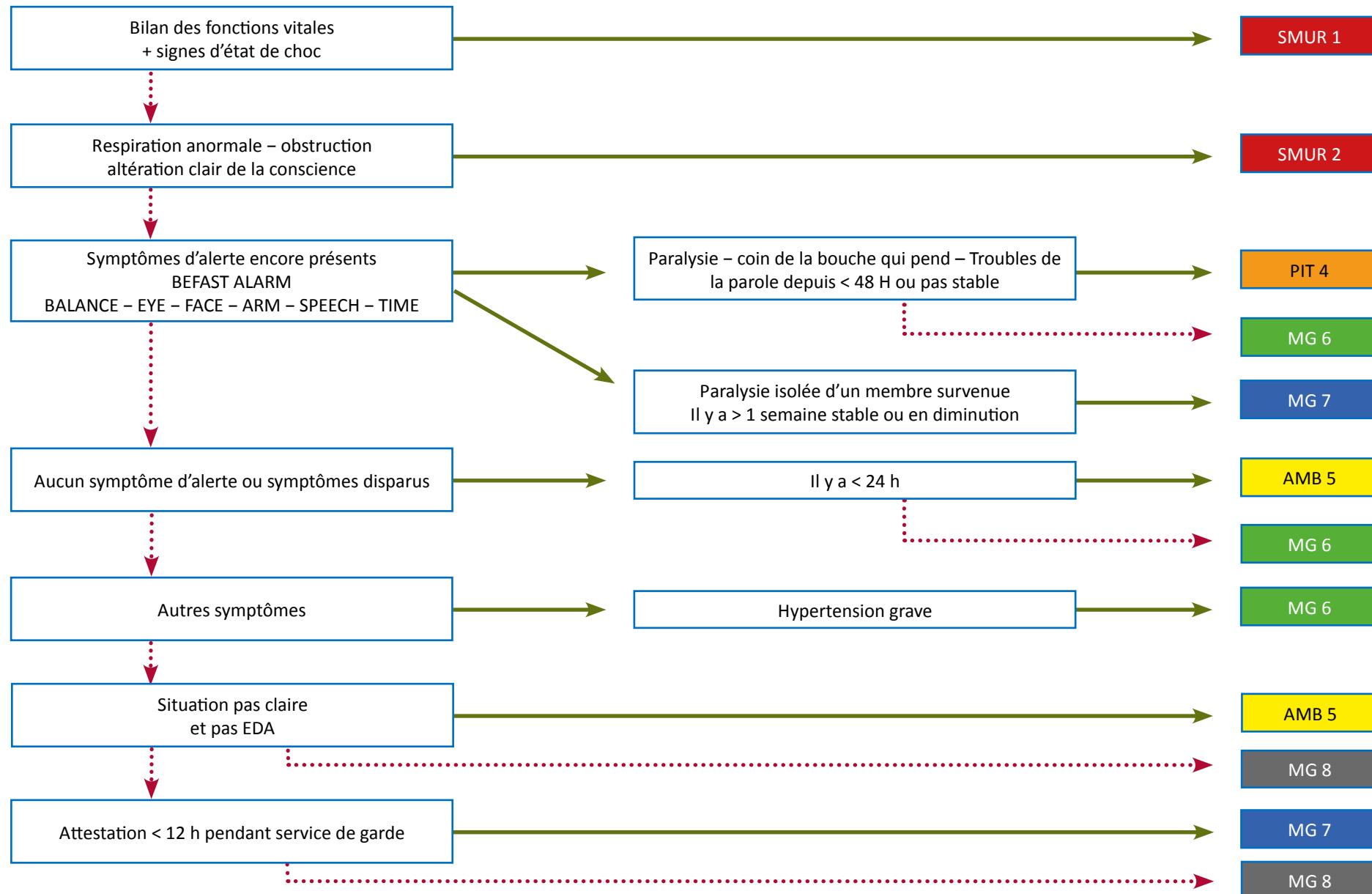
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Maintenir les voies respiratoires ouvertes.
- PAI épilepsie.
- Et réévaluez la respiration toutes les minutes ; ne rien mettre entre les dents !
- Faire placer la personne consciente en décubitus dorsal 0°, sauf en cas de difficultés respiratoires, nausées ou vomissements.
- Si le patient est inconscient, le mettre en PLS (cfr. Pre arrival instructions).
- Se référer à tout autre PAI utile (mesure glycémie, convulsions, ...).
- Si diabétique : détermination de la glycémie par l'interlocuteur qui connaît la technique.



004

AVC-AIT



070

BEBE < 3 MOIS MALADE

1. Mots-clés

Bébé | Nourrisson | inconsolable | Vomissements | Diarrhée | Fièvre | Taches | Éruption cutanée | Ne boit plus | Spasmes | Toux | Rhume | Nez qui coule | Autre que d'habitude | Parents mal à l'aise | Cas | Gouttes | Gémissements | Pleurs aigus | Pas de pipi | Inconsolable

2. Information pour les opérateurs

- Le bilan vital n'est pas facile mais c'est très important.
- Signes d'alarme : taches, somnolence, mollesse, ne plus uriner, couches sèches, gémissements, pâleur ou saignement, respiration rapide.
- Insuffisance de nourriture ou de boisson = environ <50 %.
- Prenez toujours au sérieux les parents inquiets et les autres personnes qui s'occupent directement des enfants.
- Un bébé de moins d'un mois doit toujours être admis à l'hôpital.
- Si fièvre : comment est-elle mesurée ? En principe, on parle d'une fièvre $>38,5^\circ$ mais les jeunes enfants présentent parfois une hypothermie.
- <3 mois est en principe trop jeune pour les «convulsions fébriles».

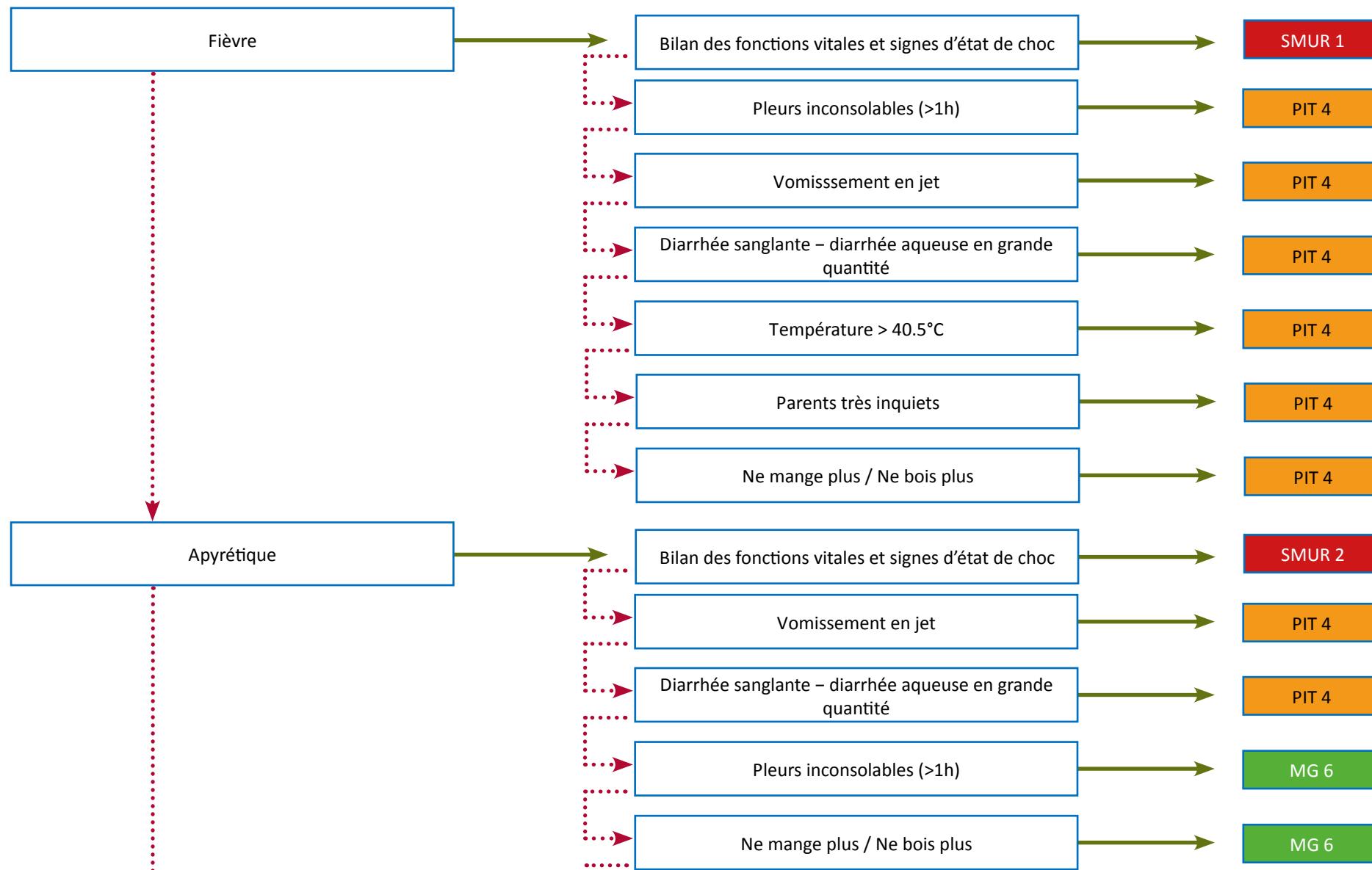
3. Instructions à l'appelant

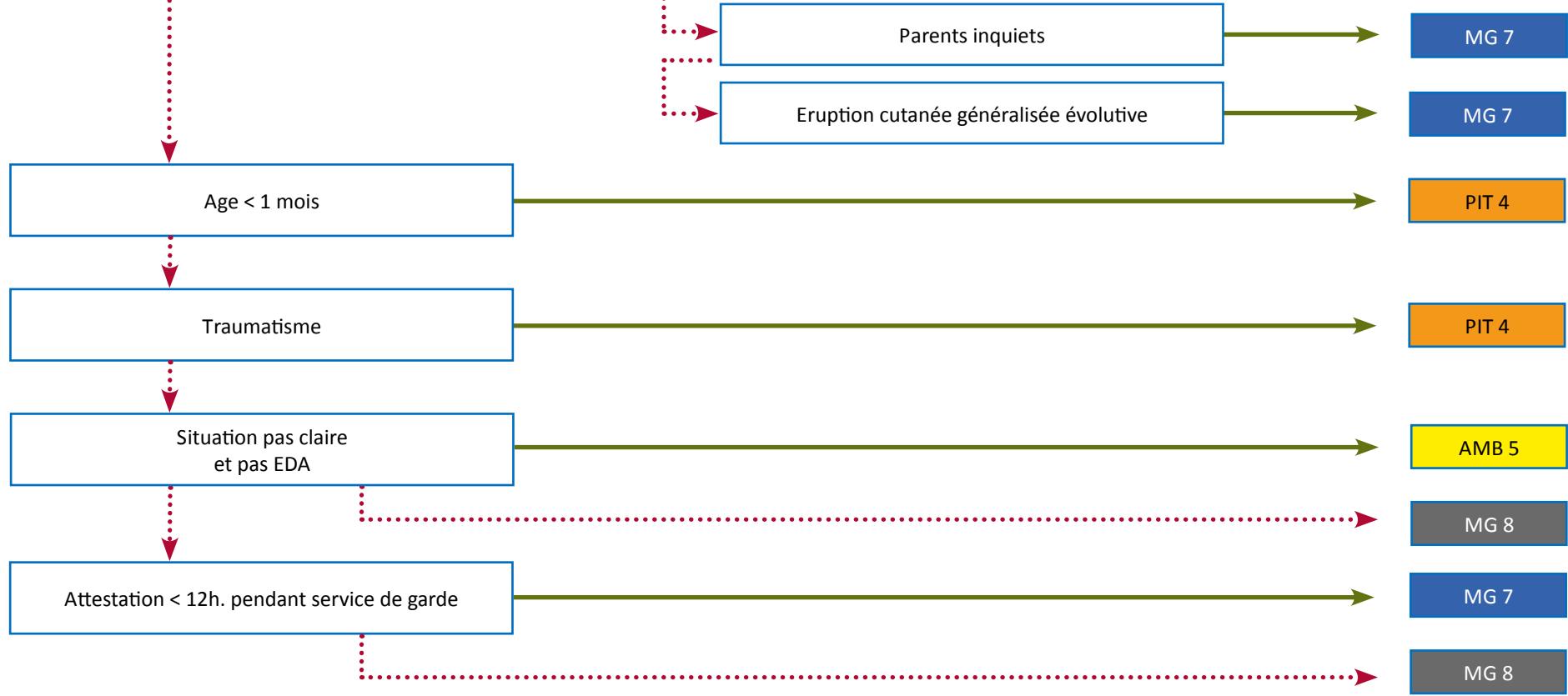
- PAI génériques.
- Froid : pièce bien ventilée – déshabillage – linge humide – pas de bain tiède.



070

BEBE < 3 MOIS MALADE





005

BLESSURE PAR ARME

1. Mots-clés

Arme à feu | Couteau | Pistolet | Revolver | Carabine | Arme de chasse | Flèche | Hold-up | Vol avec violence | Coup de couteau | Attaque de combat | Menace | Aggression | Blessure par balle | Tentative de meurtre | Traumatisme sonore

2. Information pour les opérateurs

- La réanimation téléphonique doit aussi être commencée en cas de traumatisme.
- La définition armes peut être interprétée de manière **large** (sur la base de l'intention) – quelle arme ?
- Nombre de victimes – critères ?
- **Police** : voir aussi la ligne directrice confidentialité ; pensez à l'enquête médico-légale. Attention : l'agresseur est-il toujours sur les lieux ?
- Toujours au moins ambulance quand vous êtes sur la voie publique !
- **Attention** : la profondeur de la plaie et les dommages sous-jacents sont souvent sous-estimés !

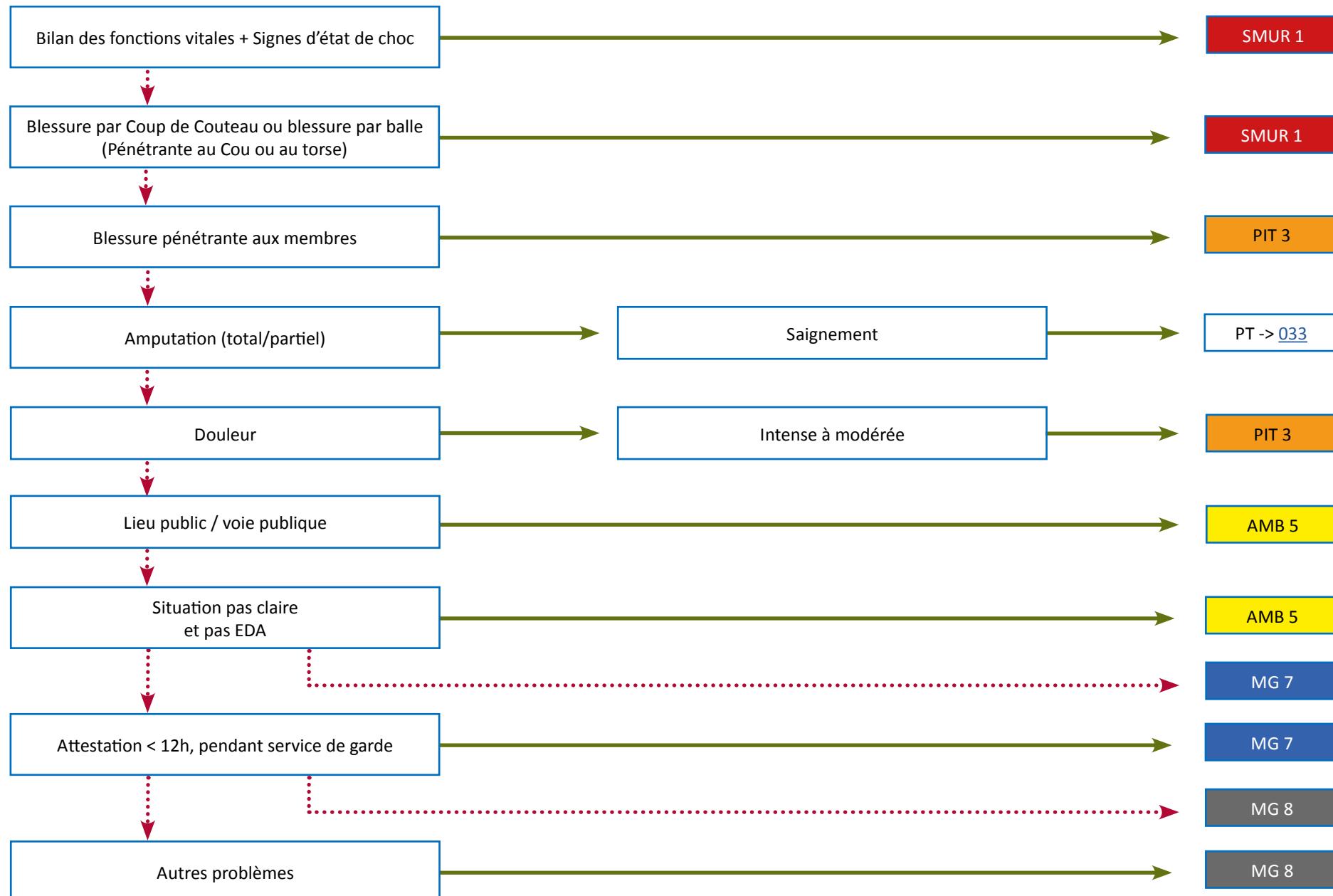
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Sécurité.
- Garder les voies respiratoires libres – immobiliser + ne pas bouger si possible.
- Saignement externe : position haute – pression directe (si nécessaire, insérer une compresse – si le tissu est imbibé, placer une deuxième compresse au-dessus sans enlever la première) – Garrot.
- En cas d'amputation : membre dans le sac, ce sac dans un second sac avec de la glace et/ou de l'eau froide.
- De préférence ne pas toucher l'arme – laisser l'arme sur place.



005

BLESSURE



006

BRÛLURES

1. Mots-clés

Brûlure | Brûlé | Rougeur | Ampoules | Noir | Carbonisé | Inhalation de Chaleur | Inhalation de fumée | Vêtements en feu | Produit chimique | Gelure | Vapeur | Congélation | Électrocution | Électrisation | Incendie | Explosion | Acide | Soude caustique | Déboucheur | Premier degré | Second degré | Troisième degré

2. Information pour les opérateurs

- Si brûlure chimique, tenter de déterminer le produit.
 - Penser aux brûlures suite à un contact avec une source de froid, un produit cryogénique (azote ou oxygène liquide, ...).
- Si incendie, possibilité d'intoxication au CO et cyanures.
- En cas de plusieurs blessés gravement brûlés, penser au plan bâbi.
- Si explosion, voir protocole traumatisme – amputation.
- Risque pour les voies respiratoires = brûlures du visage, de la gorge, de la trachée ; inhalation de fumée ou de gaz chauds.
- Emplacement, profondeur et étendue des lésions (surface) :
 - Paume = 1%.
 - Brûlures en profondeur :
 - Rougeur → 1er degré.
 - Formation de Phlyctènes (cloques) !! → 2e degré.
 - Couleur anormale de la peau (noire, brune ou blanche) → 3e degré.
- Principales zones anatomiques : mains-pieds, organes génitaux, articulations.
- Quand l'incendie a-t-il eu lieu ?

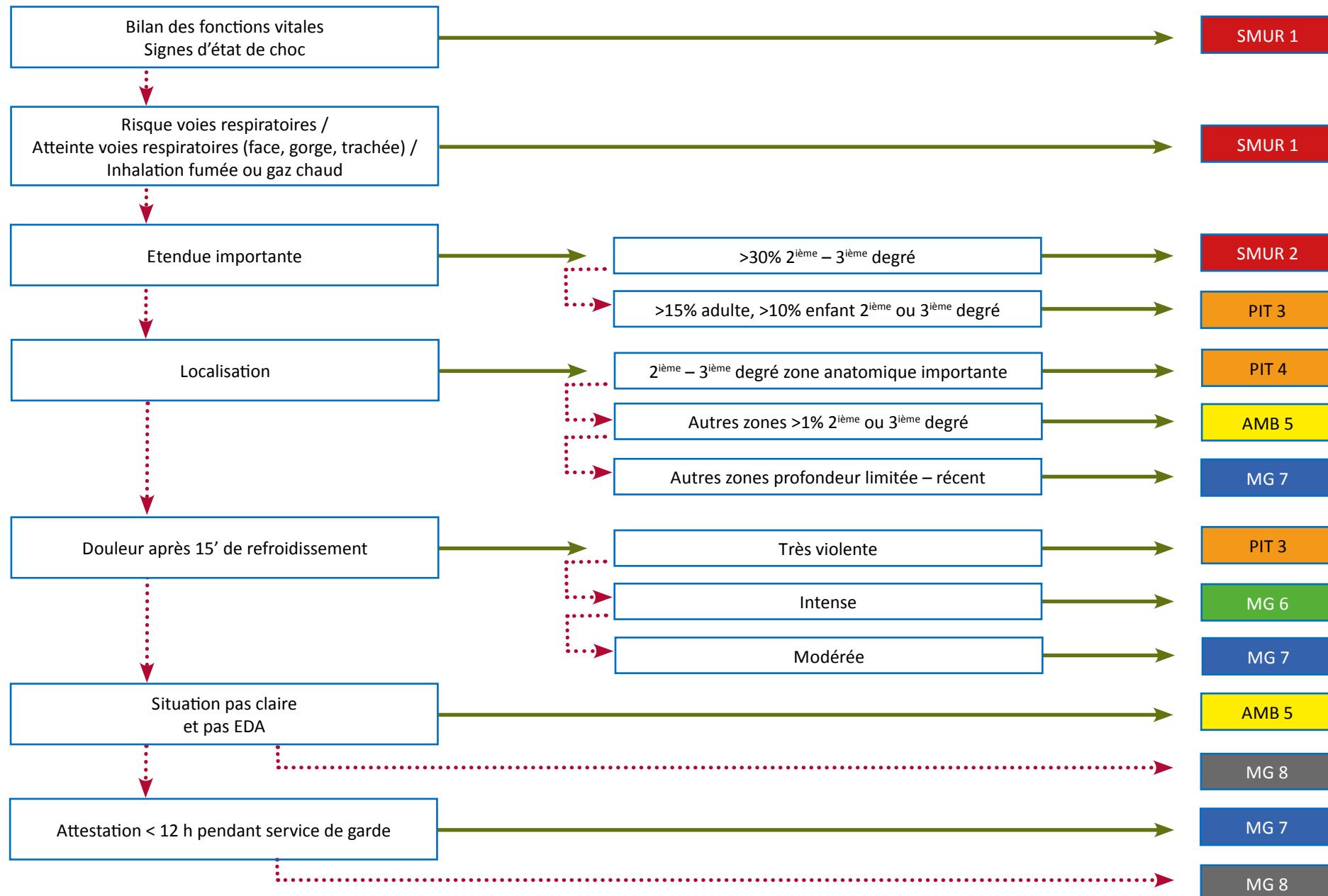
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Évacuez les victimes hors de la fumée mais, ne jamais encourager un appelant à entrer dans un bâtiment en feu.
- Pensez aussi à l'intoxication CO – électricité... : quittez la pièce s'il y a encore un risque.
- Rincer immédiatement 20 minutes à l'eau courante tiède 20° (distance du robinet 20 cm) – recouvrir d'un pansement sec – pas de pommade pour le moment – éviter de refroidir la victime.
- Laissez la victime en feu se rouler sur le sol jusqu'à ce que les flammes soient éteintes.



006

BRÛLURES



025

CEPHALEE NON TRAUMATIQUE

1. Mots-clés

Céphalée | Malaise | Vertige | Tête qui tourne | Nausées | Vomissement | Ne sent pas bien | Migraines | AURA | Méningite

2. Information pour les opérateurs

- Attention à la «douleur de la tête comme une douleur» (= signe d'hémorragie cérébrale).
- Demandez les antécédents (par exemple, la migraine) et les symptômes qui l'accompagnent (par exemple, les vomissements).
- Attention : une histoire de migraine, par exemple, n'exclut pas d'autres choses !
- Signes aura dans la migraine : peuvent précéder la céphalée : taches aveugles dans l'œil, paralysie...
- Toujours faire un dépistage de l'AVC-AIT.
- La douleur peut être très intense.
- VALSALVA = expiration forcée contre une bouche / des voies respiratoires fermées.
- Chirurgie maxillofaciale = chirurgie de la bouche, de la mâchoire et du visage.
- Signes d'alarme (pour la méningite) = raideur de la nuque, problèmes de vision, fièvre, gène à la lumière, taches indélébiles.

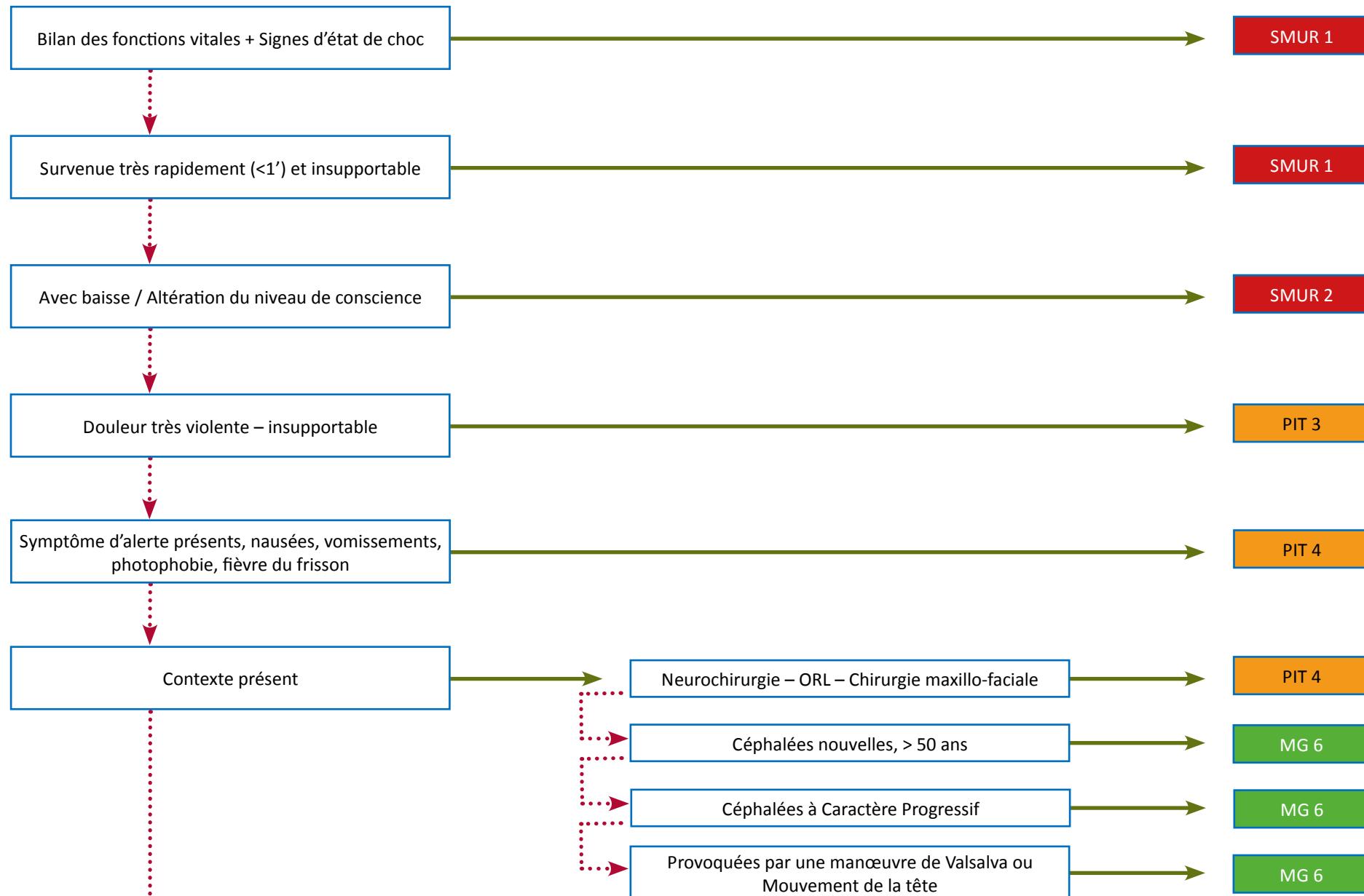
3. Instructions à l'appelant

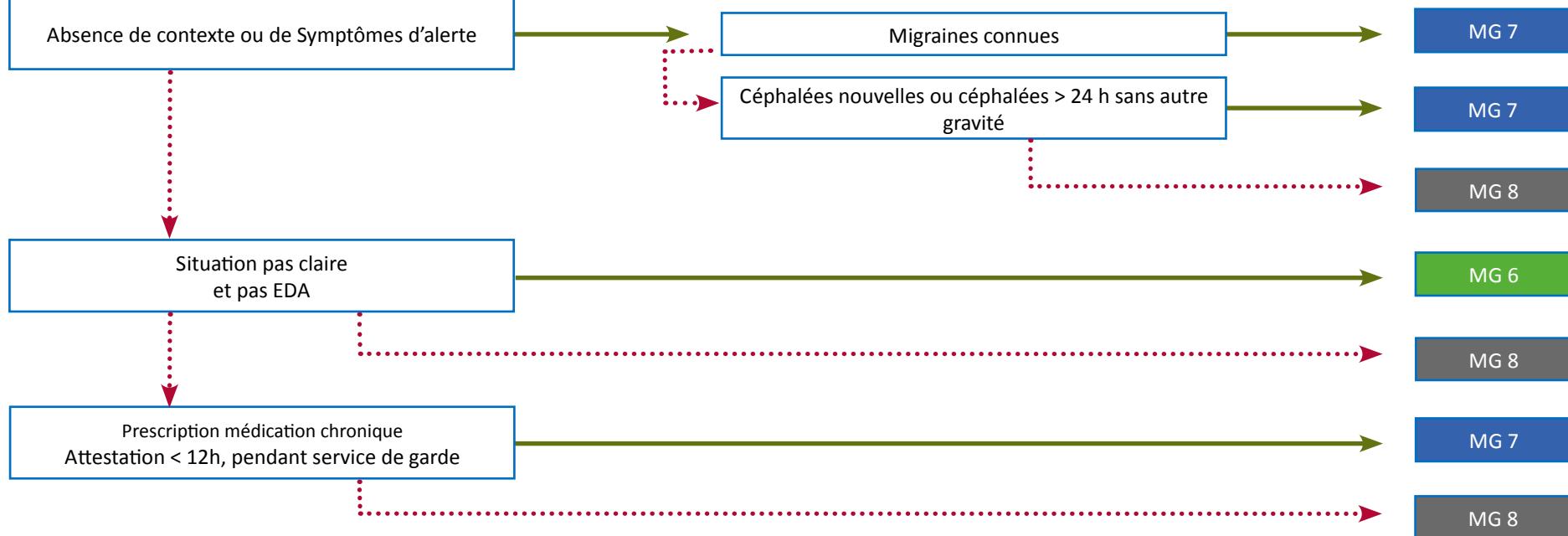
- PAI génériques.
- Environnement calme.



025

CEPHALEE NON TRAUMATIQUE





007

CHUTE DE GRANDE HAUTEUR (>3 MÈTRES)

1. Mots-clés

Hauteur | Chute | Toit | Plancher | Chute par la fenêtre | Echafaudage | Balcon | Arbre | Terrasse | Escalier | Echelle

2. Information pour les opérateurs

- **>3 mètres** (ou 2* longueur du corps) ; tête la première ?
- ! La réanimation téléphonique doit aussi être commencée en cas de traumatisme.
- Perte de sang active et amputation via le protocole de trauma. Voir aussi traumatisme crânien spécifique.
- Symptôme d'alarme = paralysie, troubles sensoriels, picotements dans les membres, essoufflement, fracture ouverte, agitation.
- **Contexte de risque** = patient vulnérable (>75 ans, <14 ans, sous anticoagulants, enceinte), évaluation difficile, localisation du risque de traumatisme (œil – génito-urinaire ...).

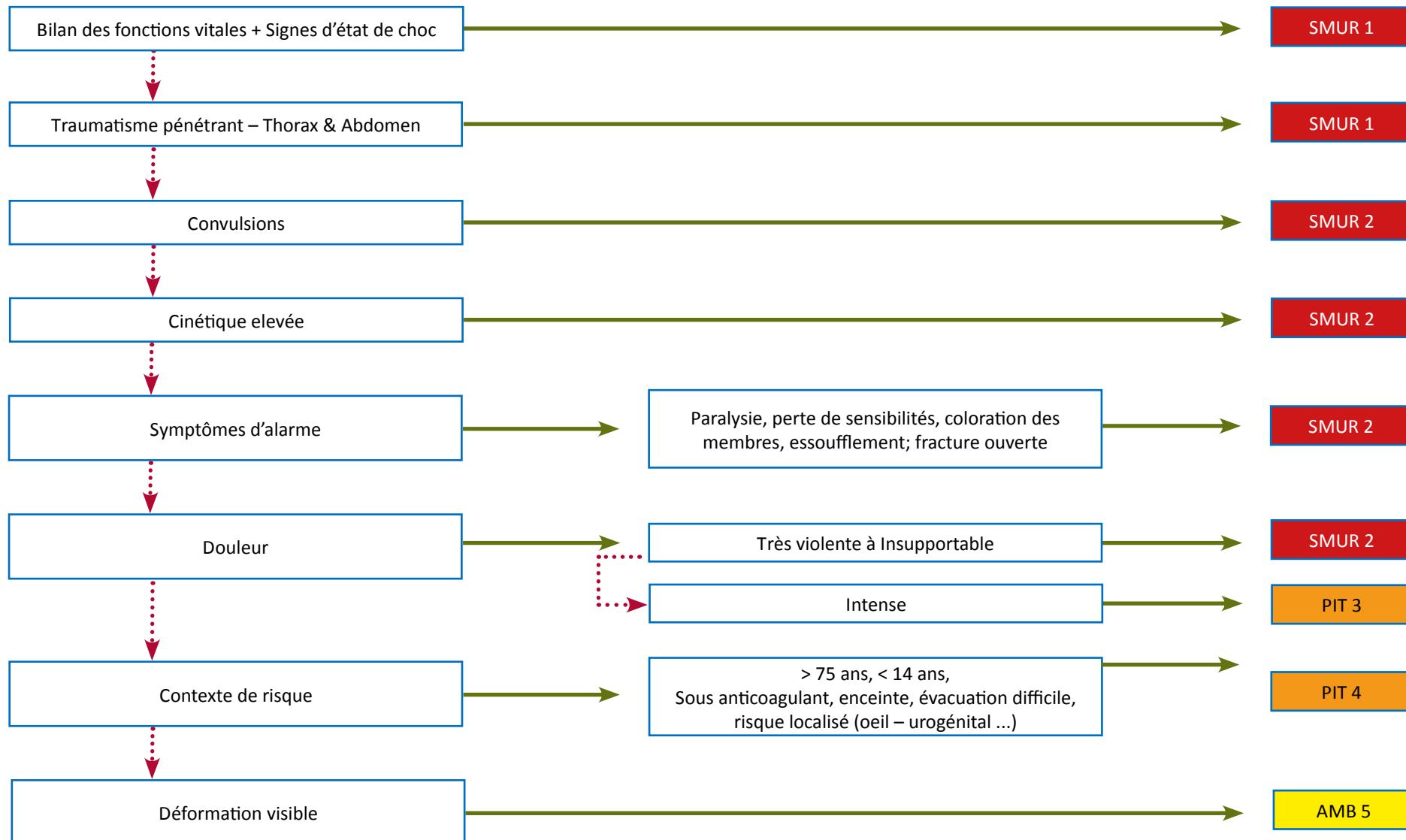
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Convulsions.
- Sécurité.
- Garder les voies respiratoires libres – immobilisation + ne pas bouger si possible.
- Saignement externe : position haute – pression directe (insérer une compresse) – garrot.
- En cas d'amputation : membre dans un sac, ce sac dans un second sac avec de la glace et/ou de l'eau froide.



007

CHUTE DE GRANDE HAUTEUR (>3 MÈTRES)





076

COMMUNICATION AVEC LE MÉDECIN DE GARDE/DE POSTE DE GARDE

1. Mots-Clefs

Médecin | Garde | Poste de garde

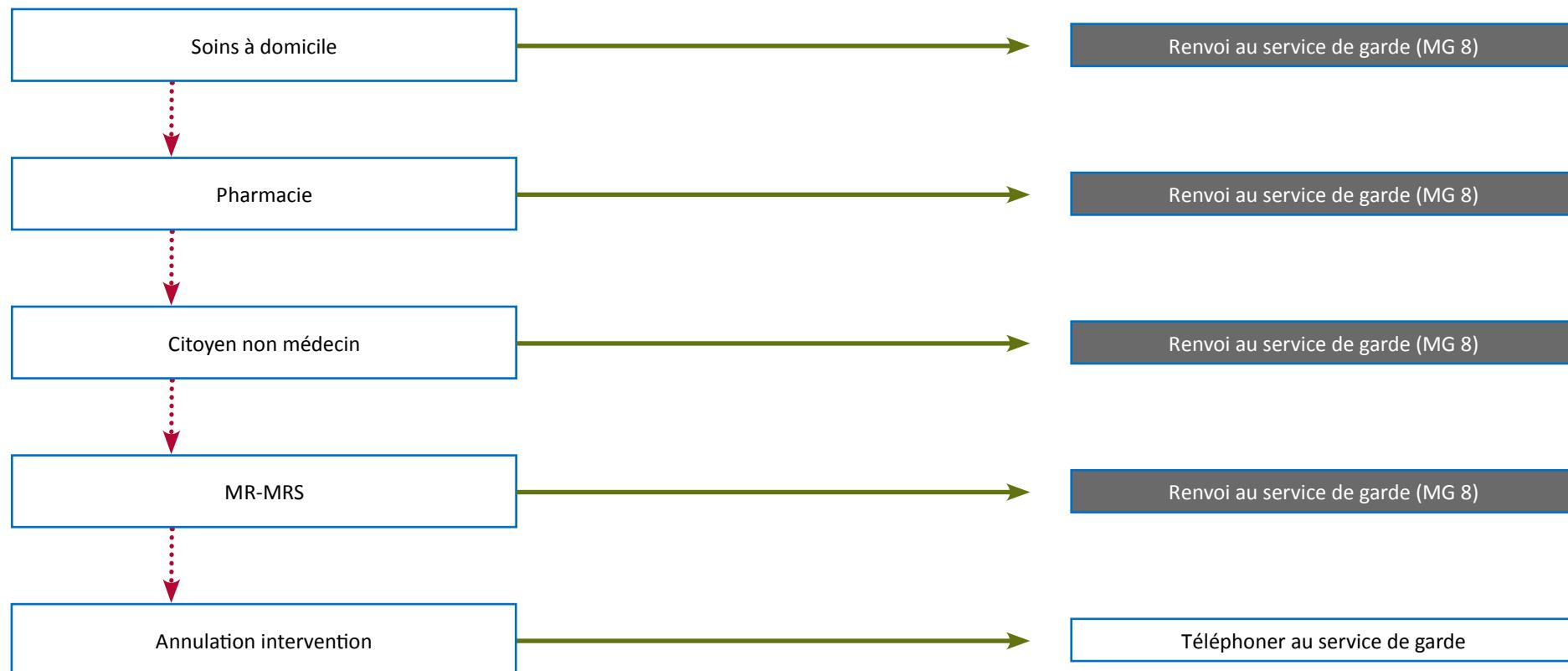
2. Information pour les opérateurs

- Demandez toujours à l'appelant la raison pour laquelle il veut voir le médecin.
- Il faut toujours procéder à un questionnement complet et envisager le protocole plus adéquat.
- En cas de rappel, un nouveau questionnement doit être réalisé.
- Les infirmiers à domicile, pharmaciens, maisons de repos et de soins sont des partenaires privilégiés et peuvent être renvoyés par téléphone vers le médecin de garde / poste de garde.
- Dans de nombreux cas, cela permet d'éviter une visite à domicile et le personnel soignant appelant peut mieux assister le patient.
- Le patient lui-même ne peut pas être transféré par téléphone vers le médecin de garde/poste de garde sauf si :
 - Il a déjà été vu avec les mêmes symptômes exprimés.
 - L'appel survient pendant la même période de garde et qu'il se plaint des mêmes symptômes qu'auparavant (aggravation ? Non amélioration ? ...).



076

COMMUNICATION AVEC LE MÉDECIN DE GARDE/DE POSTE DE GARDE



035

CONVULSIONS HYPERTHERMIQUES ENFANT <7 ANS

1. Mots-clés

Convulsions | Convulsions fébriles | Épilepsie | Chocs | Mousse sur la bouche | Mouvements des bras et des jambes | Crampes | Mouvements involontaires | Mouvements anormaux | Convulsions | Mal de chute | Fièvre de l'enfant | spasmes

2. Information pour les opérateurs

- Se produit principalement lorsque la température augmente – la fièvre élevée mesurée n'apparaît qu'après.
- Typique entre 3 mois et 5 ans – généralement sans conséquence et s'arrêtant spontanément dans les 5 premières minutes.

Remarque : les convulsions fébriles peuvent aussi être de la fièvre avec une autre forme d'épilepsie.

Durée : les convulsions qui durent plus de 5 minutes sont difficiles à arrêter.

Une victime qui ne se réveille pas après que les convulsions semblent avoir cessé peut être encore en train de convulser. Des crises répétées sans réveil entre deux doivent donc être considérées comme une crise continue.

Envisager : Traumatisme, infection, intoxication ? Antécédents ?

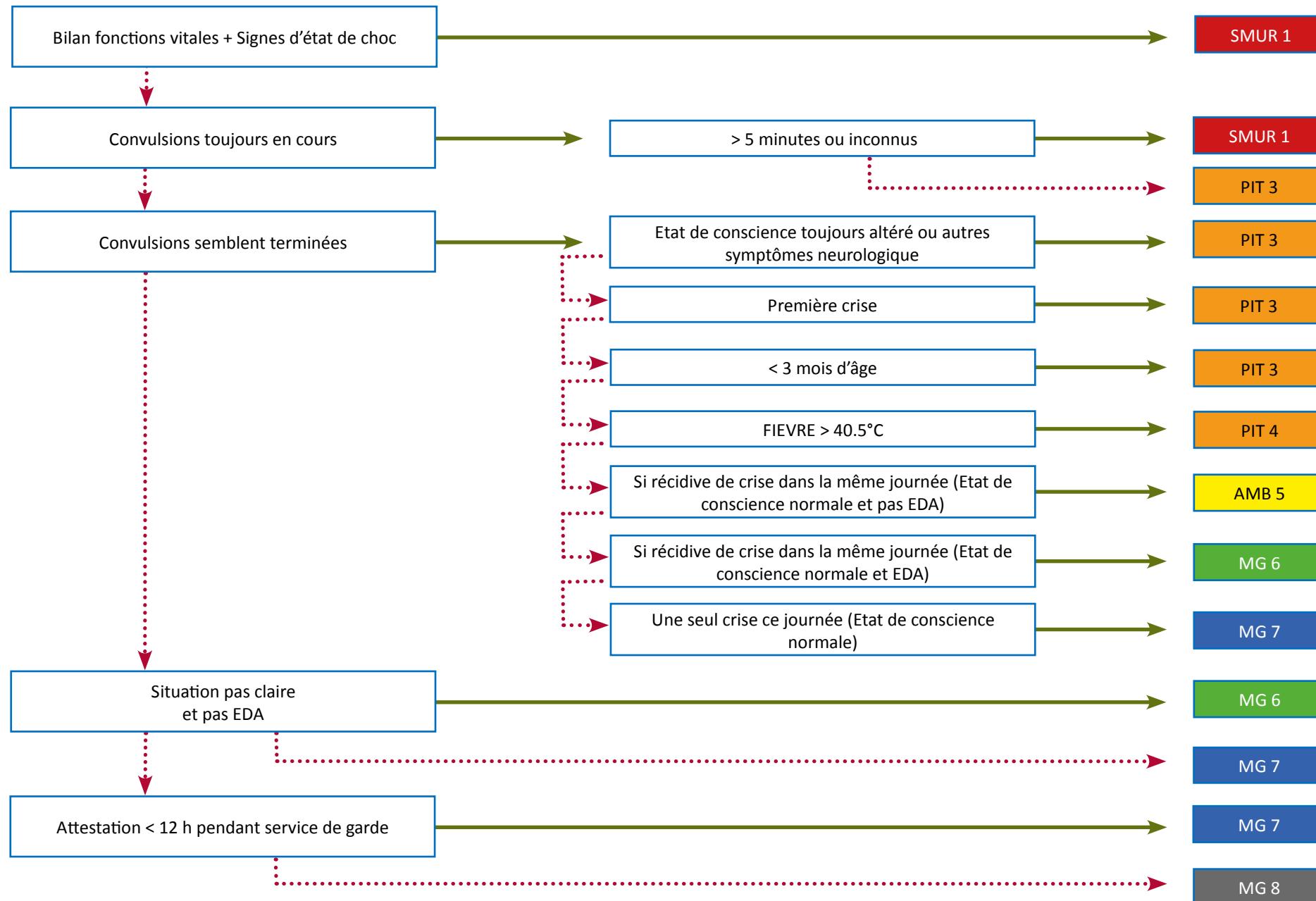
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Pendant les convulsions : créer un environnement sûr pour la victime + ne rien mettre entre les dents.
- Après une crise de convulsion, en postcritique, placer l'enfant inconscient en PLS avec les voies respiratoires libres – réévaluer la respiration toutes les minutes.
- Fièvre : pièce bien ventilée – déshabillage – linge humide – pas de bain tiède.
- Bien hydrater l'enfant conscient qui ne présente pas de signes de gravité (niveau 4).



035

CONVULSIONS HYPERTHERMIQUES ENFANT <7 ANS



036

COUP DE CHALEUR – INSOLATIONS

1. Mots-clés

Chaleur | Coup de soleil | Insolation | Coup de Chaleur | Exposition au soleil | Exercices Effort | Fièvre | Convulsions | Déshydratation | Crampes musculaires | Nausées | Évanouissement | Vomissements | Température

2. Information pour les opérateurs

- Vulnérable : bébé + enfant <7 ans ; personne âgée >75 ans ; maladie chronique.
- Peut-être grave et entraîner une fonte musculaire importante (rhabdomyolyse).
- Signes neurologiques : confusion – apathie – altération de la conscience ...
- Fièvre >38,5.

Si crise convulsive, voir aussi protocole "épilepsie".

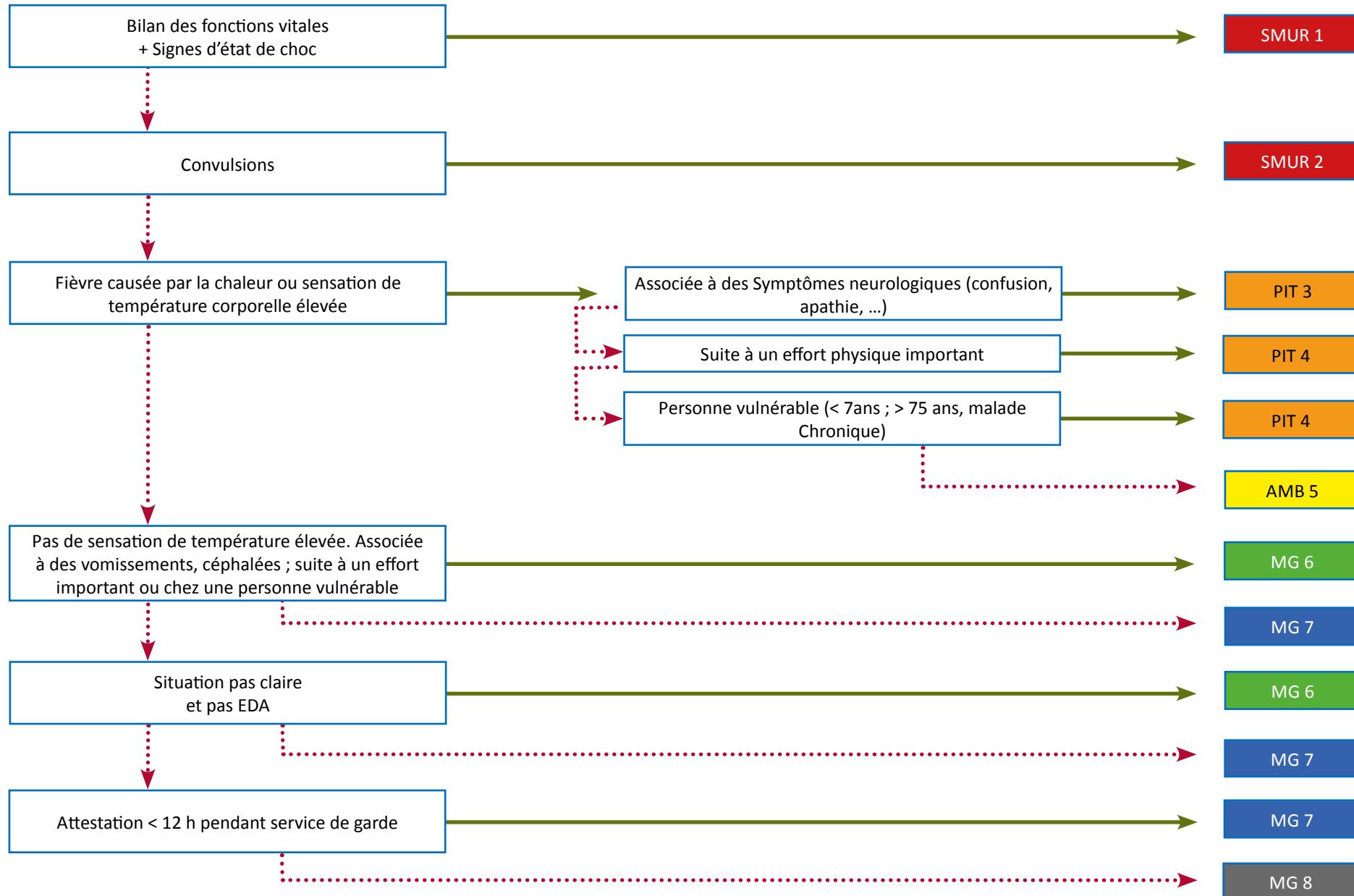
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Convulsions.
- Placer, si possible, la victime dans un lieu frais et ventilé. Si vous êtes à l'extérieur, essayez de trouver de l'ombre.
- Refroidir la victime en la découvrant de ses vêtements, si nécessaire. Placer des linges humides, ne pas éponger l'excédent d'eau.
- Si la victime est encore consciente, lui donner une boisson fraîche.
- Déconseiller l'immersion complète en eau froide (une chute brutale de la température corporelle n'est pas sans risque).



036

COUP DE CHALEUR – INSOLATIONS



009

DIABÈTE

1. Mots-clés

Diabète | problème de sucre | Hypoglycémie | Odeur d'acétone | Choc | Insuline | Glucose | Malaise | Pâleur | Agitation | Perte de conscience | Confusion | Agressivité | Sensation d'ivresse | Frissons | Transpiration | Glycémie | Hyperglycémie

2. Information pour les opérateurs

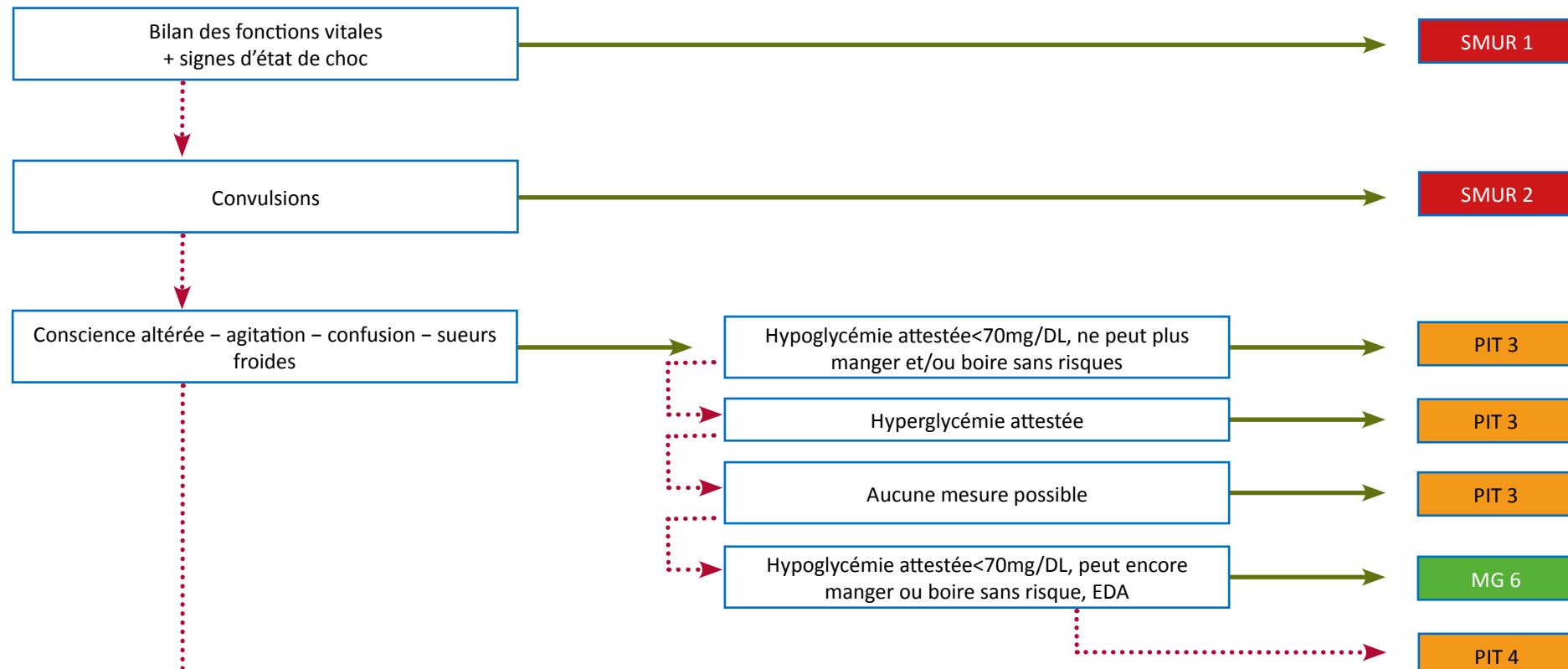
- La victime est-elle diabétique ?
- La victime prend de l'insuline ? (risque plus élevé d'hypoglycémie (valeur <70 mg% et plaintes)).
- Hyperglycémie avérée : par le soignant ou le patient/voisin qui connaît la valeur normale.
- La victime peut-elle encore manger et/ou boire ? Est-elle éveillée et consciente ? Il peut être utile d'avoir le patient au téléphone pour évaluer directement la gravité de la situation.
- Symptômes de manque de sucre : (sueurs, tremblements, faim, agitation, agressivité, impression d'intoxication, perte de conscience).
- Symptômes d'un excès de sucre : (groggy, soif, uriner beaucoup, douleurs abdominales, vomissements, troubles de la conscience et sueur moite).
- Attention peut être très similaire à AVC, trauma crânien, intox, ...

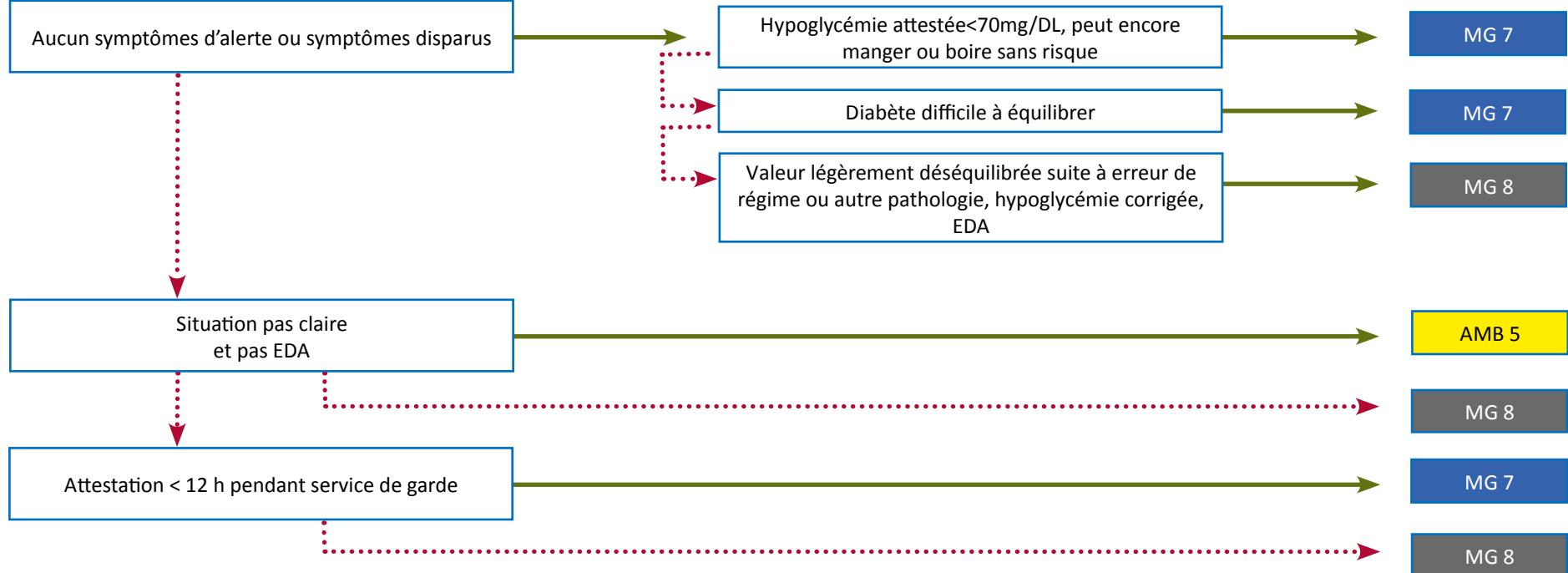
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Sécurité.
- Détermination de la glycémie uniquement par l'appelant qui connaît la technique.
- S'il est possible de manger ou de boire : de préférence un sucre à action rapide par voie orale (par exemple, un comprimé de dextrose...), l'état doit s'améliorer en peu de temps.
- **Si l'hypoglycémie est avérée et que quelqu'un à proximité a du glucagon et sait comment l'utiliser, celui-ci peut être utilisé.**
- En cas d'hypoglycémie lors de l'utilisation d'une pompe à insuline, fermer pompe.



009 DIABÈTE





010

DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE

1. Mots-clés

Essoufflement | Oppression | Asthme | Respiration sifflante | Halètement | Hémoptysie | Cyanose | Bleu et gris | Bronchite | Étouffement | Fausse déglutition | Faux croup | Hyperventilation | Difficulté à parler | Manque d'oxygène | Patient pulmonaire connu | Infection | Œdème pulmonaire | Corps étranger | Embolie pulmonaire | Respiration rapide | Fièvre | Saturation basse | Dyspnée | Pâleur

2. Information pour les opérateurs

- Attention aux patients agités : cela peut indiquer un manque d'oxygène !
- Pensez toujours à l'obstruction des voies respiratoires comme cause d'un essoufflement soudain (prenez une attention particulière à un patient (avec de la fièvre) qui est assis, qui bave, qui ne peut pas avaler, qui a une respiration bruyante, ...).
- Penser aux douleurs thoraciques.
- Hémoptysie = plus que des traces de sang (filets).
- Attention aux contextes particuliers :
 - Patient vulnérable =
 - <7 ans, >75 ans.
 - Chirurgie récente/intervention chirurgicale.
 - Maladie chronique.
 - Maladie pulmonaire connue = asthme, BPCO, emphysème, tuberculose, VIH, ...
- Ne pas écarter la possibilité d'une inhalation de produits ménagers ou industriels qui peuvent occasionner des gênes respiratoires.
- La **cyanose** = coloration bleue ou violette de la peau. Elle peut se manifester sur le bout des doigts, les lèvres, le visage et, dans les cas graves, toute la peau et les muqueuses peuvent prendre une couleur bleue. La coloration bleue est due à une décoloration du sang, qui est visible à travers la peau. Le sang frais avec l'oxygène lié aux pigments sanguins (hémoglobine) est transporté par les artères vers les organes. L'oxygène lui donne une couleur rouge clair. En cas de manque d'oxygène, le sang «consommé» a une couleur bleutée. Cela engendre une saturation réduite (donnée par le prestataire de soins) : <92% ou dans le cas de la BPCO – manque chronique connu d'oxygène <88%.

On observe souvent une pâleur au début et une cyanose par la suite.

- **Hyperventilation** = respiration (ventilation) excessive (hyper). Pendant l'hyperventilation, l'air est ventilé plus que nécessaire pour maintenir le taux de dioxyde de carbone dans le sang à un niveau normal. Cela fait baisser le niveau de CO₂ avec pour conséquence d'autres plaintes (par exemple, des picotements dans les membres...). L'hyperventilation peut être provoquée par le stress ou la panique, mais elle est aussi le signe de certaines maladies sous-jacentes.

Penser également au contexte [psychiatrique](#).

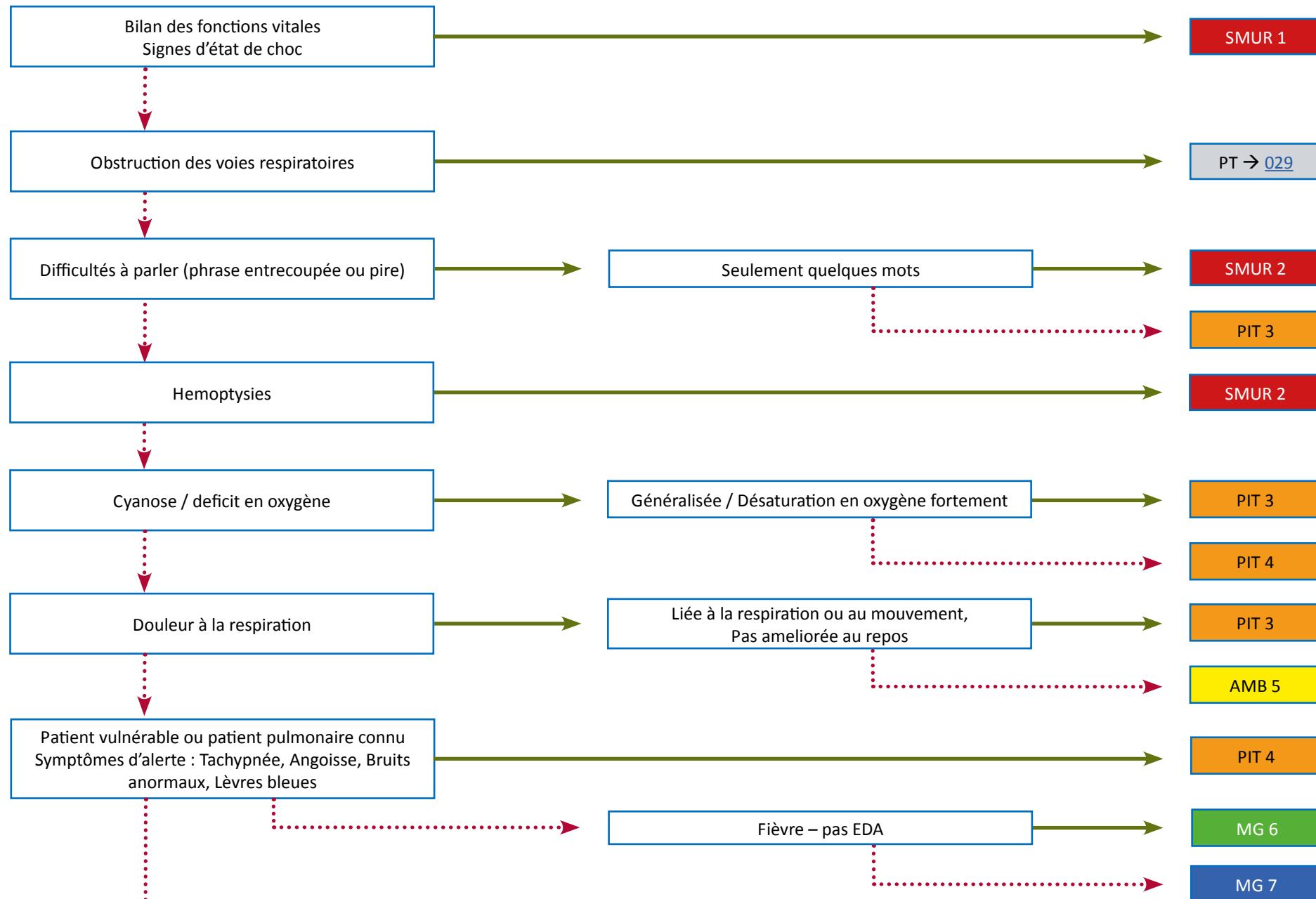
3. Instructions à l'appelant

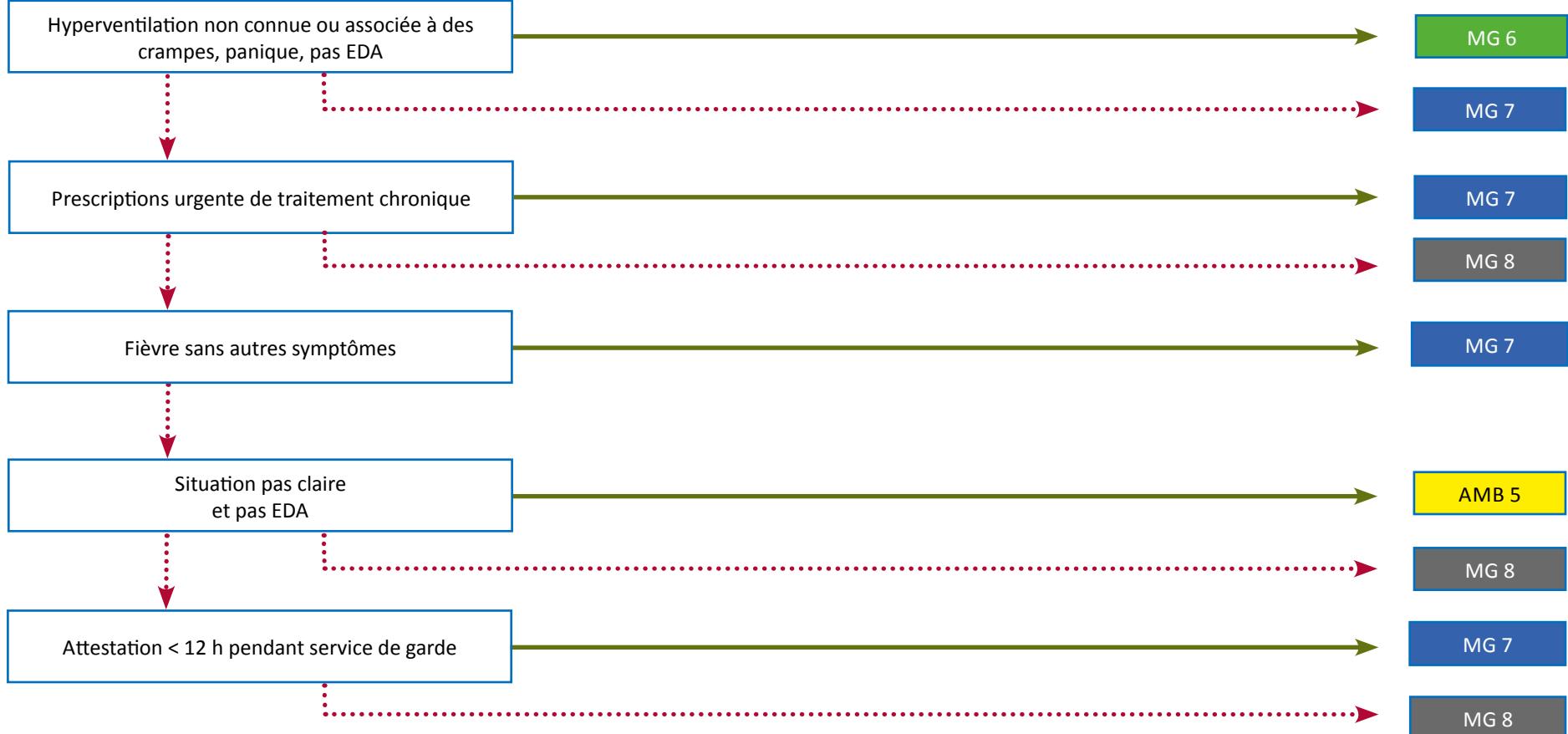
- PAI génériques.
- Repos absolu dans un environnement calme.
- Aération de la pièce.
- Position assise d'un patient conscient (voir PAI général).



010

DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE





012

DOULEUR ABDOMINALE NON TRAUMATIQUE

1. Mots-clés

Douleur abdominale | Douleur à l'estomac | Crampes abdominales | Coliques | Problèmes de vessie | Gastro-entérite | Appendicite | Ulcère de l'estomac | Douleur irradiant dans le dos | Enceinte | Anévrisme | Vomissements | Calcul rénal | Diarrhée | Absence de menstruation | Constipation | Absence de selles ou selles dures | Dissection | Intestin | Pancréatite | Rétention urinaire | Globe | Nausées

2. Information pour les opérateurs

- Ulcus = ulcère de l'estomac ; attention aux saignements.
- Rétention urinaire = impossibilité d'uriner.
- Toute femme est enceinte jusqu'à preuve du contraire.
- Facteurs de risque = antécédents d'anévrisme, de traumatisme ou de chirurgie.
 - Anévrisme de l'aorte / dissection = expansion de la paroi de l'artère principale avec en cas de dissection : saignement dans la paroi, dû à une déchirure – mettant rapidement en danger la vie (comme une déchirure ou l'organe (pas d'apport sanguin ; très douloureux).
- ! Antécédents de colique néphrétique, d'ulcère ou de pancréatite et symptômes maintenant très similaires.
- Localisation et type de plaintes (soudain, en crises, envie de bouger, agitation, ...) peuvent aider à mieux différencier. Colique = douleur intense ressemblant à une crampe (souvent par crises).
- Sonde = (tube gastrique, tube duodénal).

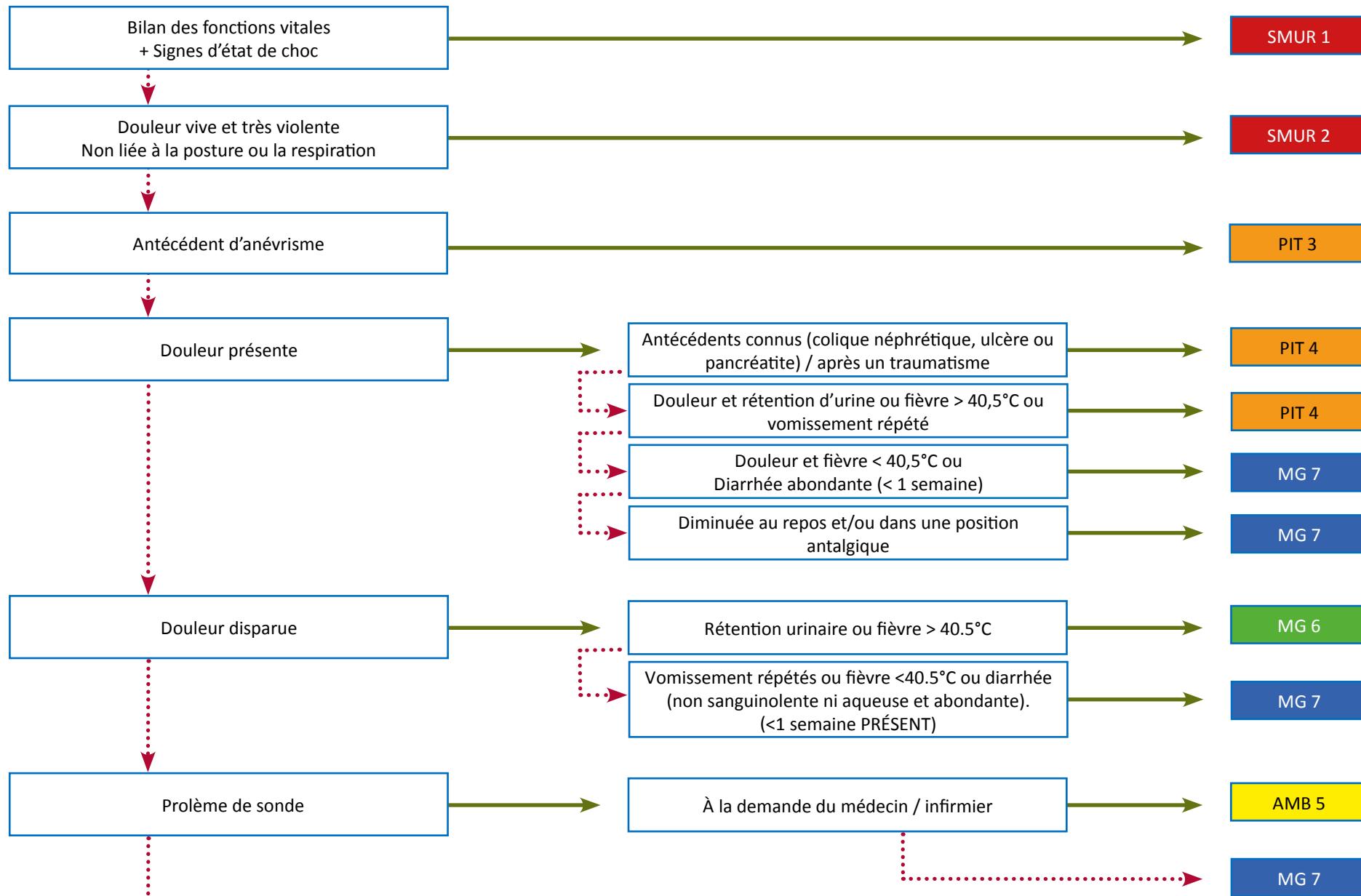
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Confort – éviter de manger et de boire – veiller aux voies respiratoires en cas de vomissement (éventuellement position latérale gauche).



012

DOULEUR ABDOMINALE NON TRAUMATIQUE





013

DOULEUR DORSALE NON TRAUMATIQUE

1. Mots-clés

Lumbago | Douleur au dos ou au cou | Hernie | Sciatique | Colique néphrétique | Calculs rénaux | Anévrisme | Femme enceinte | Hernie | Irradiation | Douleur jusqu'au pied | Rétention urinaire | Globe | Pancréatite | Vomissements | Picotements | Paresthésie | Parésie | Perte de force

2. Information pour les opérateurs

- Éventuellement aussi hernie, sciatique (à cause des irradiations), lumbago, ...
- Rétention urinaire = impossibilité d'uriner.
- Toute femme est enceinte jusqu'à ce que le contraire soit vrai.
- Facteurs de risque : antécédents d'anévrisme, de traumatisme ou de chirurgie.
 - Anévrisme aorte / dissection = dilatation de la paroi de l'artère principale avec dans le cas d'une dissection : saignement dans la paroi, dû à une déchirure – menace rapidement la vie (comme une déchirure) ou l'organe (pas d'apport sanguin. Très douloureux).
- La localisation et le type de la douleur (soudaine, par crises, envie de bouger, agitation, ...) peuvent aider à mieux la différencier.
- Colique = douleur intense ressemblant à une crampe (souvent par crises).

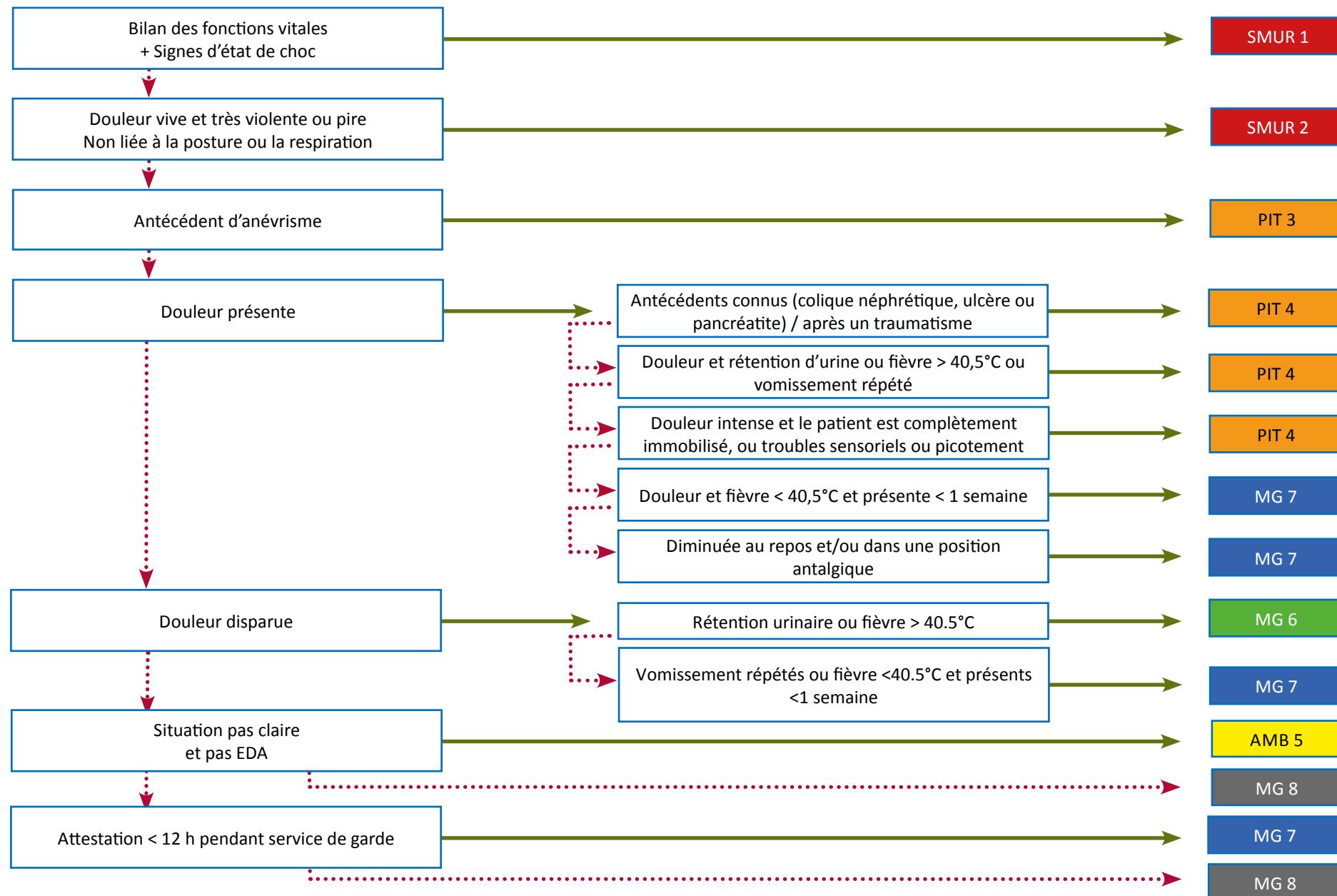
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Confort.



013

DOULEUR DORSALE NON TRAUMATIQUE



011

DOULEUR THORACIQUE

1. Mots-clés

Douleur thoracique | Pericardite | Myocardite | Douleur rétrosternale | Angor | Angine de poitrine | Sensation d'oppression | Irradiation dans les bras et/ou dans le cou et la mâchoire | Infarctus du myocarde | Crise cardiaque | Accident vasculaire cérébral | Attaque | Malaise | Palpitations | Infarctus aigu du myocarde | Syndrome coronarien aigu SCA | STEMI | Non-STEMI

2. Information pour les opérateurs

- Également appelée **douleur rétrosternale** (DRS), angor, angine de poitrine, infarctus, attaque, crise cardiaque, ...
- La douleur irradie-t-elle vers le bras gauche (typique, mais aussi parfois vers le bras droit, l'estomac, la mâchoire, le dos, ...) ?
- **Typique** : >35 ans, la douleur n'est pas liée au mouvement ou à la respiration, souvent irradiante ; ou également une douleur similaire à un incident cardiaque antérieur. Parfois accompagnée d'une nausée ; peut également être accompagnée de plaintes d'essoufflement, de transpiration, de vertiges. La douleur est parfois aussi décrite comme une sensation d'oppression ou d'écrasement.
- Antécédents cardiaques = infarctus, arythmie, chirurgie.
- Facteurs de risque = diabète, hypertension, tabagisme, hypercholestérolémie, antécédents familiaux.

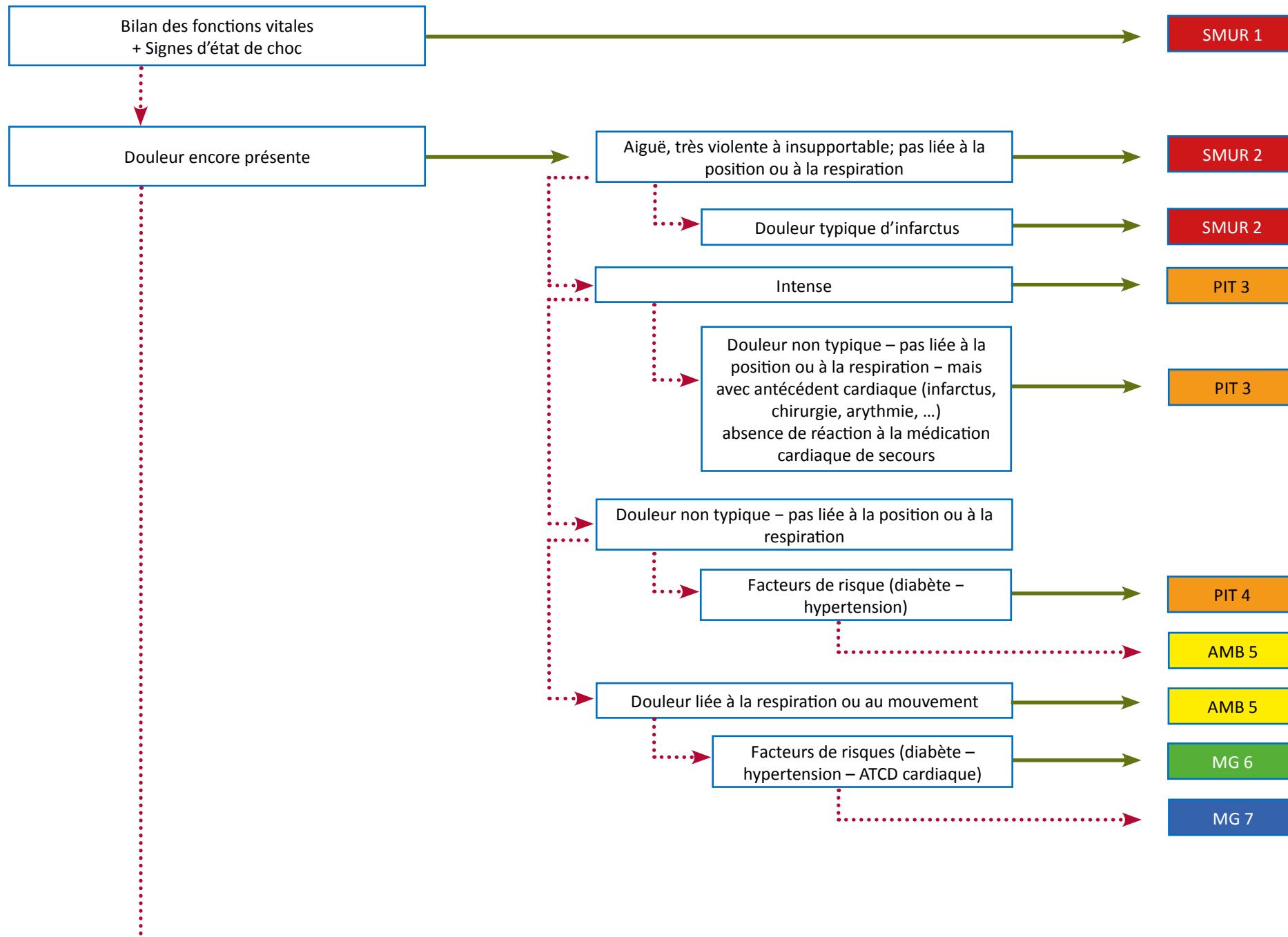
3. Instructions à l'appelant

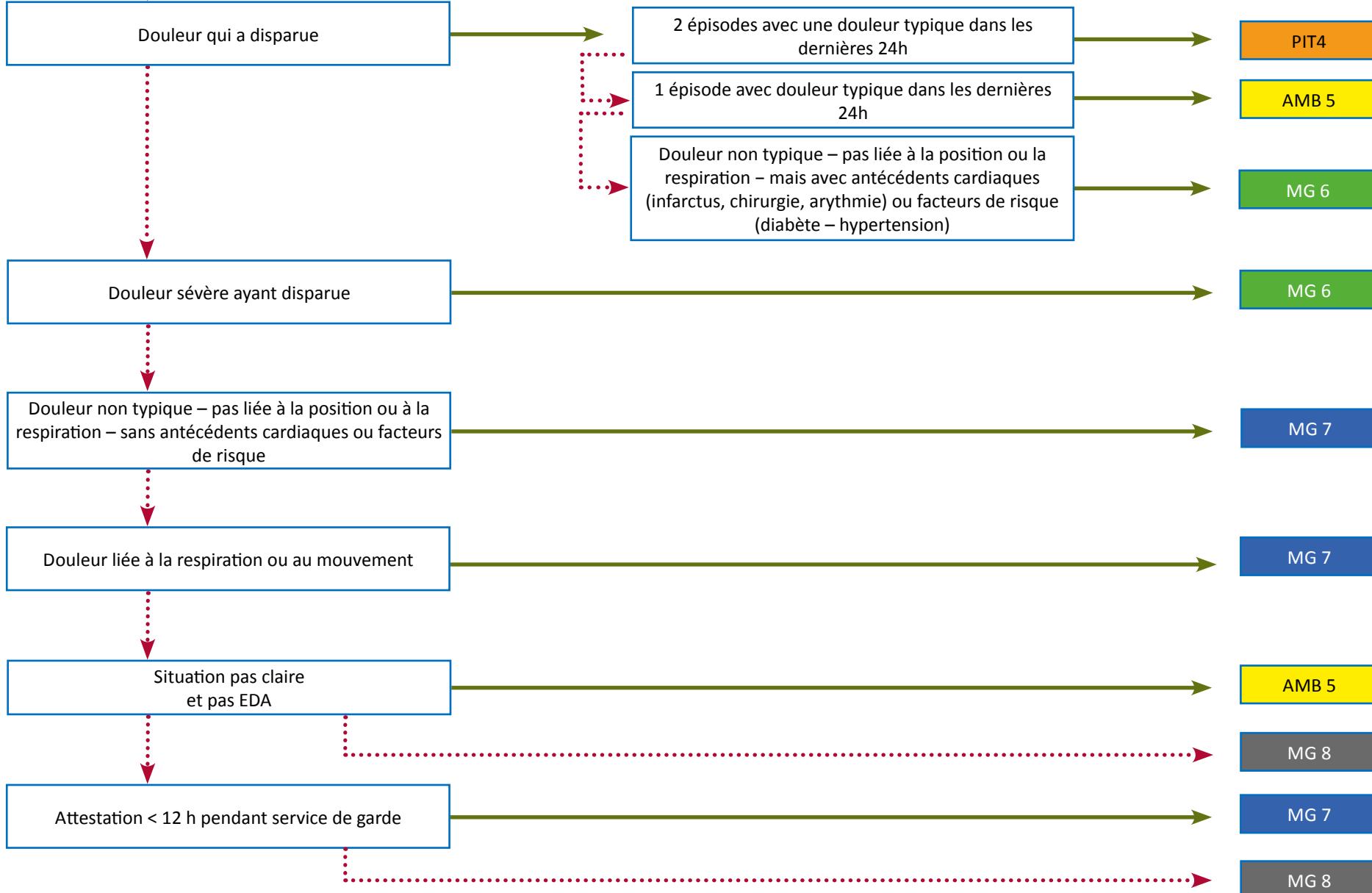
- PAI génériques.
- Repos.



011

DOULEUR THORACIQUE





014

ELECTROCUTION – ELECTRISATION

1. Mots-clés

Électrocution | Électrisation | Choc électrique | Flash | Foudre | Prise électrique | Cabine électrique | Accident du travail | Accident domestique | Brûlure | Court-circuit | Décharge électrique | Surtension | Volt | Basse tension | Haute tension | Batterie | Arc électrique | Taser | Courant | Courant continu | Courant alternatif

2. Information pour les opérateurs

- Voir aussi brûlures – traumatisme.
- Risque d'explosion ? Y a-t-il un risque d'explosion ?
- **Alarme D1 – D3** ? Y a-t-il encore un risque ?
- Si la source de courant est toujours présente, envoyer secours pompiers.
- S'agit-il d'un accident du travail ? Un lieu public ?
- Quelle tension ? (industriel >230-380v).
- Selon la situation, contacter les services appropriés (électricité, NMBS, de Lijn, TEC, SNCB, MIVB, ...).
- Compléter votre interrogatoire avec le protocole : brûlures.
- Circonstances et témoignages.
- Notion de point d'entrée et/ou de sortie.

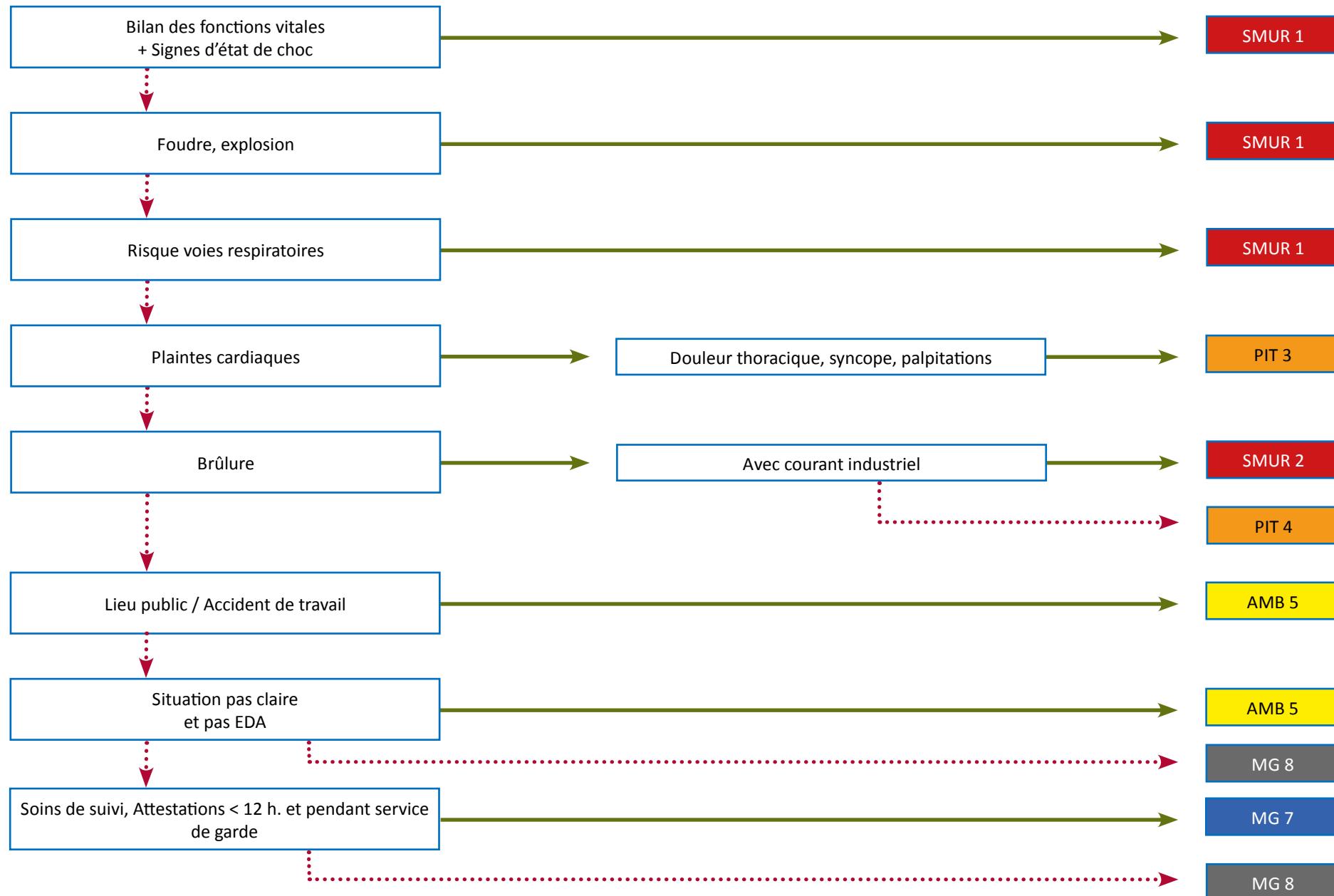
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Pas de geste de secours tant que le danger n'est pas écarté.
- Ecartez 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 PHONE CPR si nécessaire.
- Sécurité – mise hors tension ? (interrupteur, interrupteur principal) ; si ce n'est pas possible, retirez la source d'électricité à l'aide d'un objet long et sec en bois ou en plastique (pas de métal !).
- Brûlures : rincer immédiatement 20 minutes à 20° (distance de 20cm) – couvrir avec un linge sec – éviter le refroidissement du patient/hypothermie.



014

ELECTROCUTION – ELECTRISATION



071

ENFANT

< 15 ANS MALADE AVEC

DOULEUR ABDOMINALE

1. Mots-clés

Vomissements | Diarrhée | Incapacité de boire/manger | Incapacité d'uriner
| Douleur en urinant | Douleur abdominale | Déshydratation | Ne bouge pas beaucoup | Enfant | Inquiétude des parents | Inconsolable

2. Information pour les opérateurs

- L'enfant est <15 ans mais >3 mois.
- **Signes d'alarme du choc** : taches ; somnolence, mollesse, ne plus uriner, gémissements, pâleur ou rougeur, respiration rapide.
- Attention à la baisse de l'immunité/résistance.
- Toujours prendre au sérieux les parents inquiets.
- Antécédents complexes : par exemple, diabète, chirurgie abdominale, oncologie, ...
- Alimentation ou boisson insuffisante : environ <50% de la normale.
- Si fièvre : comment est-elle mesurée ? (en principe, on dit qu'il y a une fièvre >38,5°C).

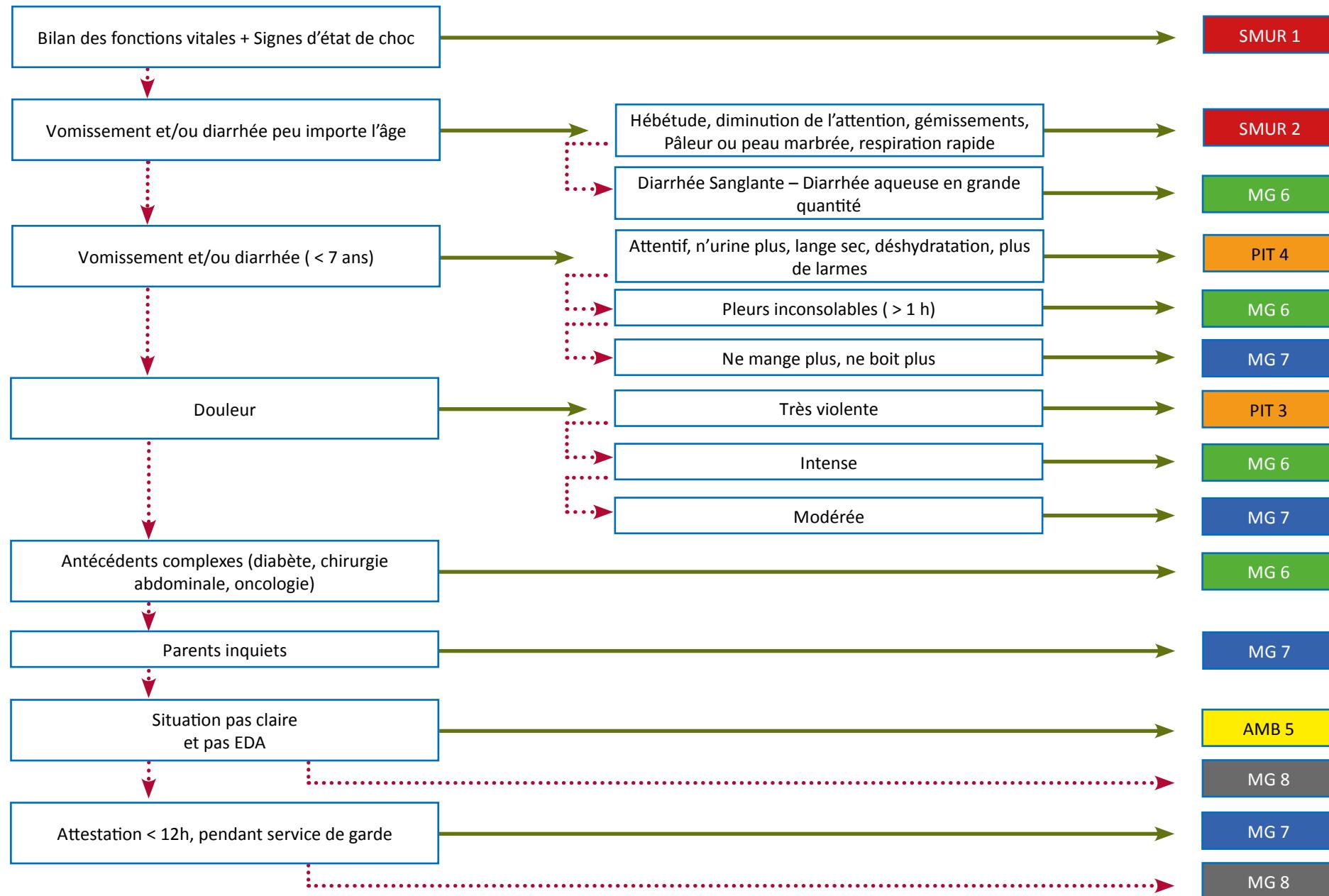
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Hémorragie, gestion.



071

ENFANT <15 ANS MALADE AVEC DOULEUR ABDOMINALE



072

ENFANT < 15 ANS MALADE AVEC FIEVRE

1. Mots-clés

Enfant | Fièvre | Rhume | Mal de gorge | Écoulement salivaire | Maux d'oreille | Écoulement nasal | Toux | Grippe | Infection | Malaise parental | Mal de gorge | Diminution de la résistance

2. Information pour les opérateurs

- L'enfant est <15 ans mais >3 mois.
- Signaux d'alarme choc : taches, somnolence, mollesse, ne plus uriner, gémissements, pâleur ou rougeur, respiration rapide.
- Prudence en cas de baisse de l'immunité/résistance : dysfonctionnement immunitaire avéré – chimiothérapie – radiothérapie – immunothérapie – après transplantation.
→ Remarque : ce n'est pas la même chose que «mon enfant a de nombreuses infections».
- Toujours prendre au sérieux les parents inquiets.
- Manger ou boire insuffisamment = environ <50 %.
- Voir aussi l'enfant qui a de la fièvre; comment la fièvre est-elle mesurée ? On parle généralement d'une fièvre de 38,5°C.

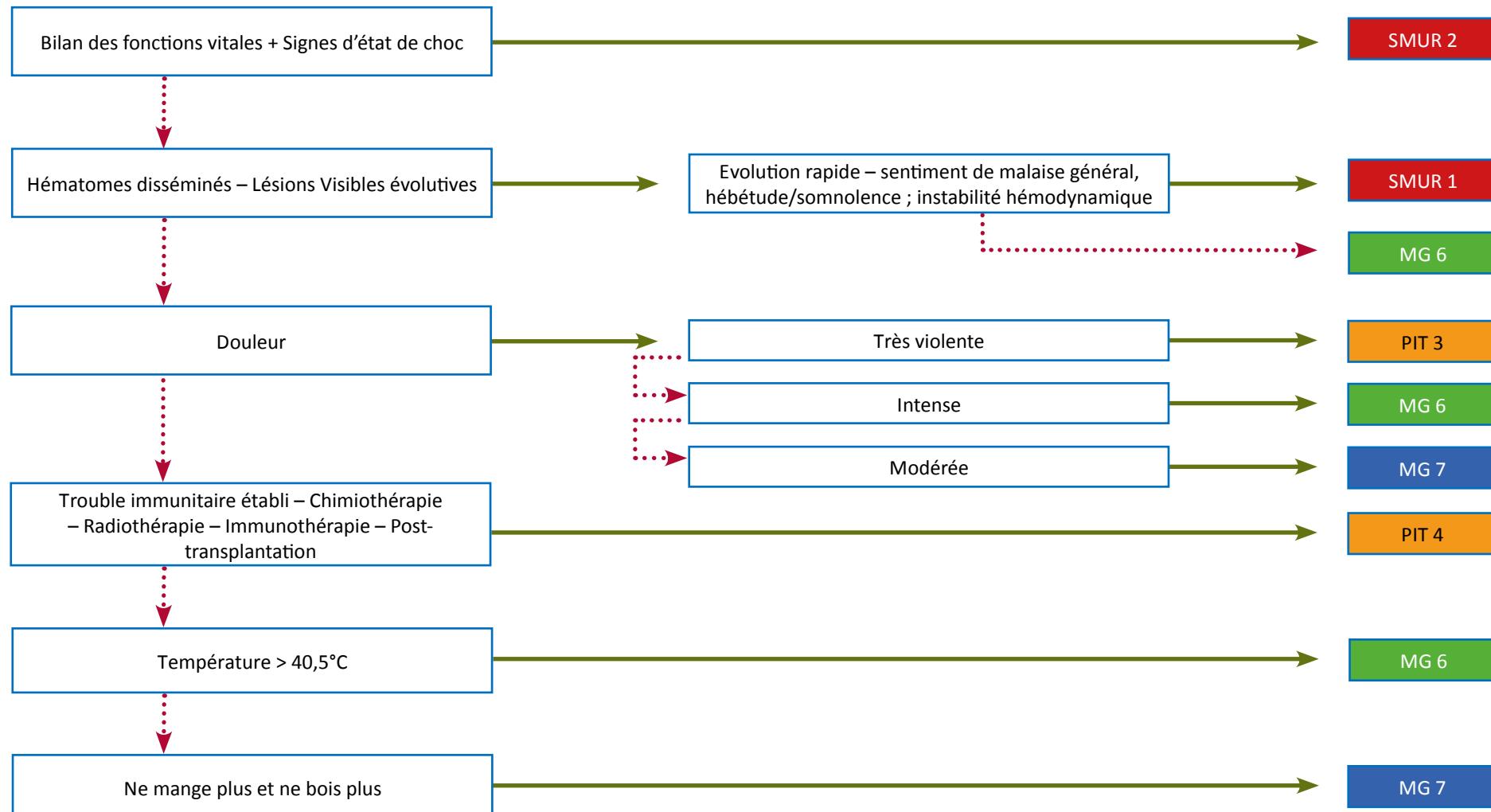
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Fièvre : endroit frais et ventilé – se déshabiller – éventuellement linge humide (pas de bain tiède).



072

ENFANT < 15 ANS MALADE AVEC FIEVRE





073

ENFANT < 15 ANS MALADE AVEC INFECTION RESPIRATOIRE**1. Mots-clés**

Enfant | Fièvre | Rhume | Difficulté de déglutition | Ecoulement salivaire | Maux d'oreille | Écoulement nasal | Toux | Grippe | Infection | Malaise des parents | Mal de gorge | Diminution de la résistance | Inflammation pulmonaire | Pneumonie

2. Information pour les opérateurs

- L'enfant est âgé de moins de 15 ans mais de plus de 3 mois.
- Comprend la grippe, le rhume, les problèmes de nez et de gorge (problèmes de déglutition, douleur de gorge, ...).
- Signes d'alarme du choc : taches ; somnolence, mollesse, ne plus uriner, gémissements, pâleur ou rougeur, respiration rapide, langes sèches et pouls très rapide.
- Toujours prendre au sérieux les parents inquiets.
- Note en cas de baisse de l'immunité/résistance : dysfonctionnement immunitaire avéré – chimiothérapie – radiothérapie – immunothérapie – après transplantation.
→ Remarque : ce n'est pas la même chose que : «mon enfant a de nombreuses infections».
- Voir aussi l'enfant qui a de la fièvre ; comment la fièvre est-elle mesurée ?
On parle généralement d'une fièvre de 38,5°C.
- Nourriture ou boisson = environ <50%.

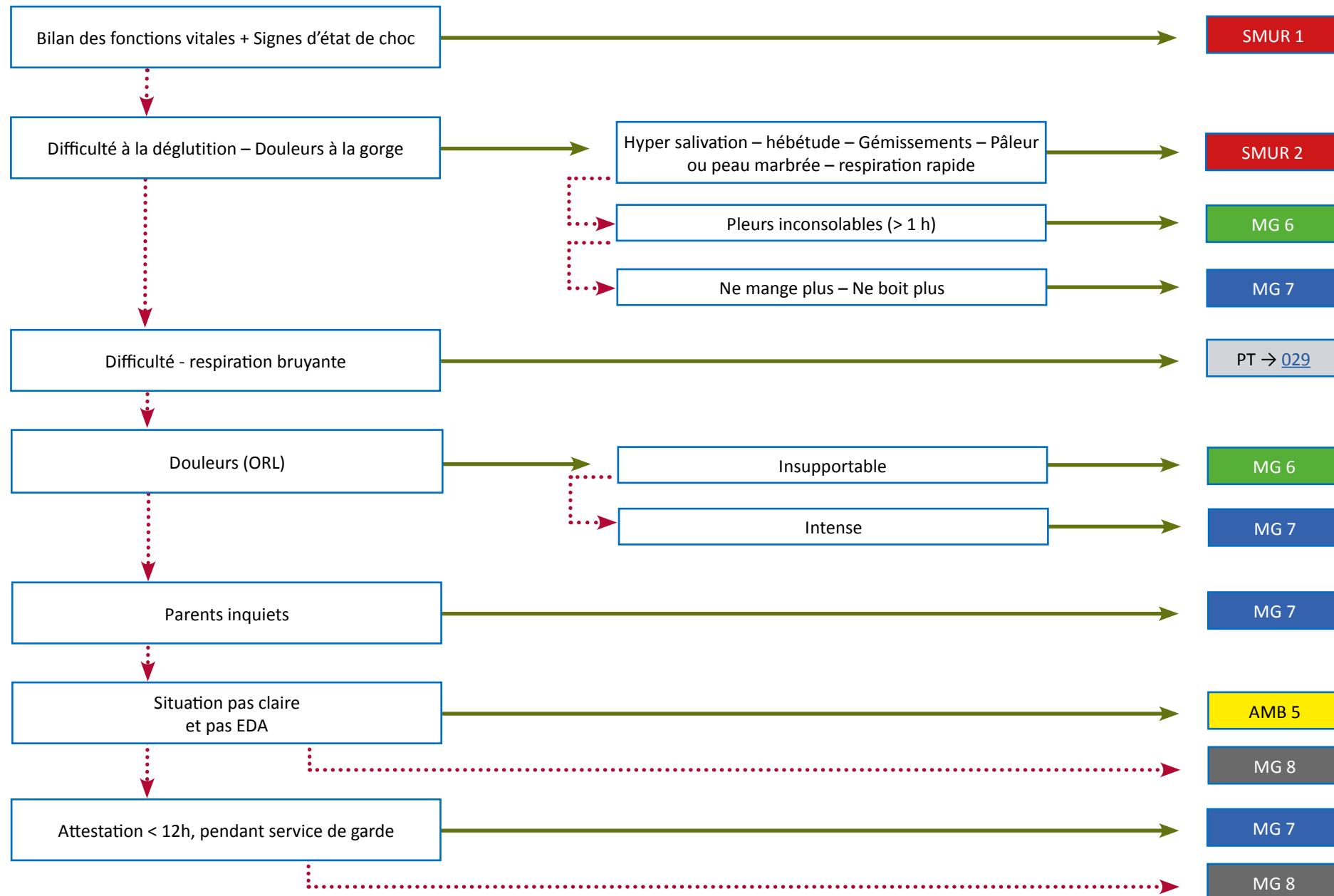
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.



073

ENFANT < 15 ANS MALADE AVEC INFECTION RESPIRATOIRE



015

EPILEPSIE – CONVULSIONS

1. Mots-clés

Convulsions | Spasmes | Epilepsie | Chocs | Mousse sur la bouche | Frappe avec les membres | Crampes | Mouvements involontaires | Mouvements anormaux | Epilepsie | Morsure de langue

2. Information pour les opérateurs

- Les convulsions sont des mouvements involontaires incontrôlables. Les convulsions qui durent plus de 5 minutes sont difficiles à arrêter !
- Les convulsions fébriles chez les jeunes enfants font l'objet d'un protocole distinct.
- Un patient qui ne se réveille pas alors que les convulsions semblent terminées peut être encore en train de convulser. Les crises répétées sans réveil « normal » entre deux doivent donc être considérées comme des crises persistantes.
- Les convulsions peuvent être un premier signe d'arrêt cardiaque ; vérifiez toujours les signes vitaux lorsqu'une personne reste inconsciente après une crise.
- Y a-t-il un problème sous-jacent possible : (traumatisme, infection, intoxication, AVC, antécédents, traitements...) ?
- Quels sont les antécédents de la victime ? Prend-il/elle des médicaments contre les convulsions ?
Contexte important: traumatisme, infection, intoxication, AVC, antécédents, traitements, ...
- 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.

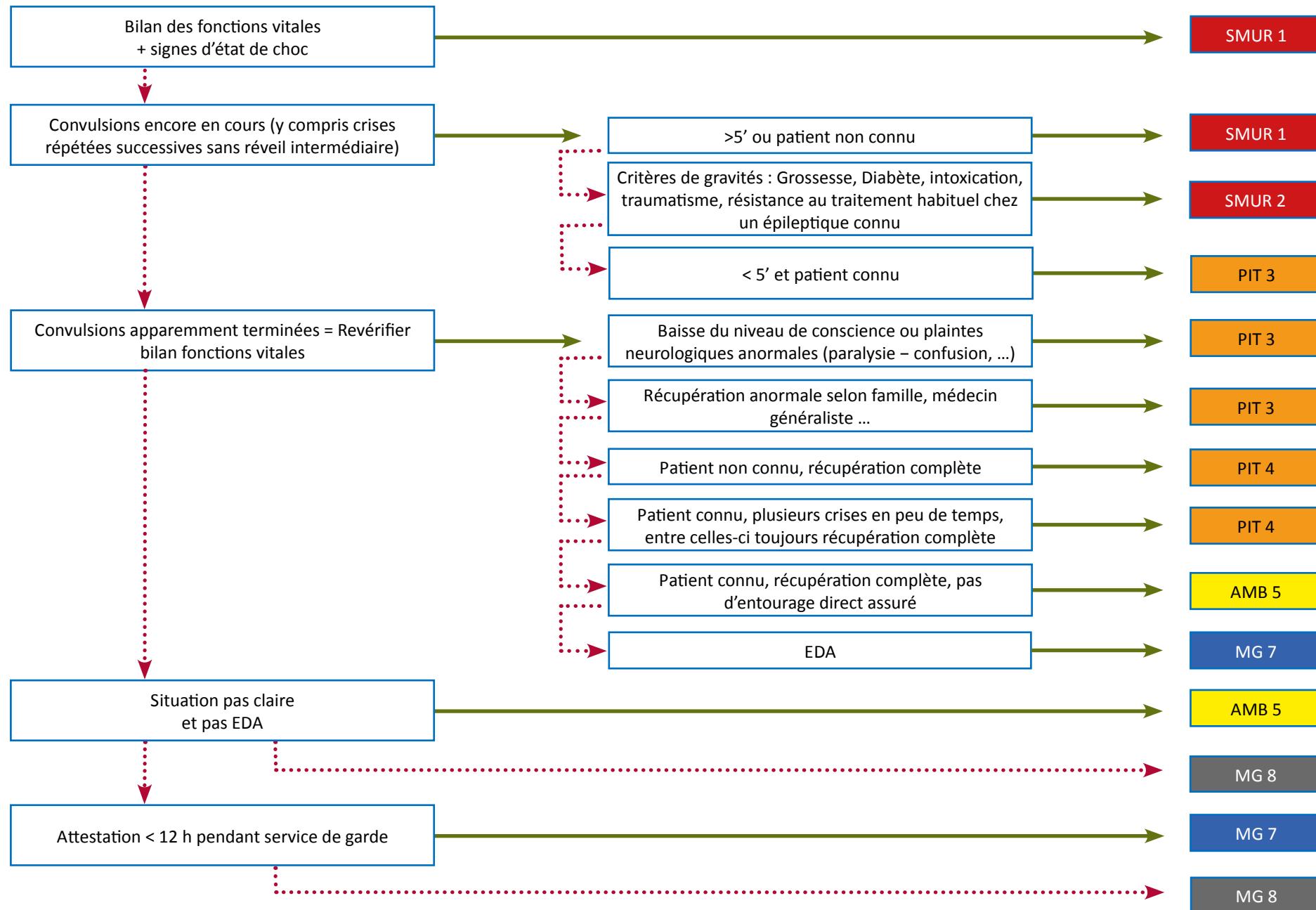
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Pendant les convulsions : créez un environnement sûr pour la victime : Ne pas tenter d'empêcher les mouvements – ne rien mettre dans la bouche. Ecartez tout danger potentiel (meuble).
- Après une crise de convulsion : surveiller la respiration et la réévaluer si nécessaire (VES) - placer la victime en PLS avec les voies respiratoires libres + ne rien mettre entre les dents.
- Rassurer l'appelant, expliquer la lenteur éventuelle du réveil.



015

ÉPILEPSIE – CONVULSIONS



016

GROSSESSE – ACCOUCHEMENT

1. Mots-clés

Enceinte | Fausse couche | Perte d'eau | Crampes | Contractions |
 Avortement | Abdomen dur | Naissance | Nouveau-né | Bébé |
 Accouchement | Perte de sang par voie vaginale | Grossesse | Perte de liquide
 par voie vaginale | Douleur abdominale | Parturiente | Poussée |
 Sage-femme | Liquide amniotique | Prématûré | Hypertension | Hypertension
 artérielle | Embolie pulmonaire | Eclampsie | Pré-éclampsie

2. Information pour les opérateurs

- Essayez de déterminer : la date prévue de la naissance (combien de semaines de grossesse ? Naissances multiples ? Suivi de l'hôpital ?).
 - Une grossesse normale dure environ 40 semaines ; on parle de prématûrité si la durée est <34 semaines (risque plus élevé de parcours difficile juste après la naissance).
- Veuillez noter si la mère est connue pour atcd d'hypertension, de diabète.
- Un premier accouchement prend généralement beaucoup de temps, mais à partir du deuxième, les choses peuvent aller vite.
- Y a-t-il une sage-femme ou un médecin sur place ?
- Si une sagefemme est présente avec vous, alors est-il possible d'emmener une sage-femme avec vous ?
- Vérifier le score de MALINAS (+ donner des informations au SMUR) : <5 transport sûr possible ; >5 Accouchement imminent, surtout s'il y a aussi une envie de pousser.

Score	0	1	2
Nombre d'accouchements	1	2	3 ou plus
Durée du travail	< 3 h	3-5 heures	> 5 heures
Durée des contractions	< 1 min	1 min	> 1min
Intervalle entre les contractions	> 5 min	3-5 min	< 3 min
Perte des eaux	Non	Récemment	< 1 heure

3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Convulsions.

Accouchement en cours, maman :

- Placez la mère sur un lit, le bassin près du bord, deux oreillers sous les fesses.
- Demandez-lui de saisir l'arrière de ses cuisses et de tirer (mouvement de rame), puis de pousser pendant les contractions.
- Pour un accouchement par le siège, conseillez de ne pas toucher le bébé avant la fin de l'accouchement (risque de déclencher prématûrement la respiration).

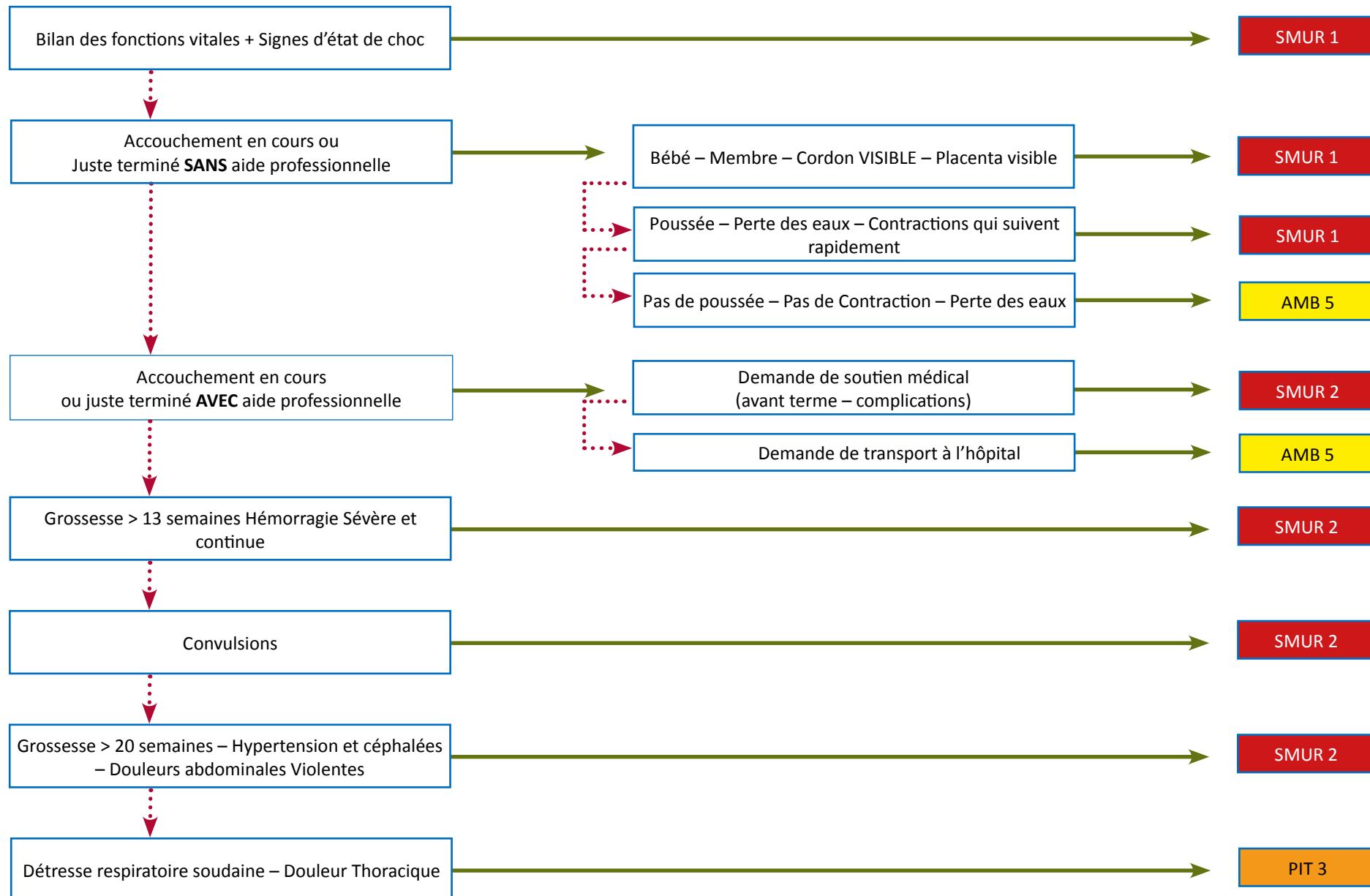
Nouveau-né : si possible, réchauffez la pièce.

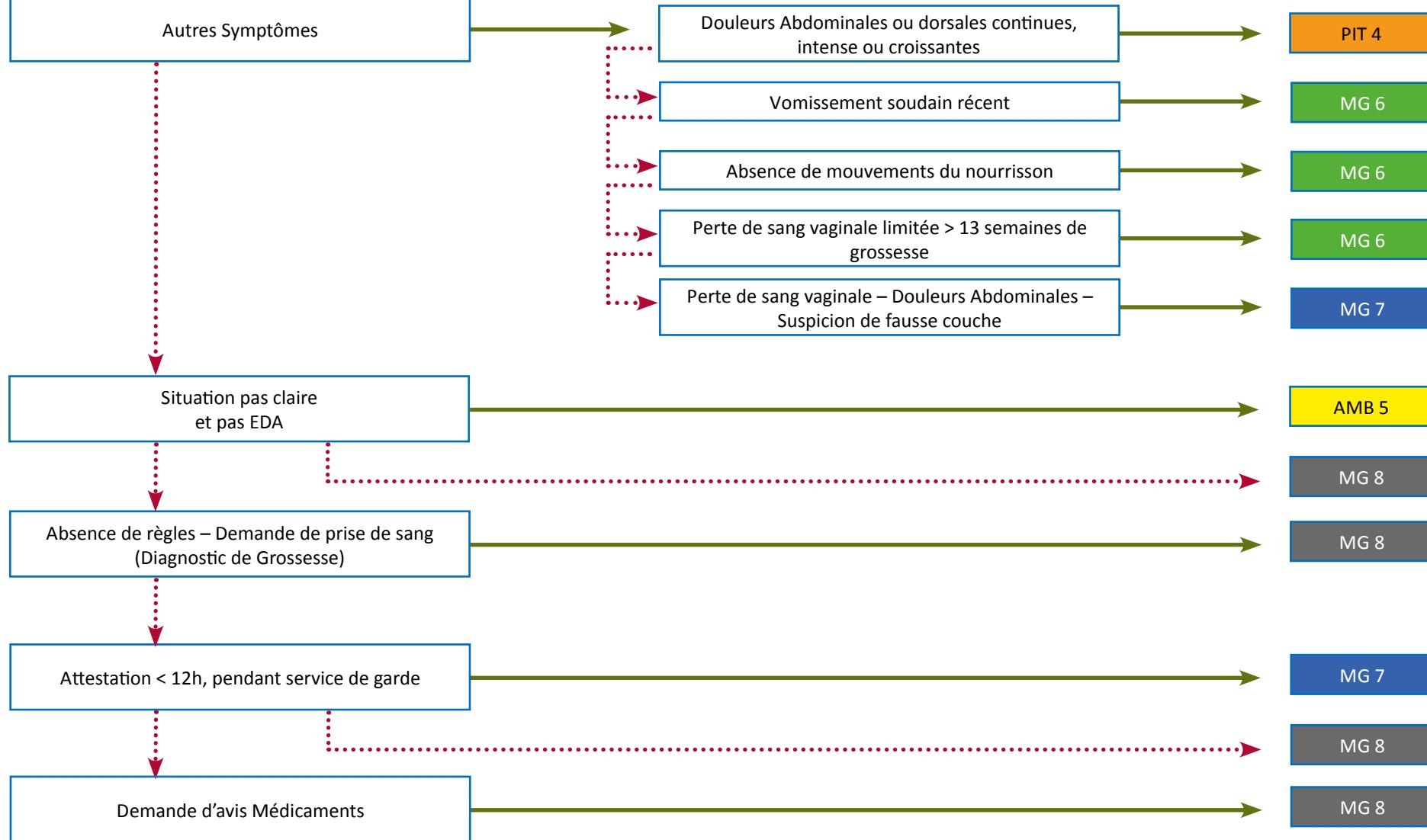
- Sécher immédiatement (ne pas oublier la tête) – couvrir et recouvrir la tête avec un bonnet ou une serviette.
- S'il est stable, l'enfant peut être placé sur le ventre de la mère dans un linge propre et sec ; le cordon ombilical peut rester en place.
- Assurez-vous que les voies respiratoires sont libres (note : nettoyage superficiel de la bouche seulement, avec un mouchoir en papier).
- S'il est mou – pas de réponse – mauvaise couleur – pas de respiration : commencer la RCP.



016

GROSSESSE – ACCOUCHEMENT





017

HEMORRAGIE NON TRAUMATIQUE

1. Mots-clés

Hémorragie | Perte de sang | Hémorragie vaginale | Selles rouges | Selles noires | Hémorragie anale | Hématémèse | Crachats de sang | Vomissement de sang | Saignement de nez | Sang | Présence de sang dans les urines | Épistaxis | Méléna | Hémoptysie

2. Information pour les opérateurs

- Non contrôlée = écoulement persistant malgré la pression direct et/ou d'autres mesures (considérez le scoop & run).
- Melena = selles noires, collantes, ressemblant à du goudron, avec une odeur caractéristique. Elle provient d'un saignement dans l'œsophage, l'estomac ou l'intestin grêle.
- Anticoagulants : anticoagulants, tous les médicaments anticoagulants, y compris coumarin, eliquis, pradaxa, clexane... L'aspirine a également un effet sur la coagulation du sang mais n'est pas incluse ici.
- Hémoptysie = plus qu'une trace sur le mouchoir.
- Les traces de sang sur le papier toilette, les slips ou les culottes peuvent se rendre chez le médecin, niveau 8.
- Attention à l'expression «arrêt de l'hémorragie» en cas d'hémorragie digestive (gastro-intestinale).
- L'hypertension artérielle est une information qui provient d'un professionnel de la santé ou de la victime dans la mesure où cette dernière connaît sa tension artérielle normale et peut établir qu'elle est actuellement nettement élevée.
- Hémoptysie : Sang qui vient des voies respiratoires

3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Sécurité.
- Position assise en cas de vomissement, allongé sur le dos avec les jambes surrélevées (jambes plus hautes que la tête) en cas de choc.
- Saignement accessible : position haute – pression directe (insérer un linge propre) – garrot.
- En cas de blessure : couvrez la plaie, arrêtez le saignement.
- En cas d'amputation : placer le membre dans un sac ; placer le sac dans un second sac contenant de la glace et/ou de l'eau froide.
- Epistaxis : s'asseoir, comprimer les narines, tête en avant, ne pas se moucher.

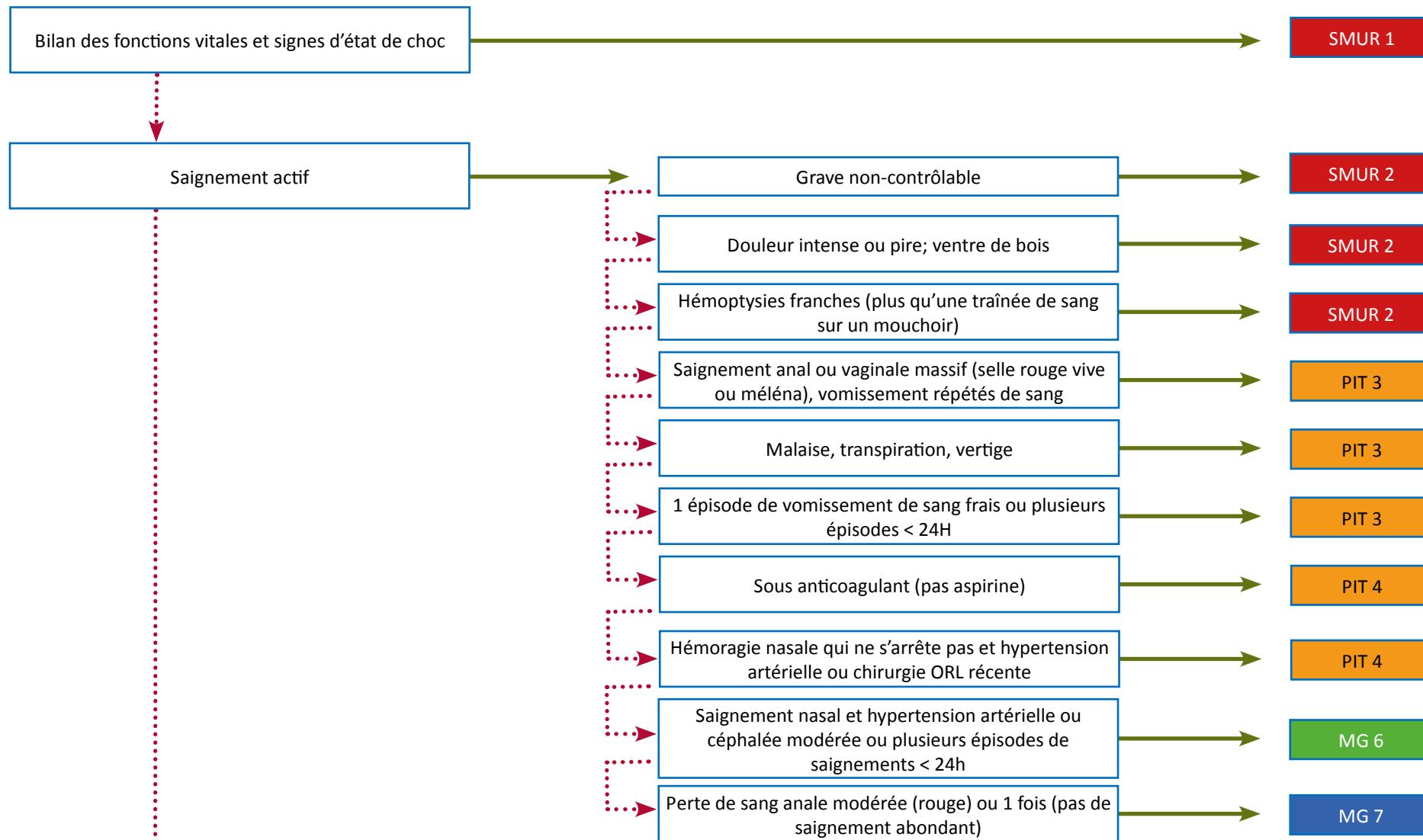
Déclencher un “scoop and run” en cas d'hémorragie incontrôlable et d'indisponibilité du SMUR.

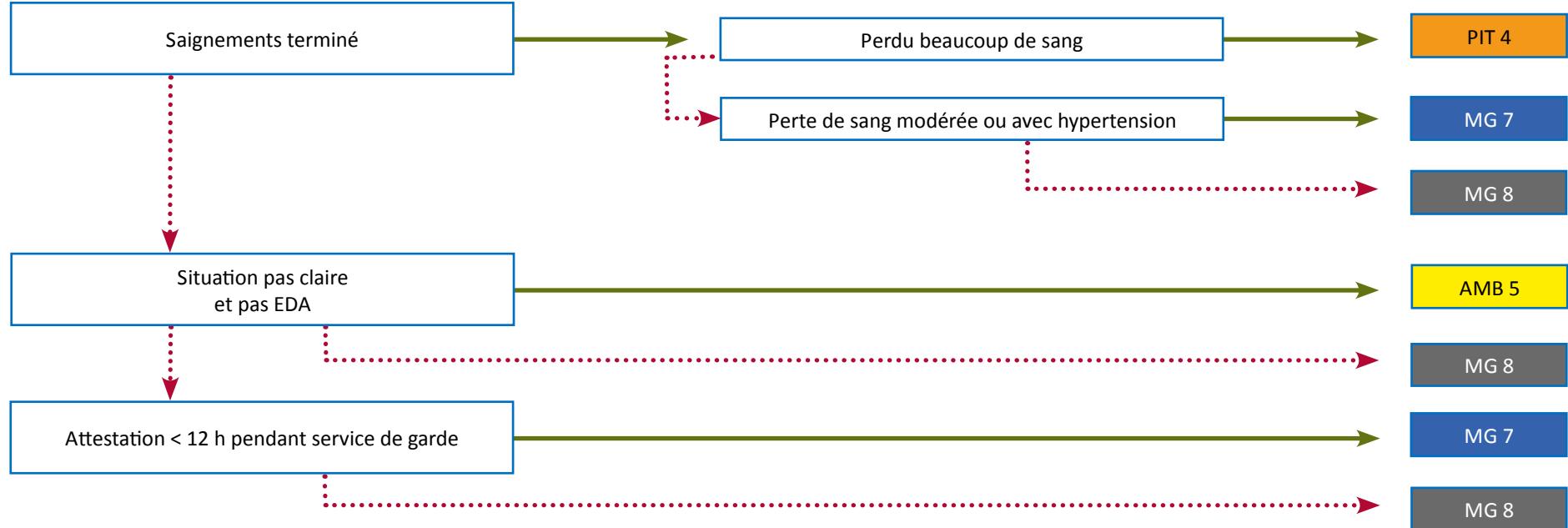
Prévenir l'hôpital d'accueil de l'arrivée de l'ambulance non médicalisée.



017

HEMORRAGIE NON TRAUMATIQUE





018

IMMOBILISATION

PROLONGÉE – COMPRESSION DU CORPS ET MEMBRES

1. Mots-clés

Incarcéré | Personne coincée | Personne allongée sur le sol | Ecrasé | Ensevelissement | Accident | Effondrement d'un bâtiment | Bâtiment | Au sol | Enfermement | Coincée sous un train | Hypothermie | Escarres | Piégé | Tombé | Froid | Hypothermie

2. Information pour les opérateurs

- !! Différence incarcéré/ coincé
- Coincé : qu'est-ce que le contexte ? Physique ou technique ? Si physique : comment et avec quelles parties du corps ?
- Lorsque la victime a déjà été libérée, utiliser le protocole «trauma».
- Rester allongé sur le sol pendant plus de 4 heures peut provoquer des escarres, une dégradation musculaire, une hypothermie, ...
- Hypothermie <34° : peut survenir avant 4 heures.
- Y a-t-il un besoin D1 et/ou D3 (aide en personnel, sécurité, accès à la victime) ?

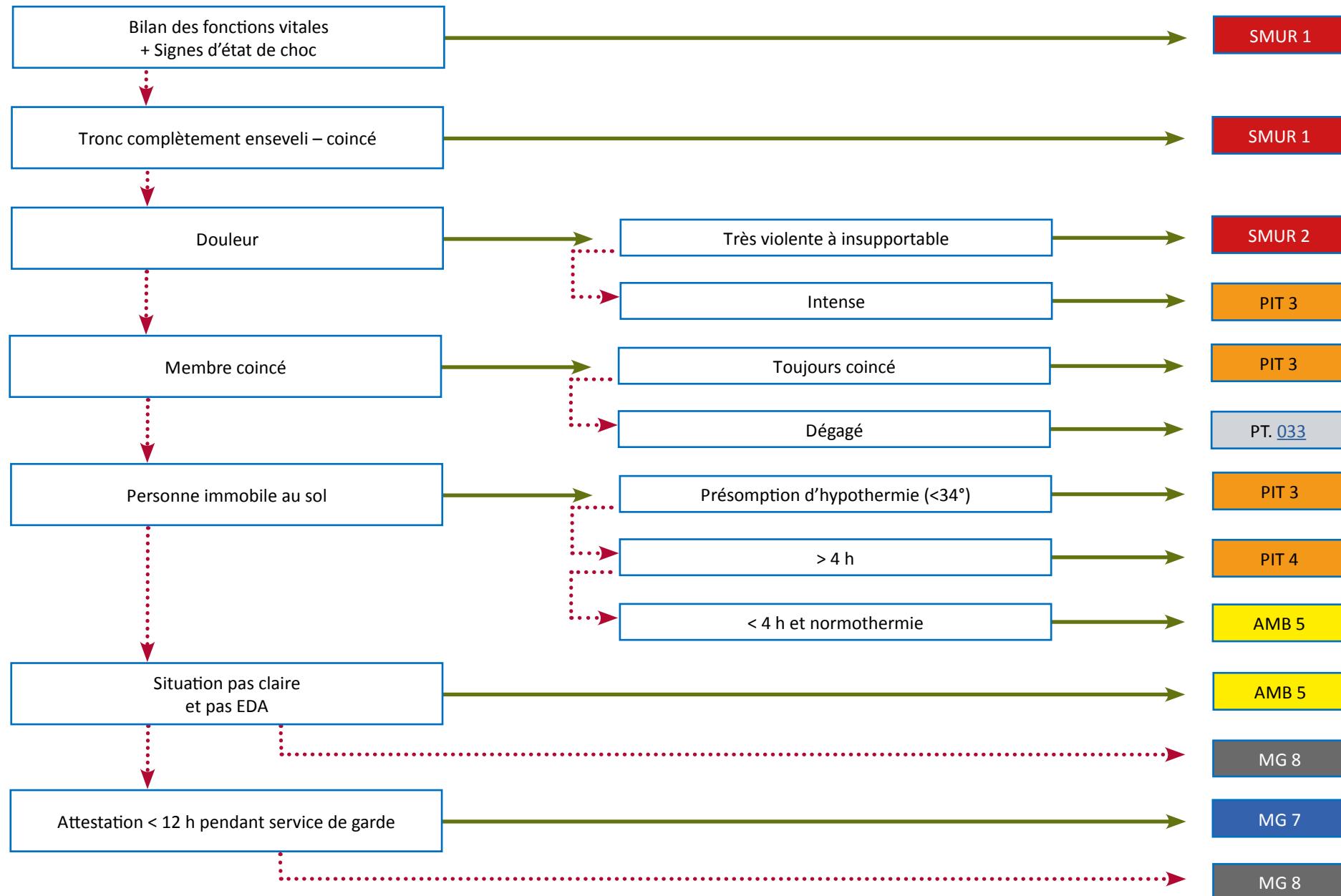
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Le sauvetage d'urgence :
 - S'il s'agit d'une machine : coupez l'alimentation ou le moteur si possible.
 - Pas de libération s'il n'y a pas de danger imminent.
 - Si la victime doit être secourue, faites-le avec précaution et avec le moins de manipulation possible.
- Ne pas retirer l'objet pénétrant – arrêter le saignement – couvrir les plaies avec un tissu sec.
- 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.



018

IMMOBILISATION PROLONGÉE – COMPRESSION DU CORPS ET MEMBRES



024

INTOXICATION AU CO

1. Mots-clés

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

2. Information pour les opérateurs

- Indicateurs qui confirment une intoxication au CO :
 - L'environnement du patient et les circonstances font penser à une intoxication (avoir des nausées dans un local où il y a une source de CO (chauffe-eau au gaz, salle de bains, poêle à charbon, feu ouvert, moteur qui tourne, ...)).
 - Patient présent dans un incendie – l'animal domestique est également touché (chat, canari, ...).
 - Plusieurs victimes ont des nausées dans la même maison ou la même pièce.
 - Victimes dans un véhicule dont le moteur tourne.
 - Chez le nourrisson : pleurs, pâleur, vomissements, somnolence.
- Toute personne présente dans un local où la présence de CO est mesurée est potentiellement intoxiquée jusqu'à preuve du contraire.
- Si le transfert vers le caisson hyperbare est envisagé, proposer une mise en conférence entre le CU112, le SMUR et le médecin du centre hyperbare.
L'utilité éventuelle de l'oxygénothérapie hyperbare (caisson) est une décision du médecin.

Pour faciliter la prise de décision, l'opérateur peut informer, grâce au système de géolocalisation, 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.
- Différencier l'intoxication au CO d'autres causes.
- Vulnérable = (<14 ans, >75 ans, enceinte).
- Alarme D1 – D3 ?** La sécurité des secouristes est-elle assurée ? Y a-t-il plusieurs victimes ?

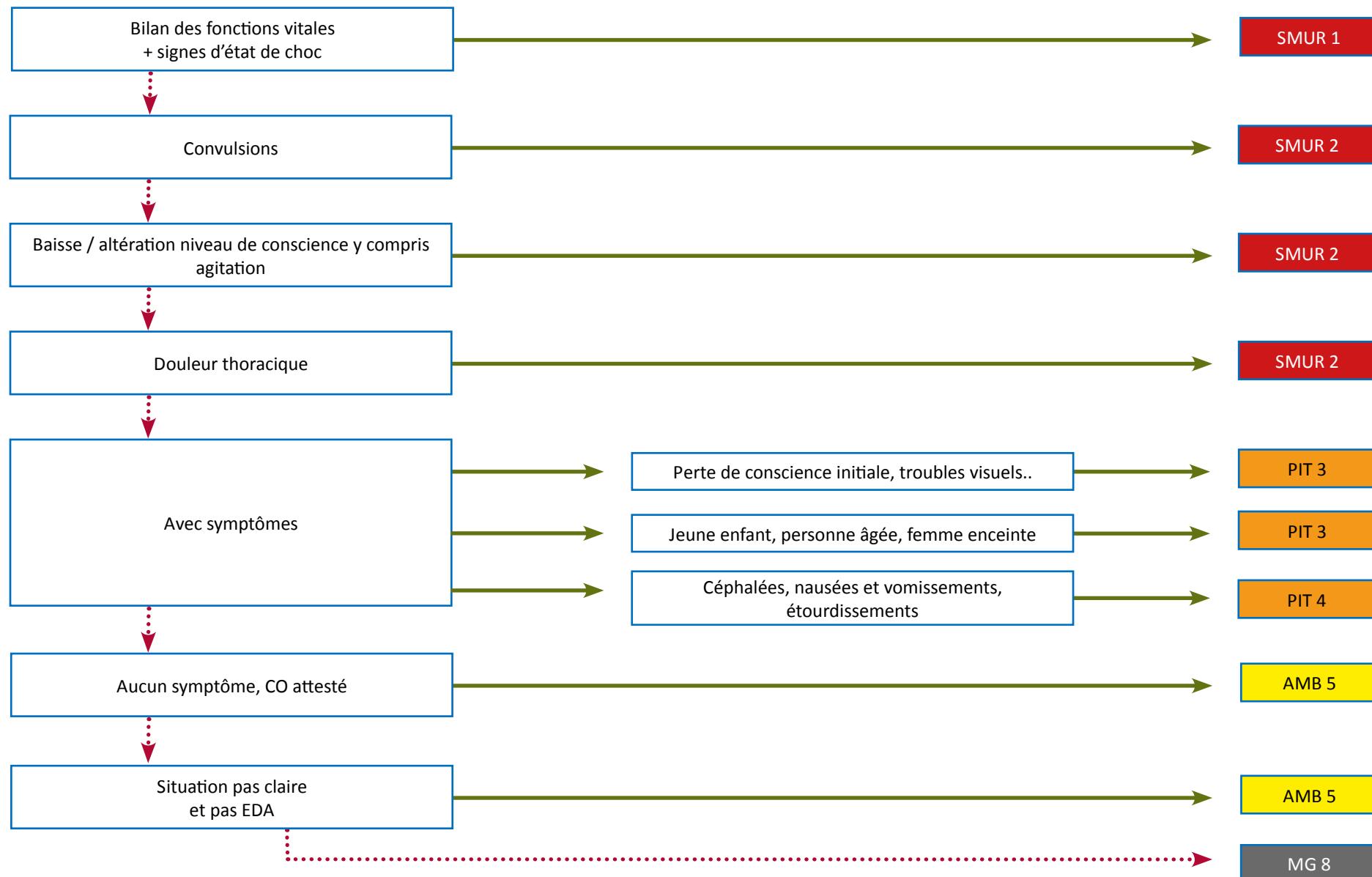
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Veiller à sa propre sécurité !!!
- 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.
- PHONE CPR si besoin.
- PAI convulsions : protéger la victime + après la crise, s'allonger sur le côté gauche tant que les voies respiratoires sont libres et réévaluer la respiration toutes les minutes ; ne rien mettre entre les dents !



024

INTOXICATION AU CO



DANGER PERSISTANT D1, ENVISAGER NECESSITE DE CAISSON, VICTIMES MULTIPLES ? PIM

020

INTOXICATION ÉTHYLIQUE

1. Mots-clés

Alcool | Intoxication | Bière | Nausées | Vomissements | Ivresse | Ethyle | Saoul | Alcool fort | Tituber

2. Information pour les opérateurs

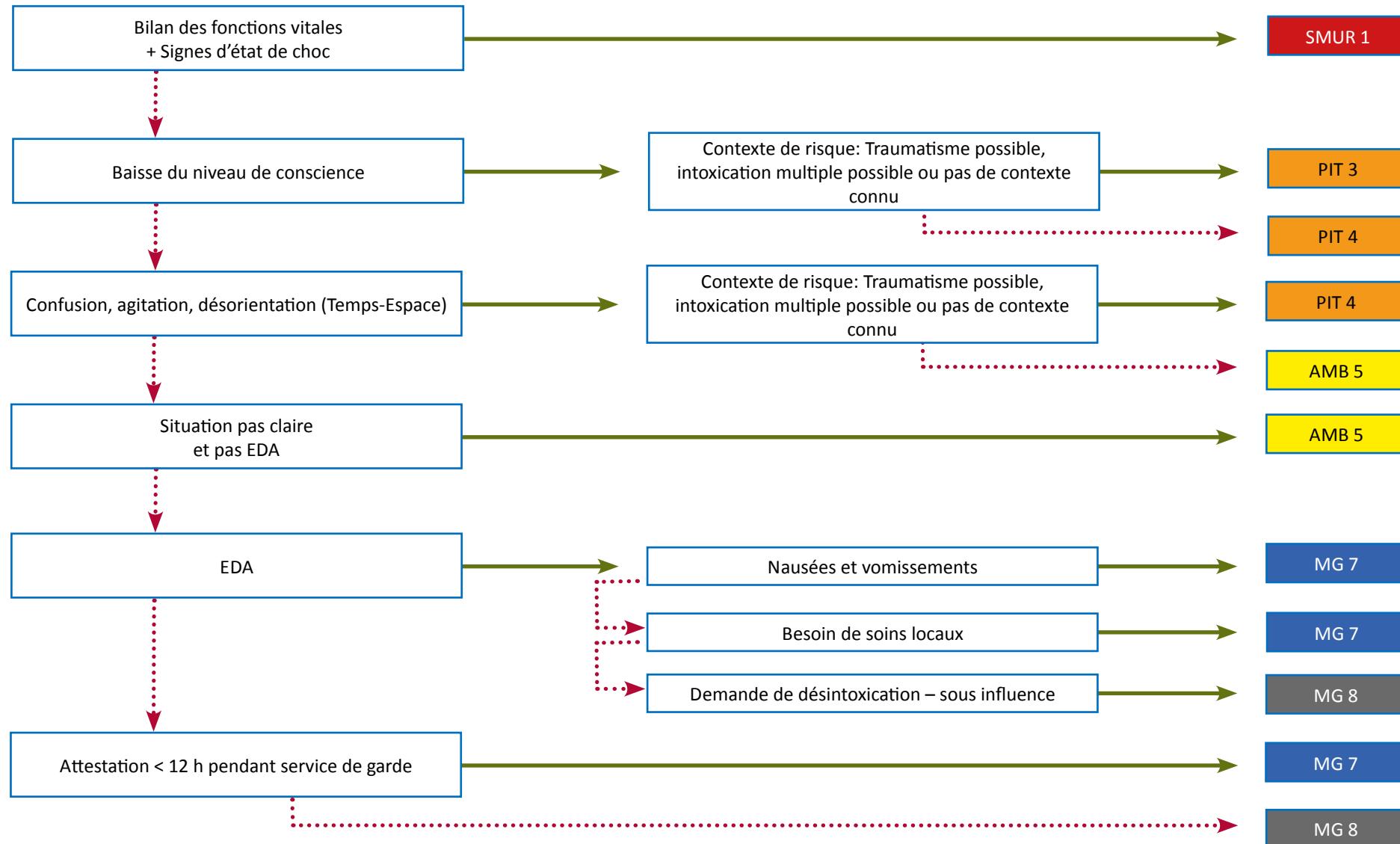
- Attention aux autres problèmes sous-jacents tels que trauma, AVC-AIT, hypoglycémie.
- Contexte ? Risque : contexte totalement flou, possibilité de traumatisme, possibilité d'intoxication combinée !
- S'il ne semble pas y avoir une indication immédiate de SMUR (l'altération de la conscience fait très souvent partie du tableau clinique), attendre le SITREP de l'ambulance.
- Si le patient appelle, assurez-vous qu'il peut ouvrir la porte.

3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Sécurité.
- Garder les voies respiratoires libres.
- Penser à l'intoxication multiple.



INTOXICATION ÉTHYLIQUE



021

INTOXICATION DROGUES

1. Mots-clés

Intoxication | Overdose | Cocaïne | Ecstasy (liquide) | XTC | Crack | Speed | Amphétamines | GHB | Héroïne | Consommateur de drogue | Champignons hallucinogènes (champignons) | Coke | Flakka | Sels de bain (drogue des zombies) | Kétamine | Fentanyl | Psylo's | Morphine | Méthadone | Opiacés | Drogues douces – drogues dures | Sevrage

2. Information pour les opérateurs

- Par exemple : speed, coke, flakka, sels de bain, XTC, kétamine, fentanyl, GHB, psylo's.
- La distinction entre drogues dures et douces n'est pas toujours pertinente et l'état de la victime est plus important.
- Attention aux autres problèmes sous-jacents tels que trauma, AVC-AIT, hypoglycémie, ...
- Contexte ? Risque = contexte totalement flou, possibilité de traumatisme, possibilité d'intoxication combinée, nouveaux symptômes jamais ressentis auparavant.
- Délire d'excitation (EDS) / délire d'agitation voir problème psychiatrique.
- Hyperthermie >38°C, mais une augmentation rapide de 36°C à, par exemple, 37,5°C est également alarmante.

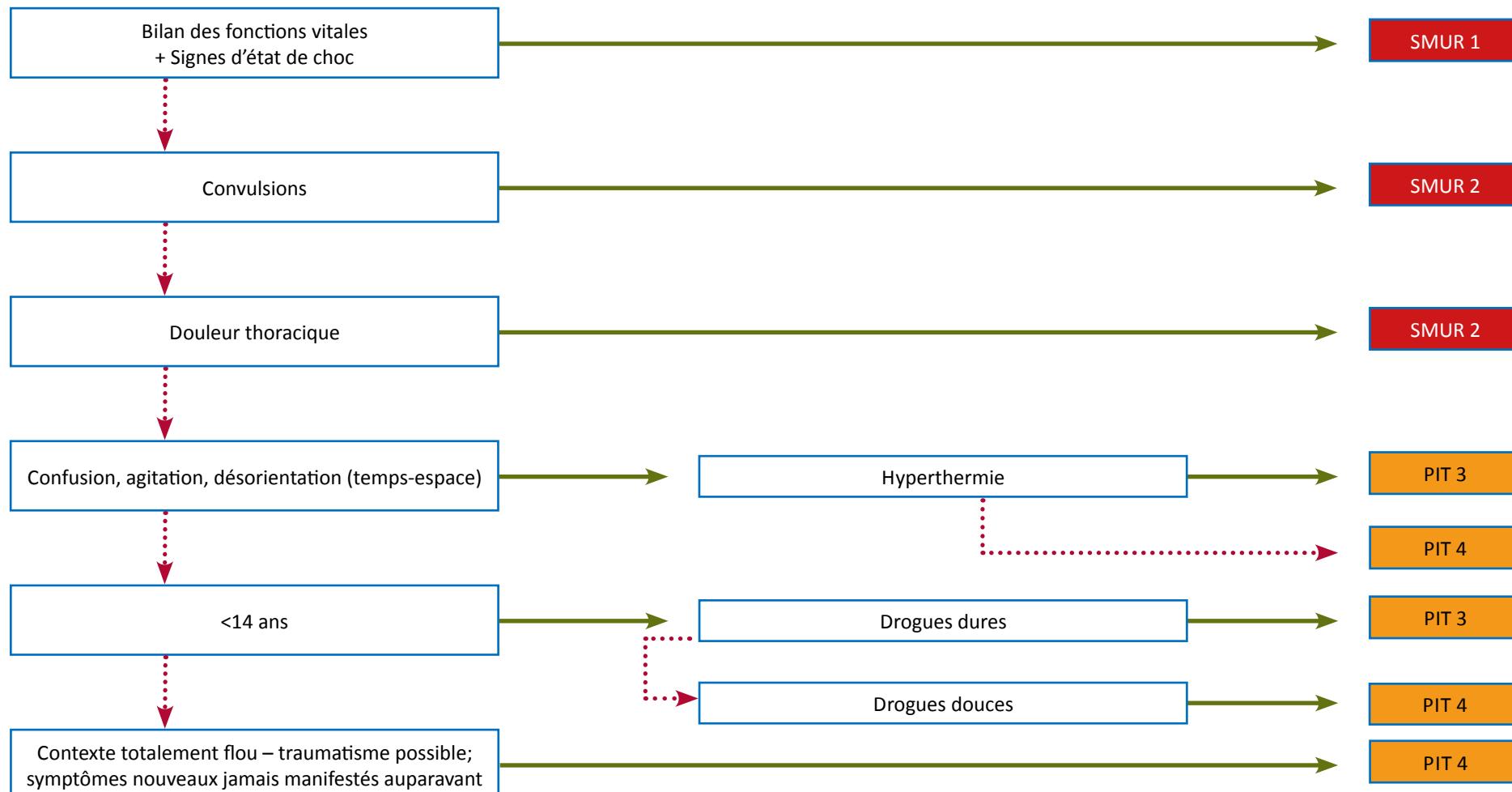
3. Instructions à l'appelant

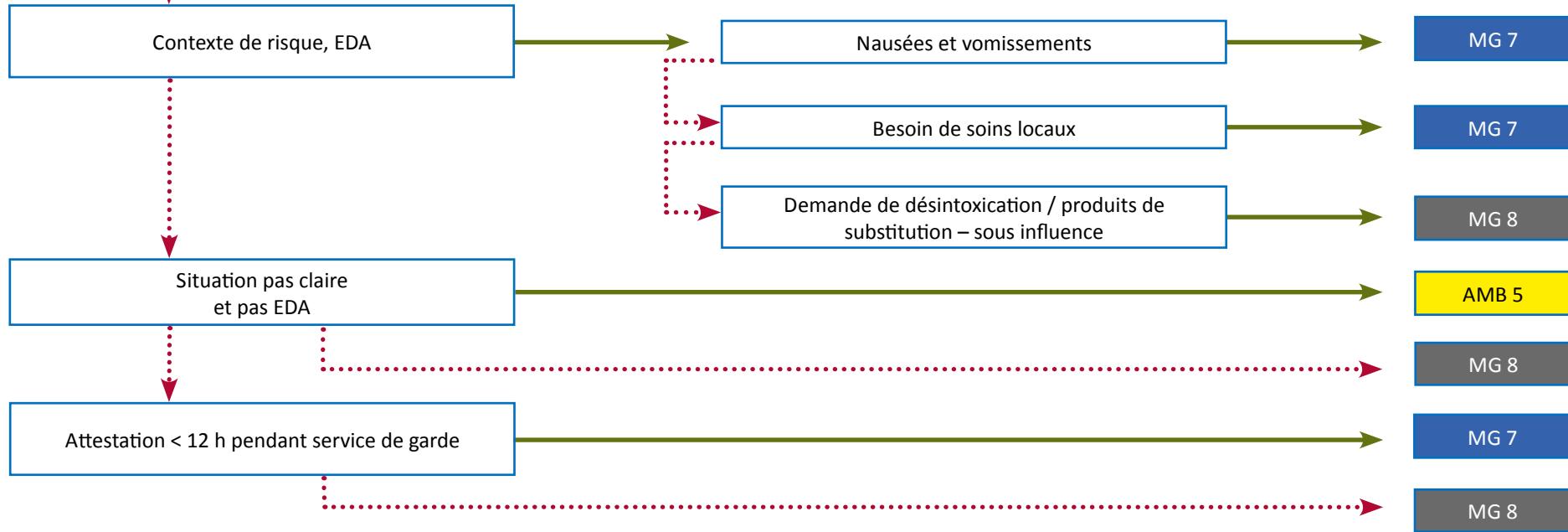
- PAI génériques.
- Convulsions.
- Dégager les voies respiratoires – possibilité de refroidissement (zone ventilée – se déshabiller – chiffon humide).
- Tablettes de médicaments ou autres vides en cas d'intoxication combinée.
- Sécurité (attention aussi aux piqûres d'aiguilles contaminées).



021

INTOXICATION DROGUES





022

INTOXICATION MÉDICAMENTEUSE

1. Mots-clés

Intoxication | Ingestion | Tentative de suicide | Médicaments ingérés | Overdose | Empoisonnement | Nausées | Vomissements | Médicaments | Insuline | Cardiaques | Médicaments pour la tension artérielle | Somnolence | Somnolent | Paracétamol | Confusion | Ampoule

2. Information pour les opérateurs

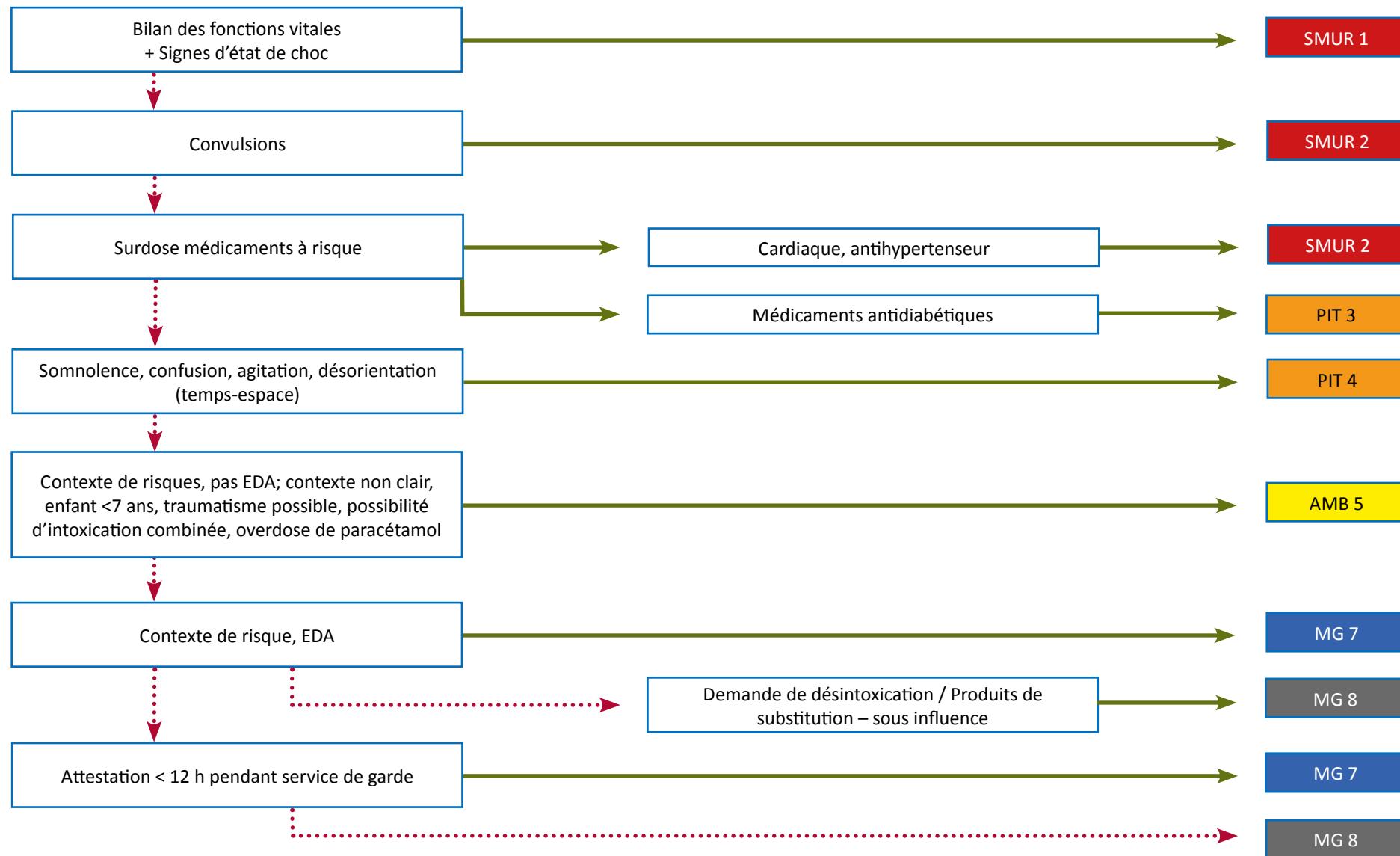
- Contacter le centre antipoison si la gravité n'est pas claire **070.245.245**
- Envisagez les autres problèmes sous-jacents tels que trauma, AVC-AIT, hypoglycémie, ...
- Risque majeur: médicaments pour le cœur ou la tension artérielle, médicaments pour le diabète.
- Somnolent = somnolent mais éveillé lorsqu'il est stimulé.
- Contexte de risque = contexte peu clair, jeune enfant (<7 ans), possibilité de traumatisme, possibilité d'intoxication combinée, surdosage en paracétamol.
- Overdose paracétamol.
- Note : un jeune enfant a besoin de beaucoup moins de médicaments pour être en danger.
- 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, ...).

3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Sécurité.
- Libérer les voies respiratoires.
- Nom + heure + dose (quelle quantité) et voie d'ingestion.
- Si l'appelant est le patient, s'assurer que la porte d'entrée sera ouverte.



INTOXICATION MÉDICAMENTEUSE



023

INTOXICATION PAR PRODUITS AGRICOLES, INDUSTRIELS OU DOMESTIQUES

1. Mots-clés

Intoxication | Ingestion | Déboucheur | Détergent | Méthanol | Eau de Javel | Détartrant | Boules de naphtaline | Essence | Shampooing | Poison pour rats | Insecticide | Pesticides | Cyanure | Tentative de suicide | Chlore | Ammoniac | Poison | Vomissements | Nausées | Maux de tête | Odeur de gaz | Cyanure d'éthylène glycol | Arsenic | Chlore | Acides ou bases forts | Fluorures (antigel) | Organophosphate

2. Information pour les opérateurs

- Contacter le centre antipoison en cas de doute et de gravité incertaine
070.245.245
- Attention en cas d'intoxications combinées.
- Contexte ? **Signes d'alarme** : agitation, troubles visuels, ...
- Danger possible? Contact D1 – s'assurer que les services d'urgence prennent les précautions nécessaires !
- Y a-t-il plusieurs victimes ?

Haut risque = cyanure, arsenic, chlore, acides ou bases fortes, fluorures, méthanol (antigel), organophosphate, ... Mais aussi champignons, par exemple.

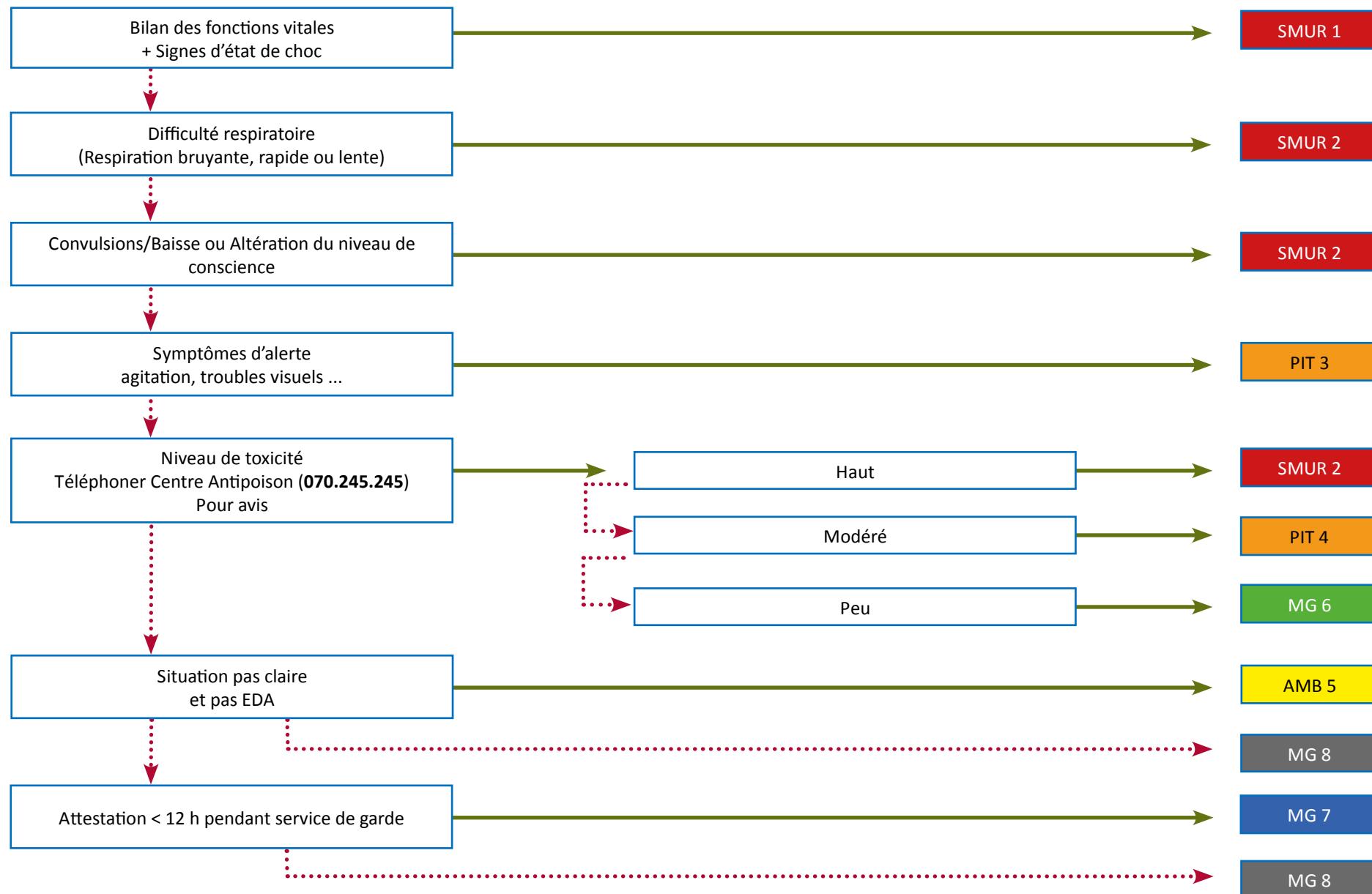
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Sécurité.
- Si l'appelant est le patient, qu'il ouvre la porte.
- Maintenir les voies respiratoires libres – ne pas faire vomir (surtout si le produit est un caustique).
- Emballage – identification du produit : (nom + heure + dose + voie d'exposition).



023

INTOXICATION PAR PRODUITS AGRICOLES, INDUSTRIELS OU DOMESTIQUES



061

MEMBRE - SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE (PAS DE TRAUMATISME)

1. Mots-clés

Extrémité | Cou | Tronc | Jambe gonflée | Enflée | Jambe rouge douloureuse | Jambe froide | Pâle | Plaques rouges | Membre douloureux | Signe d'infection | Fièvre | Démangeaisons | Respiration pénible | Local | Sensation | Picotement | Inflammation | Surmenage | Goutte | Rhumatisme | Arthrite | Bursite | Ostéoarthrite | Ne peut pas marcher | Muscle | Déchirure | Raideur

2. Information pour les opérateurs

- Les quatres membres et le tronc.
- Y compris les anomalies neurologiques pour autant qu'il n'y ait pas d'arguments en faveur d'un AVC-AIT.
- Membre froid attention si accompagné de douleur et de pâleur = problème circulatoire (temps critique).
- Signes d'infection : Gonflé ? Rouge ? Douloureux ?
- Attention en cas d'essoufflement ou de douleurs pulmonaires : risque d'embolie pulmonaire.
- Le patient a-t-il des antécédents ?

3. Instructions à l'appelant

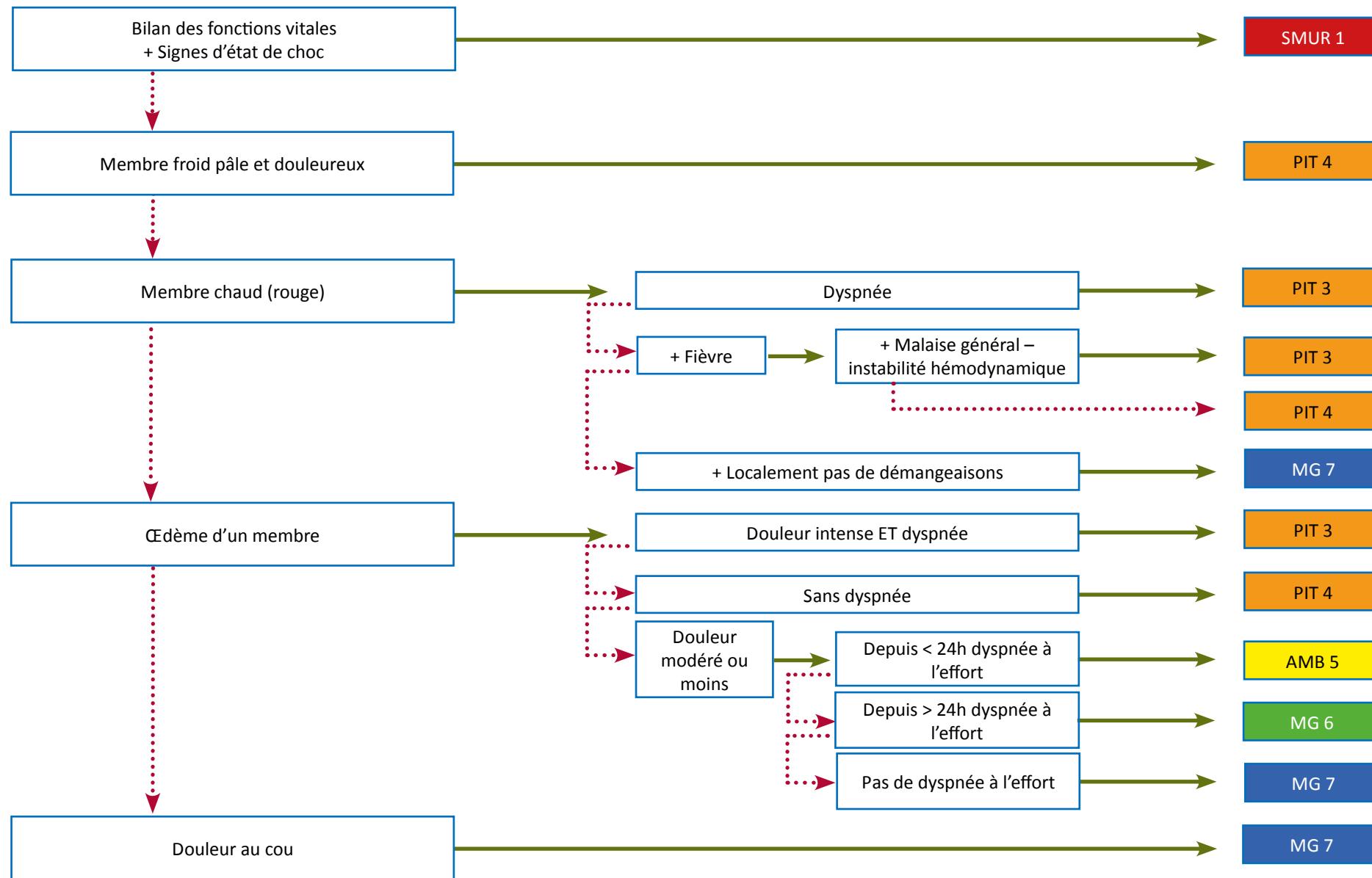
- PAI génériques.
- Confort – ne pas bouger.

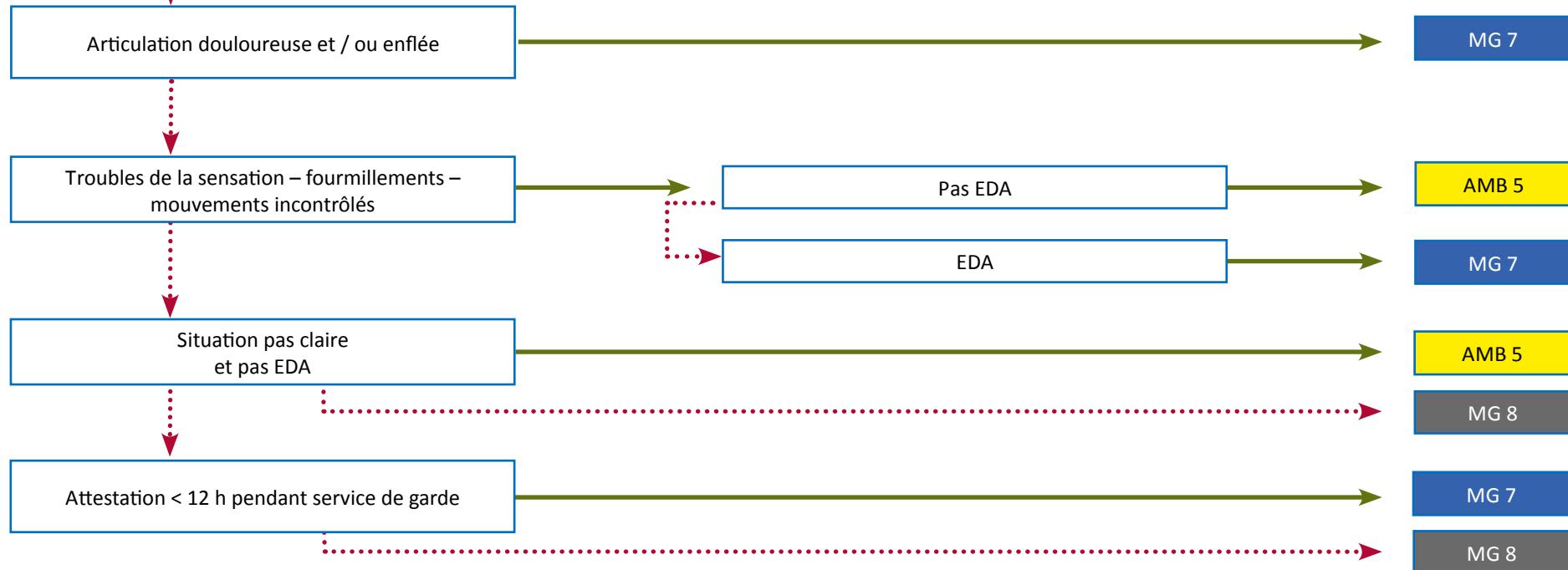




061

MEMBRE - SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE (PAS DE TRAUMATISME)





027

MORSURE

1. Mots-clés

Morsure | Animal | Chien | Chat | Insecte | Araignée | Venin | Poison | Rage | Serpent | Vipère | Couleuvre | Cheval | Humain | Enfant | NAC | Plaie | Rat | Mygale | Terrarium

2. Information pour les opérateurs

- 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, ..., 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 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.
- **Un avis médical est toujours nécessaire !!! (contrôle, suture, vaccination).**
- **Attention ! En cas de morsure, il faut s'assurer que l'animal est vacciné contre la rage.**
- **Attention si également toxique.**
- **Non superficiel** = béant ou plus profond que 2 cm.

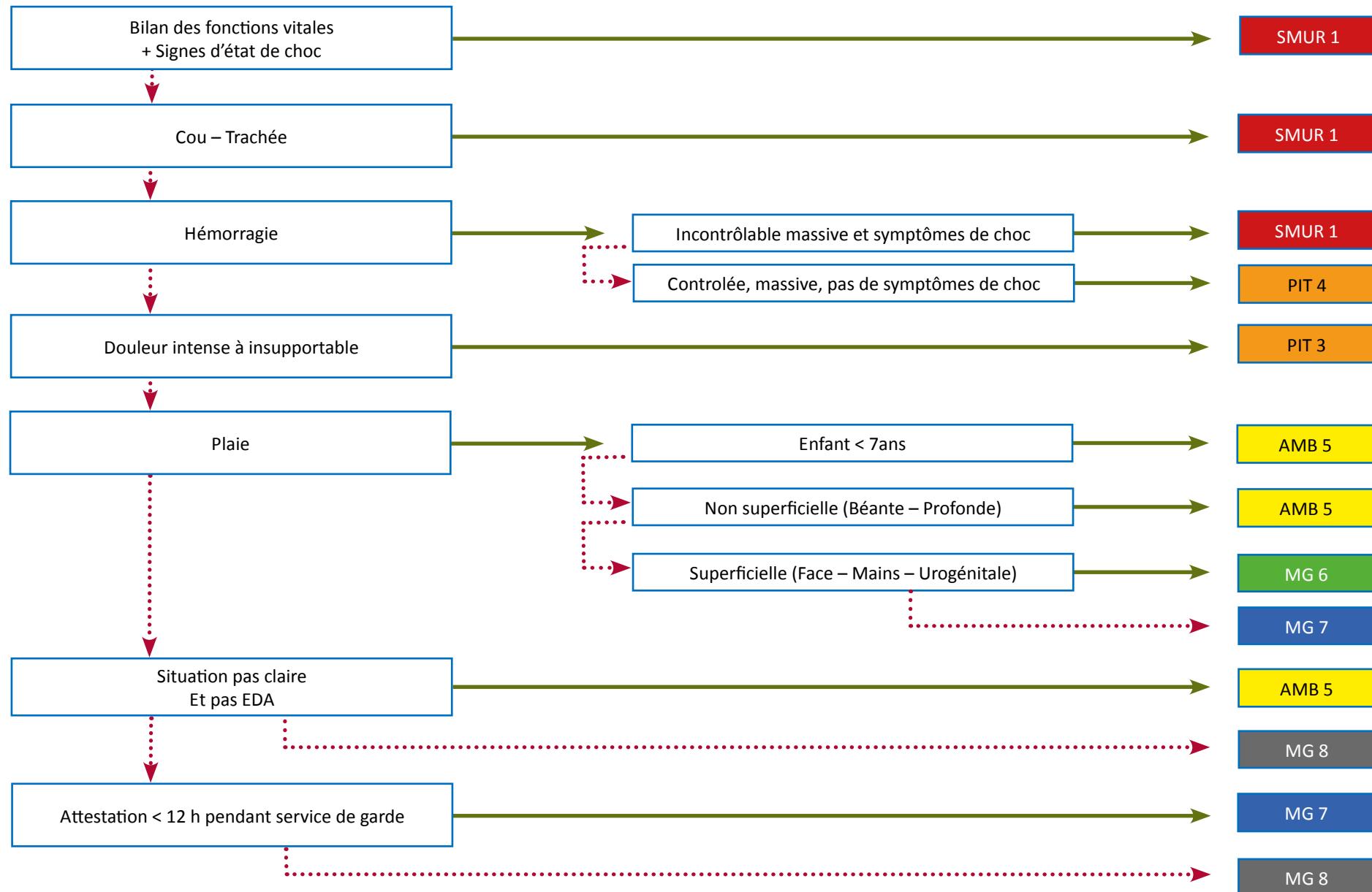
3. Instructions à l'appelant

- Voir PAI génériques.
- 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.
- En cas de plaie : couvrir la plaie, arrêter le saignement (pression directe – gaze dans la plaie – Garrot).
- 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.
- En cas d'amputation : ensachez le membre et mettez-le dans un second sac avec de la glace et/ou de l'eau froide.



027

MORSURE



028

NOYADE-ACCIDENT DE PLONGÉE

1. Mots-clés

Noyade | Accident de plongée | Hypothermie | Saut dans l'eau | Plongeon | Piscine | Bain | Tentative de suicide | Corps dans l'eau | Sous la glace | Air comprimé | Etang

2. Information pour les opérateurs

- En cas d'accident de plongée, envisagez adressage vers un hôpital disposant d'un caisson hyperbare.
- La victime est toujours dans l'eau ou pas ? Attention au trauma combiné !
- Tentative de suicide ?
- Signes neurologiques : paralysie, troubles de la parole, comportement anormal.
- Température eau : possibilité d'hypothermie rapide.
- Maintenir la **réanimation téléphonique** tant que l'hypothermie persiste (<34°C) (sauf signes évidents de décès : ramollissement, décomposition étendue, ...).
- Les lieux publics, toujours au moins une ambulance !

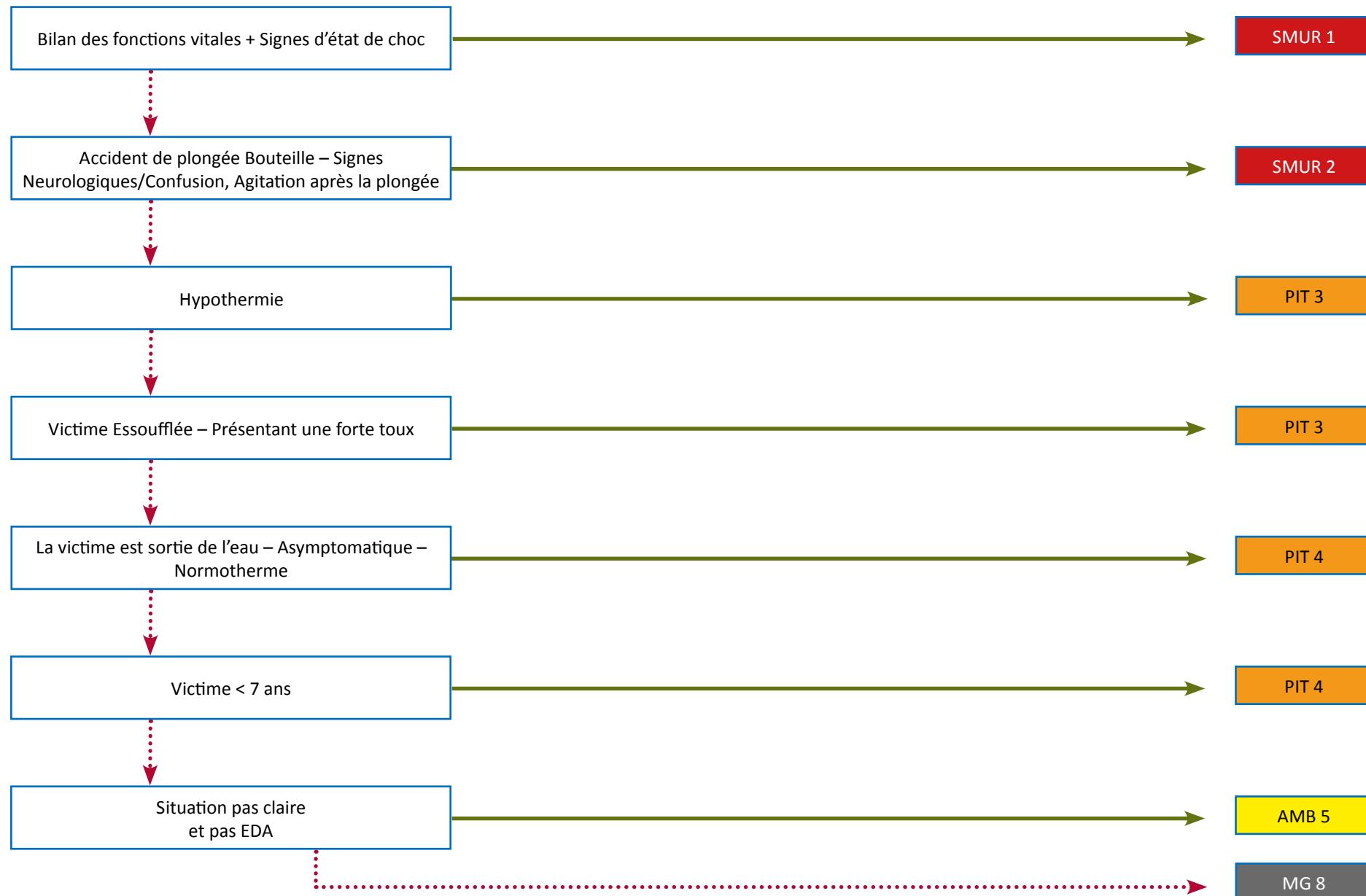
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Sécurité – garder les voies respiratoires libres – température.
- Encore dans l'eau : essayer de le dégager, si ce n'est pas possible garder le contact visuel, essayer de suivre si la victime dérive dans le courant.
- Hors de l'eau : réchauffer si possible, enlever les vêtements (sauf en cas de traumatisme combiné et de risque pour la colonne vertébrale).



028

NOYADE-ACCIDENT DE PLONGÉE



029

OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES

1. Mots-clés

Corps étranger | Difficulté à avaler | Douleur de gorge | Déglutition incorrecte | Impossibilité d'avalier | Restaurant | Repas | Ne peut plus respirer | Fausse route | Est bleue | Ne peut plus parler | Halètements | Etouffement | Respiration bloquée

2. Information pour les opérateurs

- Demandez le contexte si ce n'est pas clair : pendant les repas, en jouant... Soudainement ?
- Le risque de s'étouffer avec un corps étranger est plus grand chez un jeune enfant et dans un environnement spécialisé, par exemple dans un hôpital, MR, ...
- Question importante : la toux est-elle toujours efficace (sonore, forte, ...) ou non (faible, ne parlant pas, moins consciente, ...) ?
- Toute victime d'une obstruction par un corps étranger doit être examinée par un médecin.

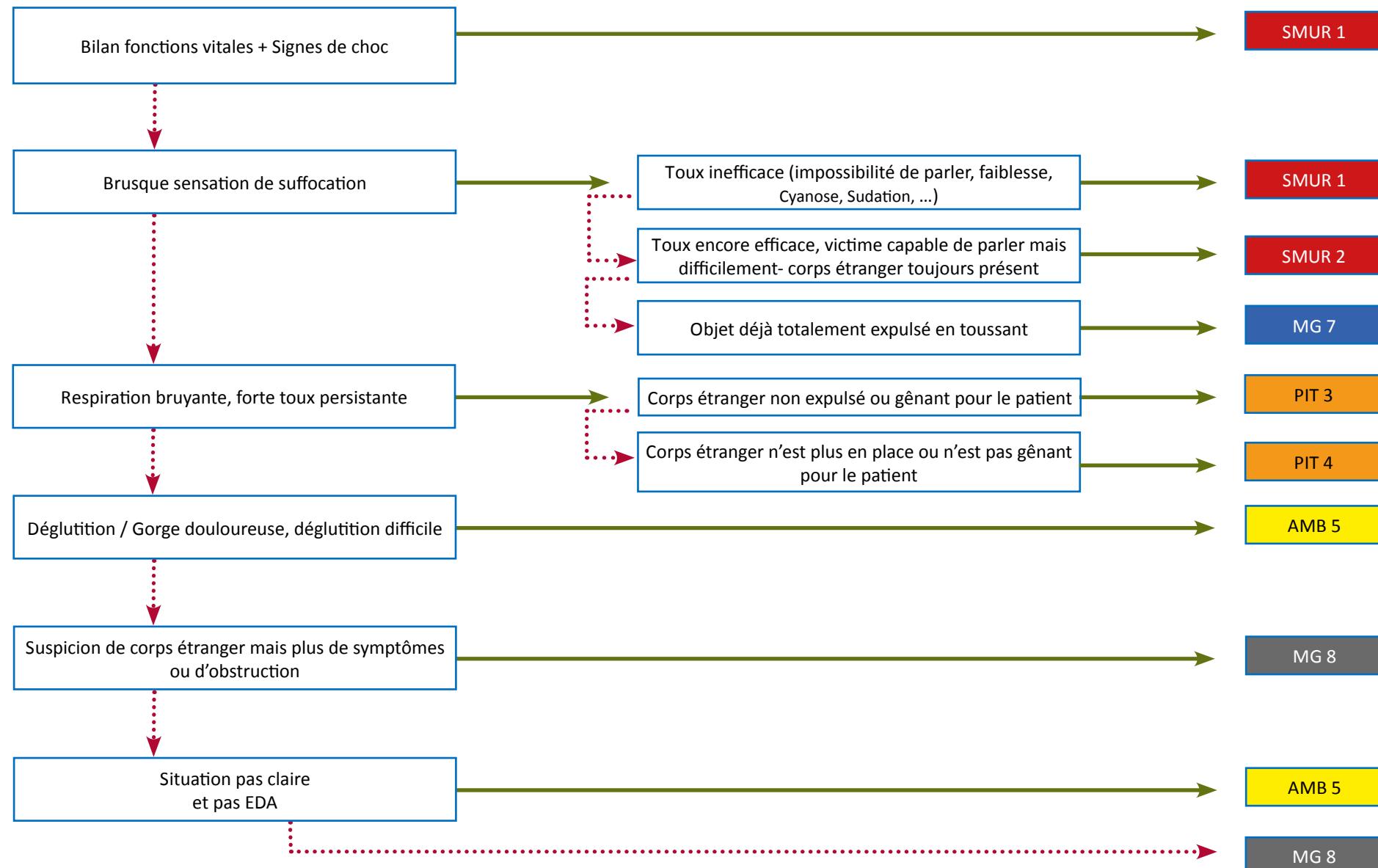
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Suspicion d'obstruction par un corps étranger : (pas de balayage aveugle)
 - Toux efficace : stimuler la toux, pas d'autres manœuvres.
 - Toux inefficace, patient conscient : avec la tête en bas ou en se penchant en avant – à répétez aussi longtemps que la victime est consciente :
 - Adultes : jusqu'à 5 coups entre les omoplates, jusqu'à 5 Heimlich.
 - Enfant : jusqu'à 5 coup entre les omoplates, jusqu'à 5 Heimlich.
 - Bébé : jusqu'à 5 coups entre les omoplates, jusqu'à 5 compressions thoraciques avec 2 doigts.
 - Une toux inefficace signifie que la victime ne peut plus respirer ou parler normalement.
- Pas conscient : PHONE CPR !
- PHONE CPR si obstruction complète.



029

OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES



008

PATIENT AVEC DÉFIBRILLATEUR – PACEMAKER

1. Mots-clés

Défibrillateur | Stimulateur cardiaque | Choc interne | Choc électrique | Décharge | Douleur thoracique | Palpitations | Battements de cœur | Syncope | Perte de conscience | DCI | Choc | Implanté | Pacemaker

2. Information pour les opérateurs

- DCI = défibrillateur implanté.
- Avez-vous ressenti un choc électrique ?
- Avez-vous un pouls rapide ou lent ? Bradycardie = pouls lent, inférieur à 40/minute.
- Symptômes = malaise, syncope, palpitations.
- Attention : y a-t-il une douleur thoracique en ce moment ? La victime est-elle encore consciente ? si ce n'est pas le cas, exclure un arrêt cardiaque.

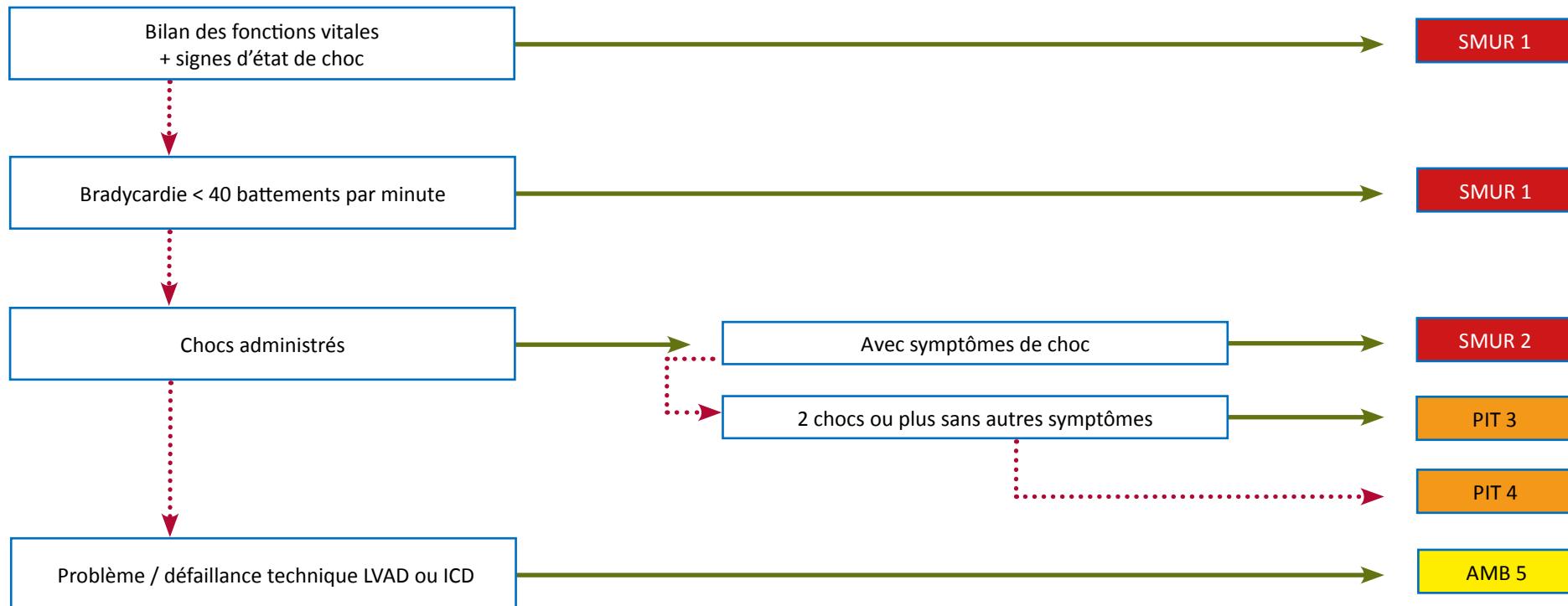
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Repos absolu, aucun effort.



008

PATIENT AVEC DÉFIBRILLATEUR – PACEMAKER



074

PATIENT EN TRAITEMENT PALLIATIF

1. Mots-clés

Palliatif | En phase terminale | Cancer | Mourant | Plus de traitement | Incurable | Soins palliatifs | Équipe de soins palliatifs | Oncologue | Centre de soins résidentiels | Non traitable | Confort seulement

2. Information pour les opérateurs

- Patient en soins palliatifs : les soins palliatifs sont les soins qu'on donne aux patients pour lesquels un traitement curatif (qui guérit) n'est plus possible. Les soins palliatifs sont des soins qui visent la personne dans son intégralité. Ils sont axés sur le contrôle de la douleur et des autres désagréments et son maintien. Ils tiennent aussi compte de l'impact psychologique ou social lié au fait de souffrir d'une maladie incurable au sein de la famille et dans l'entourage direct. Ces soins tiennent en outre aussi compte des questions philosophiques sur le sens de la vie et la mort.
L'objectif des soins palliatifs ce n'est donc plus de guérir le patient, ce qui n'est plus possible. L'objectif des soins palliatifs est d'offrir au patient et à son entourage la meilleure qualité de vie possible pendant cette dernière partie de la vie.
- Vérifier que vous êtes bien dans un contexte de traitement palliatif c'est à dire que le patient est en phase terminale, en arrêt de traitement, en phase terminale. Note : ce protocole n'est applicable que si la demande d'aide est aussi spécifiquement liée aux soins palliatifs.
- Y a-t-il déjà eu un contact avec un médecin généraliste ou une équipe de soins palliatifs ?

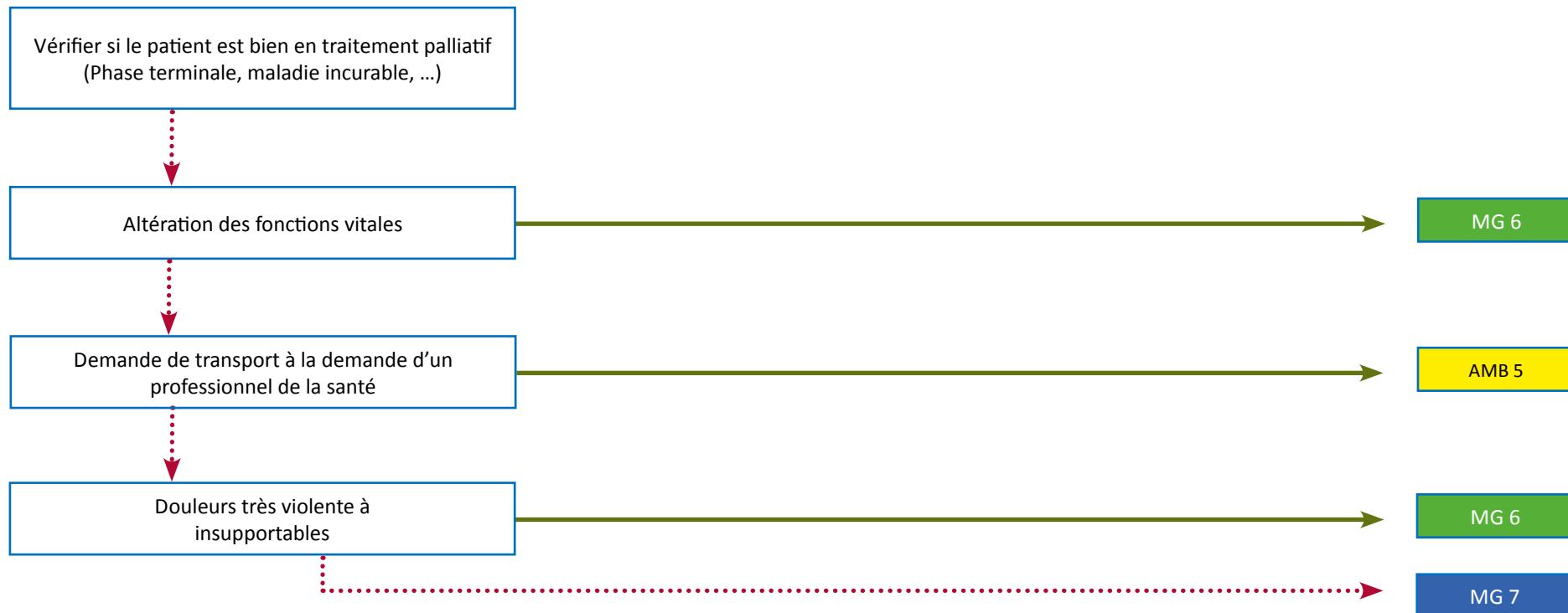
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Confort.



074

PATIENT EN TRAITEMENT PALLIATIF



075

PATIENT ONCOLOGIQUE EN TRAITEMENT

1. Mots-clés

Cancer | Chimiothérapie | Radiothérapie | Immunothérapie | Tumeur | Masse
| Moelle osseuse | Oncologie | Maladie du sang

2. Information pour les opérateurs

- Cancer ou maladie du sang; chimiothérapie – radiothérapie – immunothérapie – greffe de moelle dans **les 6 derniers mois**.
- Avez-vous déjà eu un contact avec le médecin traitant ?

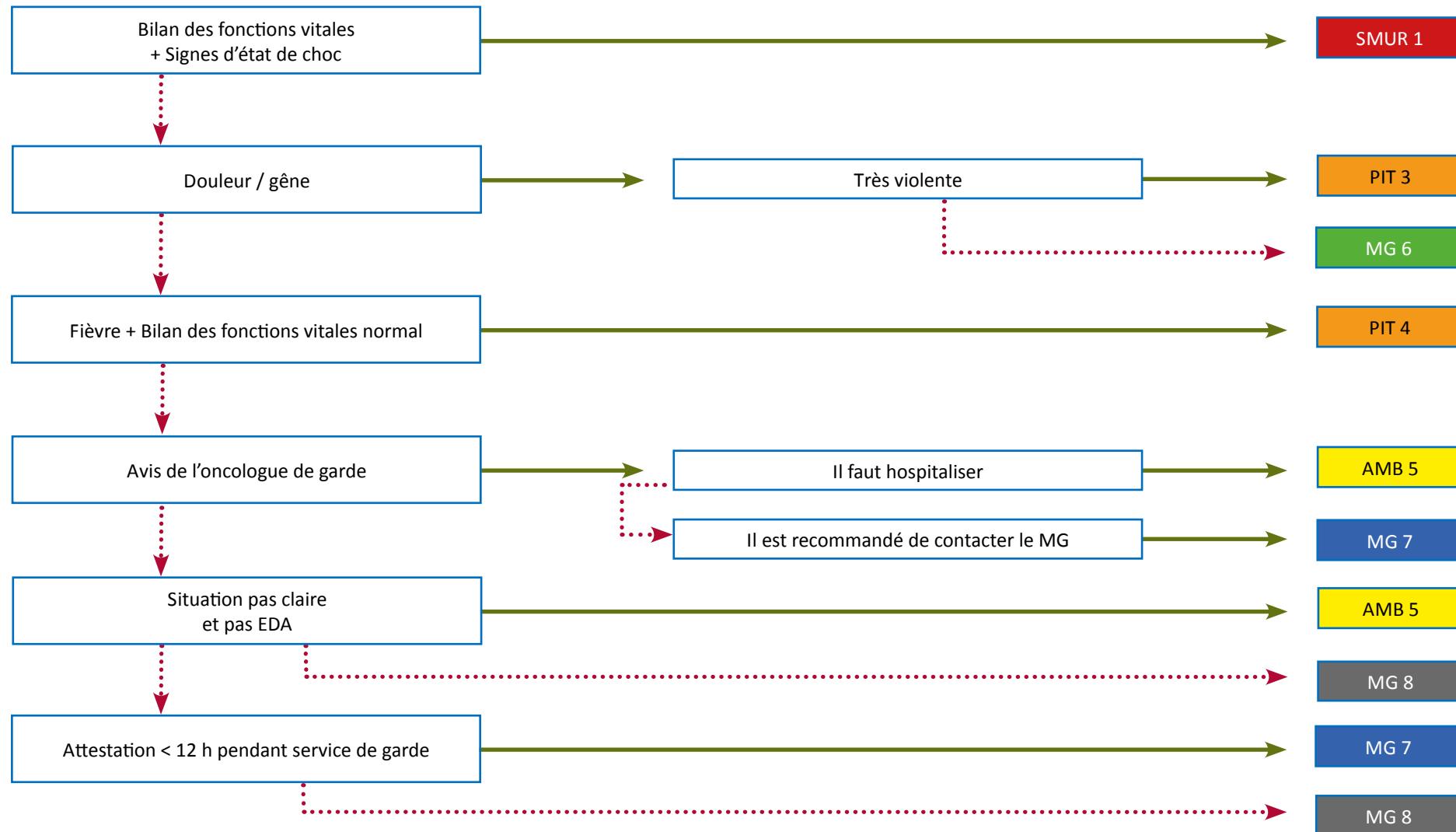
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.



075

PATIENT ONCOLOGIQUE EN TRAITEMENT



030

PENDAISON ET STRANGULATION

1. Mots-clés

Pendaison | Suicide | Pendaison | Ficelle | Fil de fer | Sangle | Tentative | Arbre
| Poutre | Étranglement

2. Information pour les opérateurs

- La priorité est toujours donnée à la PHONE CPR (sauf si la mort est irréversible).
- Quel que soit l'état du patient, faites attention aux traumatismes combinés.
- Suicide ?
- Toujours évaluer à l'hôpital.
- **D1 – D3** ? voir procédure pour le secret professionnel (circulaire ministérielle de 18 mai 2009).

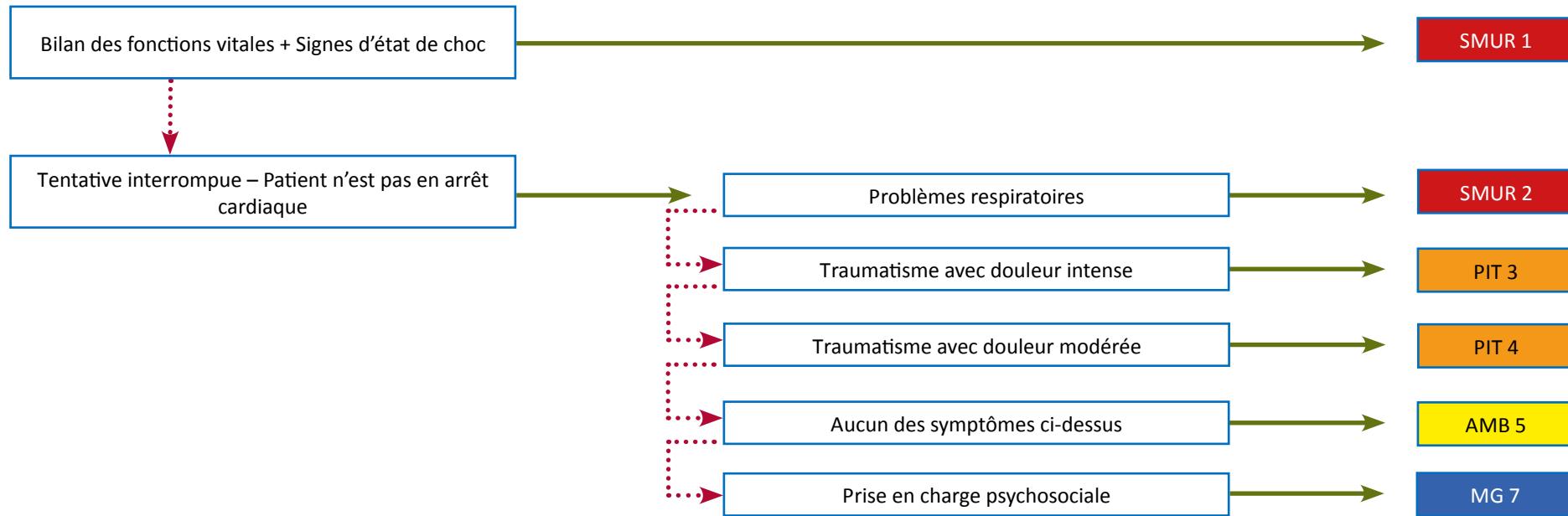
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Sécurité.
- Soutenir la victime / enlever la corde ou la couper (si possible, respecter l'axe compte tenu du risque de blessure au cou – Attention à la chute).



030

PENDAISON ET STRANGULATION



038

PERSONNE NE RÉPONDANT PAS À L'APPEL

1. Mots-clés

La personne ne répond pas | Enfermée | Incapable d'ouvrir la porte | Refus | Peur | Pas de confiance | Agressif | Ne coopère pas | Demande un médecin | Voir la personne allongée sur le sol | Incapable d'entendre ou de voir | Disparu

2. Information pour les opérateurs

- Vérifier s'il y a un danger ? D1 – D3 ?
- La personne est-elle visible ? Accessible?
- Le patient avait-il besoin d'aide – il était malade ?
- Y a-t-il clefs chez le voisin – le soignant ? Dans le quartier ?
- Une alarme personnelle ?
- Ce protocole peut également être utilisé s'il n'est pas clair s'il y a ou non une victime, ou quel est l'état d'une victime, ...

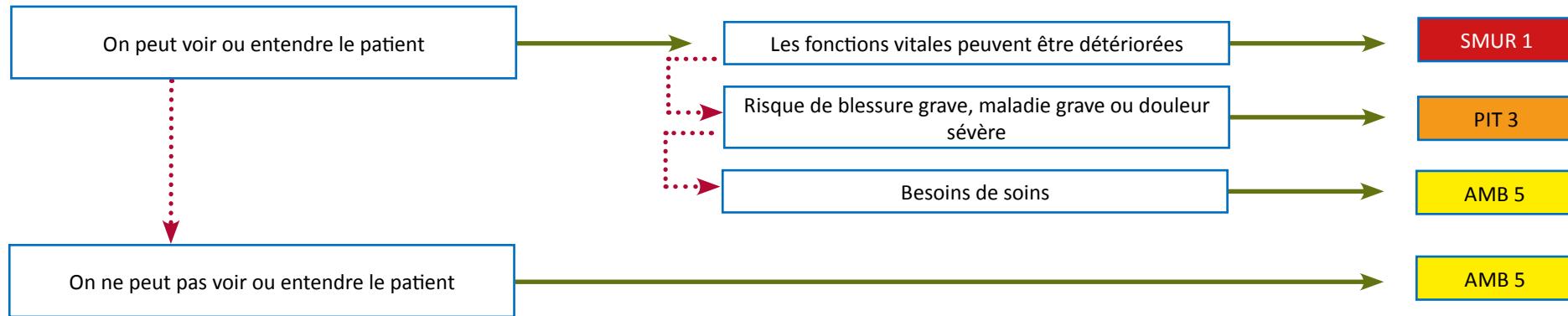
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Sécurité.
- Essayer d'établir un contact et rappelez si c'est fait.



038

PERSONNE NE RÉPONDANT PAS À L'APPEL



019

PERTE DE CONNAISSANCE – COMA – SYNCOPÉ

1. Mots-clés

Syncope | Perte de conscience | Coma | Inconscience | Absence de réaction | Malaise | Chute de tension artérielle | Évanouissement | Apoplexie | Non éveillé | Absence de mouvement | Tomber dans les pommes | Somnolence | confusion | Agitation | Ne bouge pas | Ne parle pas

2. Information pour les opérateurs

- Un coma signifie qu'il y a absence de réaction à la voix et à la douleur.
- Patient vulnérable : <14 ans, >75 ans.
- Syncope prolongée = >5 minutes.
- Somnolent = endormi mais éveillé lorsqu'il est stimulé.
- Soudaine = sans annonce, sans sensation préalable de perte de conscience par la victime.
- Assurez-vous que ce n'est pas le résultat d'un problème cardiaque, AVC-AIT, intoxication, épilepsie, hypoglycémie ...
- Que s'est-il passé juste avant la perte de conscience ?
- Quels sont les antécédents de la victime ?
- Médicaments ou consommation de drogues ?

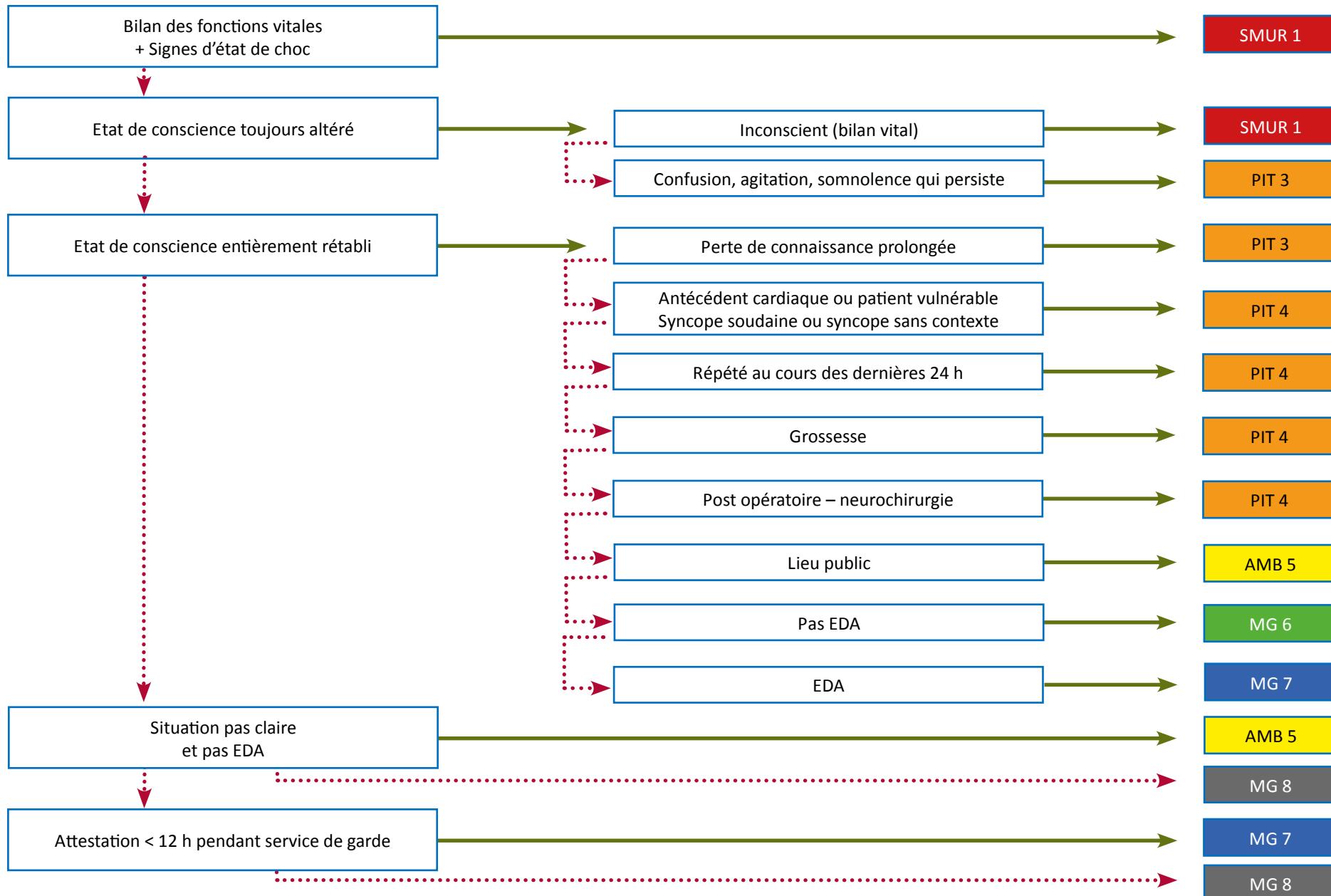
3. Instructions à l'appelant

- Voir PAI génériques.
- Dégager les voies respiratoires.
- PLS uniquement si la respiration est normale (à surveiller et à réévaluer si nécessaire VES).
- Conseiller de laisser aller l'ambulance, même si le patient a repris connaissance car une récidive est possible.
- Recall en cas de changement de condition.



019

PERTE DE CONNAISSANCE – COMA – SYNCOPÉ



069

PLAIES

1. Mots-clés

Blessures | Coupures | Démangeaisons | Plaie par écrasement | Piqûre |
Blessure par percement | Picotements | Plus de sensation | Plaie saignante |
Plaie souillée | Suture | Déchirure | Éraflure

2. Information pour les opérateurs

- Si sur la voie publique ou comme accident de travail, envoi minimum.
- Visite de préférence dans le poste de garde.
- Evaluation de la plaie en fonction de la taille, de la profondeur, de l'emplacement, de la perte de sang, de la souillure, de la réduction de la sensation ou du mouvement, des démangeaisons, du bord béant de la plaie, ...
- Plaie complexe = enfant, visage, fortement souillée, troubles sensoriels, béante et profonde >2 cm, bords très écartés, dilatés, douleur intense.

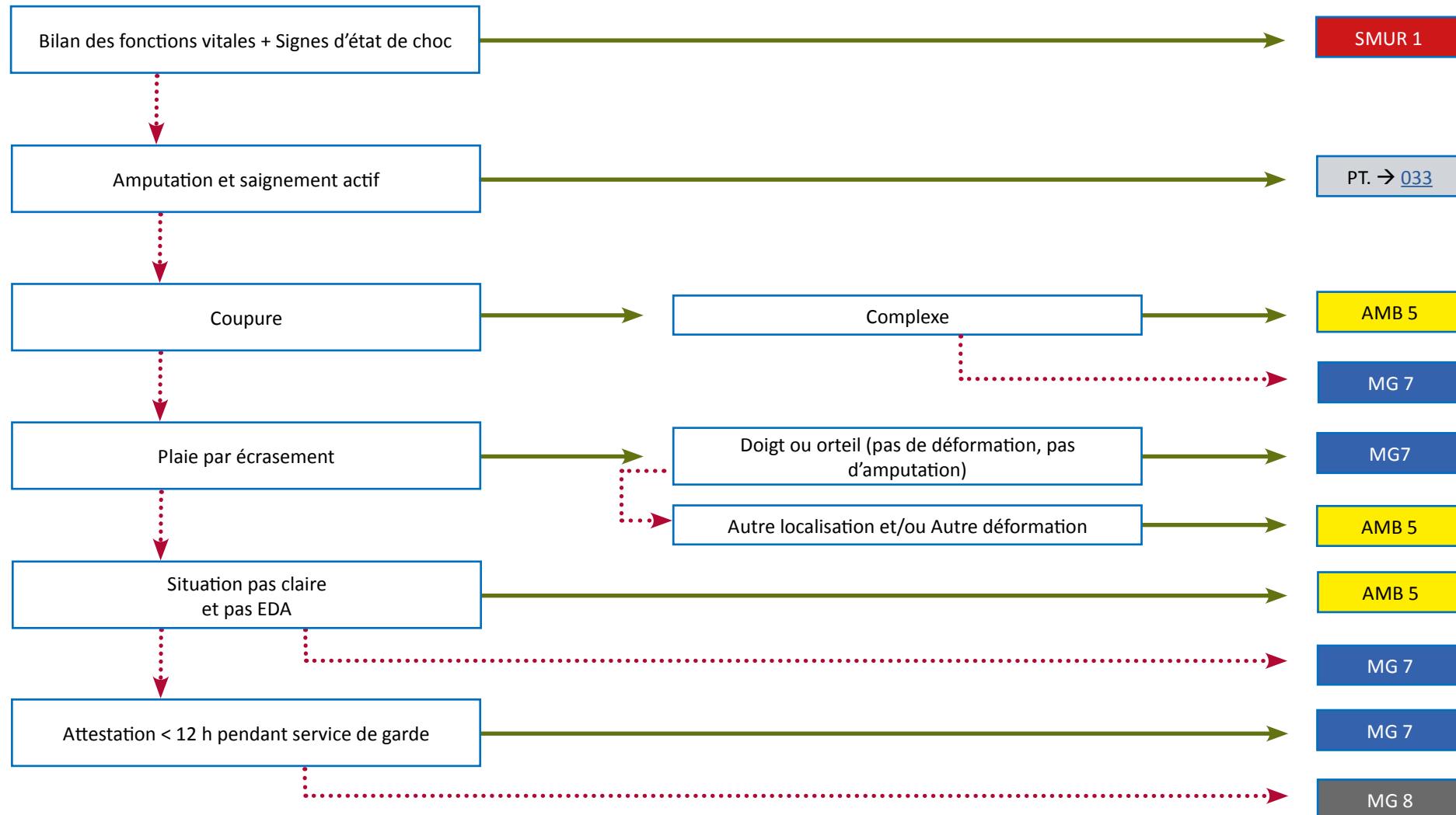
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Couvrir la plaie, arrêter le saignement (position haute – pression directe (insérer une gaze)).
- Blessure grave / amputation voir trauma.



069

PLAIES



039

PROBLÈME CARDIAQUE (AUTRE QUE DOULEUR THORACIQUE)

1. Mots-clés

Palpitations | Pouls accéléré | Rythme cardiaque rapide | Pouls rapide | Pouls lent | Pouls irrégulier | Arythmie | Hypothermie | Hypertension artérielle connue ou débutante | Bradycardie | Tachycardie | Fibrillation auriculaire VKF | Nervosité, fébrilité | Oppression | Tendance à la syncope | Pâleur | Insuffisance cardiaque | Rétention d'eau dans les jambes | Essoufflement | Essoufflement à l'effort | Antécédents cardiaques | Valve artificielle | Détresse respiratoire | Sensation d'étouffement | Cardiomyopathie

2. Information pour les opérateurs

- Hyperventilation = respiration (ventilation) excessive (hyper). Lors d'une hyperventilation, la fréquence respiratoire est majorée, on utilise plus de ventilation que nécessaire pour maintenir le taux de dioxyde de carbone dans le sang à un niveau normal. Cela fait baisser le niveau de CO₂ et provoque de nombreuses plaintes supplémentaires (par exemple, des picotements dans les membres, ...). L'hyperventilation peut être provoquée par le stress ou la panique, mais elle est aussi le signe de certaines maladies sous-jacentes.
- L'hypertension / hypotension artérielle est une information qui provient d'un professionnel de la santé ou de la victime / appelant dans la mesure où cette dernière connaît sa tension normale et peut établir qu'elle est actuellement nettement élevée ou vraiment bas.
Faite attention aux signaux de choc.
- La victime est-elle un patient cardiaque connu ? Cela est-il déjà arrivé ?
- S'assurer qu'il n'y a pas de douleur ou d'oppression thoracique ou d'essoufflement, ...

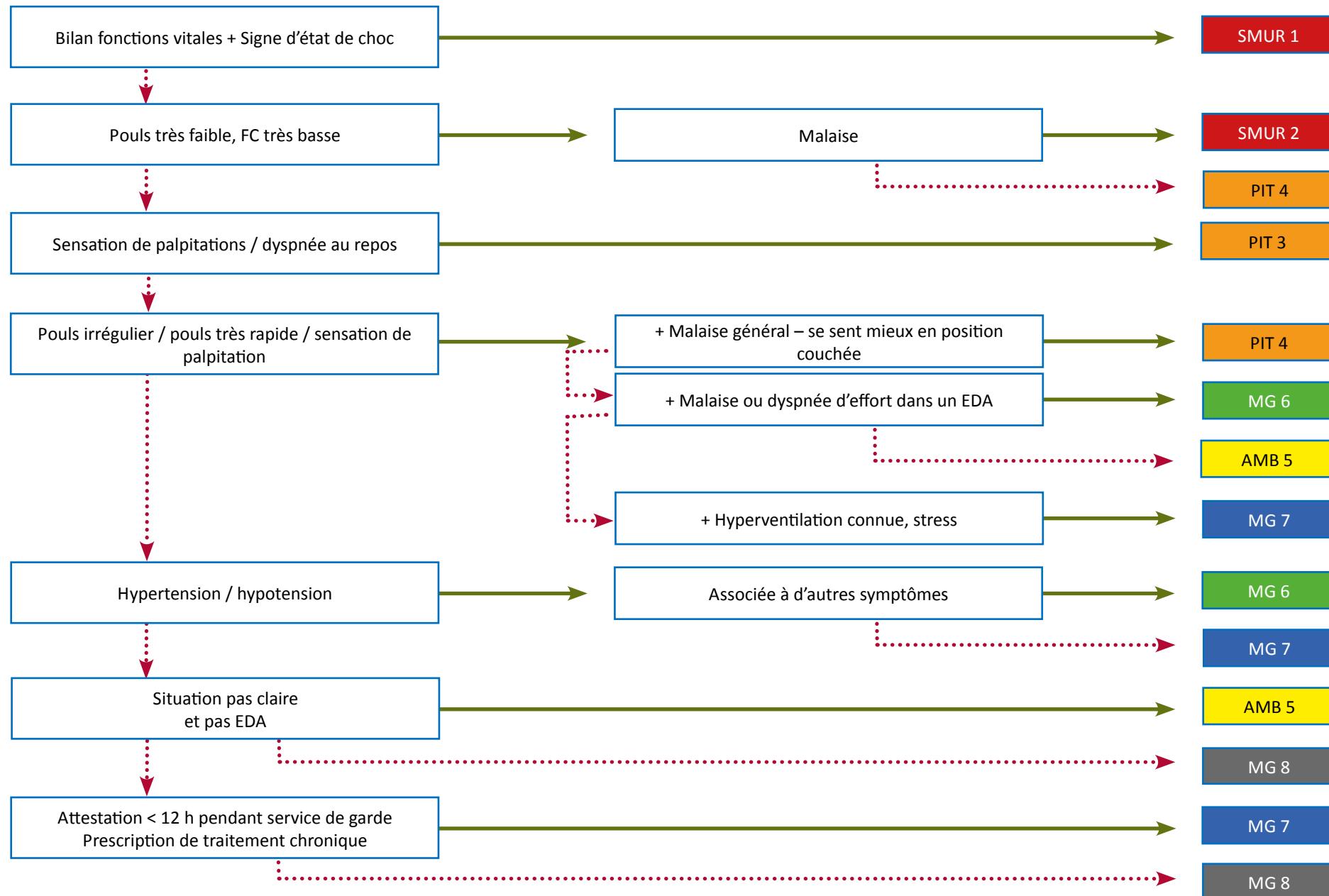
3. Instructions à l'appelant

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



039

PROBLÈME CARDIAQUE (AUTRE QUE DOULEUR THORACIQUE)



026

PROBLÈME MAL DÉFINI

1. Mots-clés

Hauts le coeur | Vertiges | Nausées | Vomissements | Ne pas se sentir bien |
Malaise | Fièvre | Immunité | Résistance diminuée | Personnes âgées | Malade
| Déterioration de l'état général | Fièvre | Résultats sanguins anormaux

2. Information pour les opérateurs

- À utiliser uniquement si aucun autre protocole approprié.
- Peut également être utilisé en cas de fièvre sans focus chez l'adulte.
- Également en cas d'anomalies dans les résultats sanguins.
- Questions pertinente : maladies cardiaques, arythmie, diabète, ...
- Cela s'est-il produit plusieurs fois ?
- Attention aux patients vulnérables âgés de plus de 75 ans ?

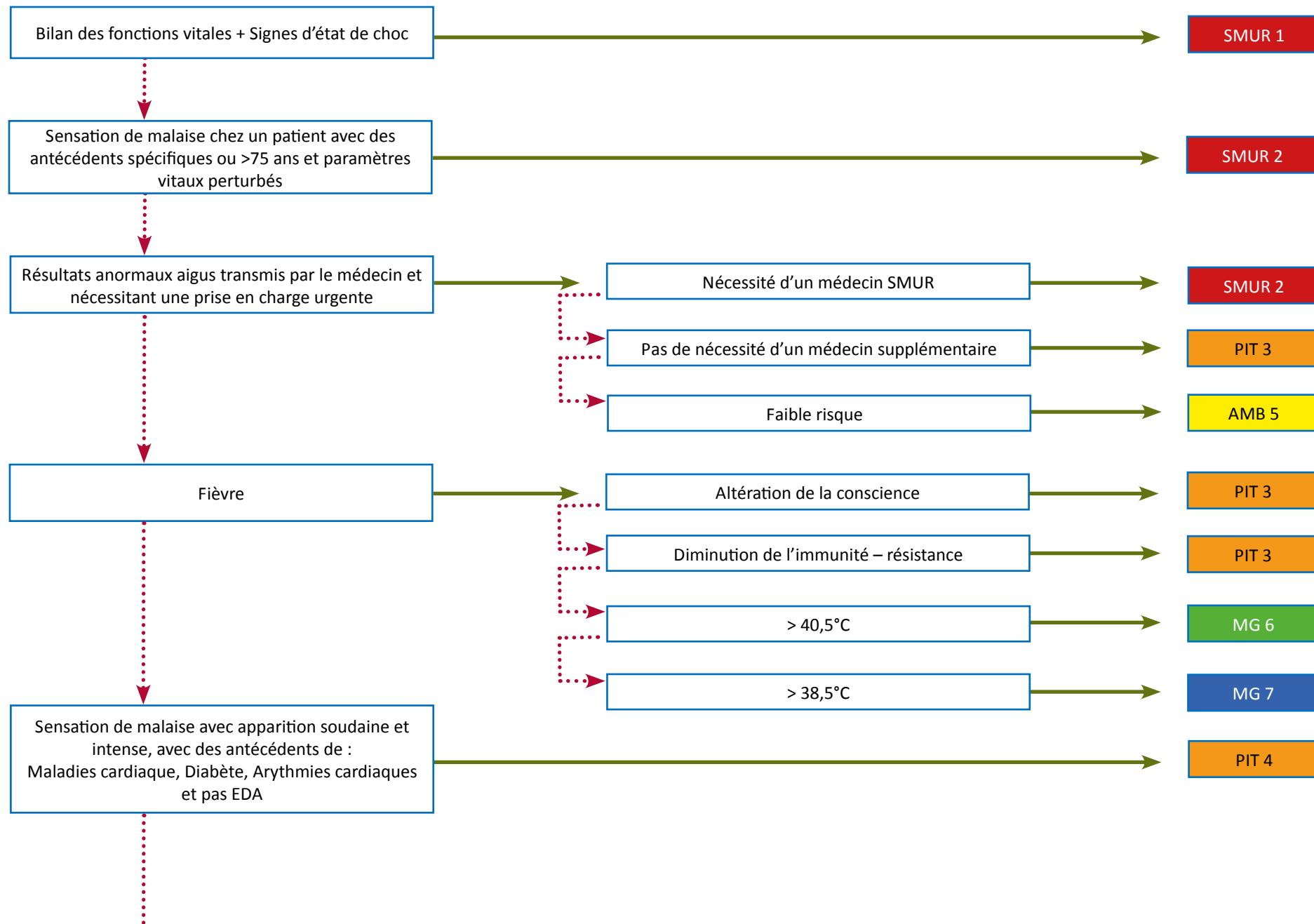
3. Instructions à l'appelant

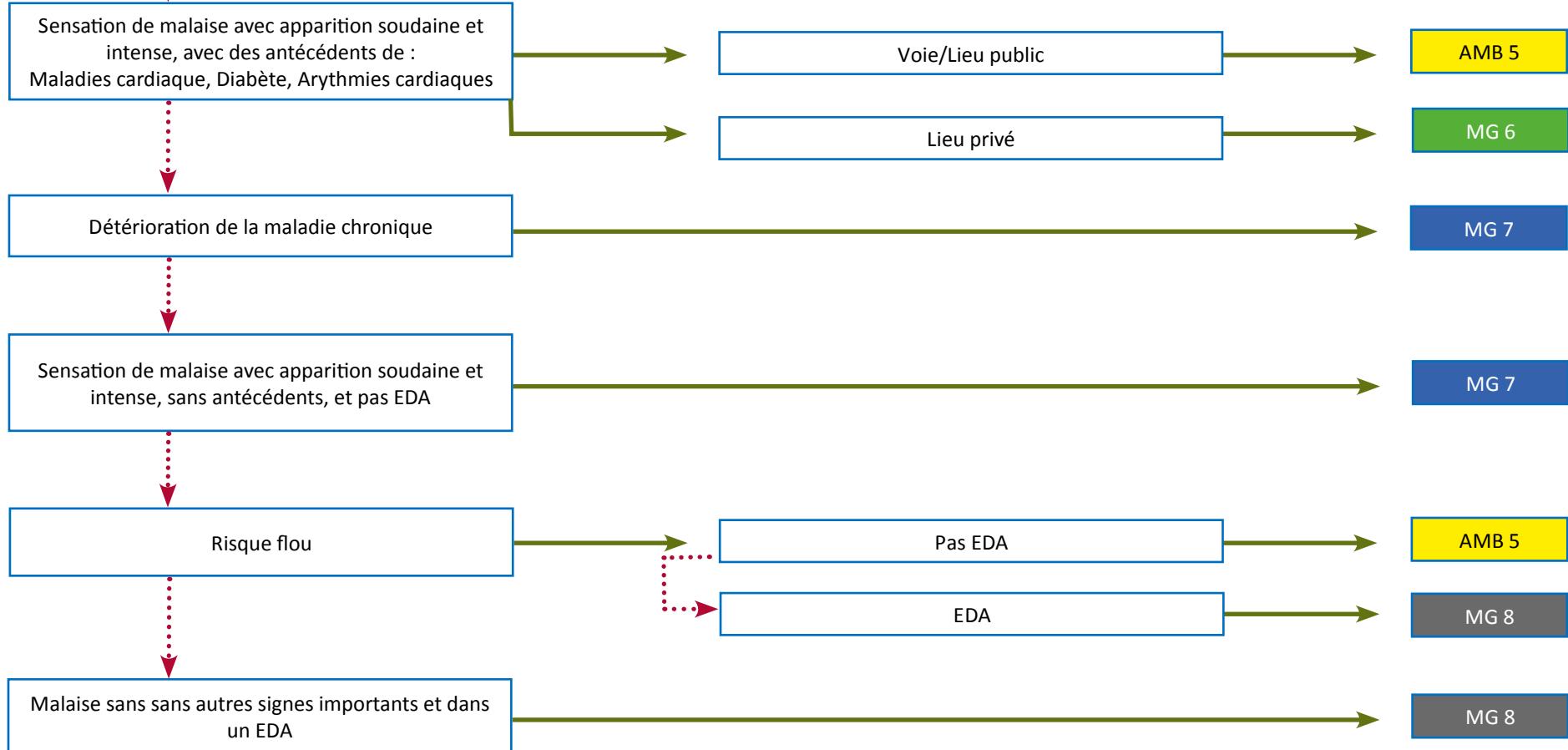
- PAI génériques.



026

PROBLEME MAL DEFINI





064

PROBLÈME ORL ET DENTAIRE

1. Mots-clés

Corps étranger dans le nez ou l'oreille | Douleur dans la gorge | Douleur aux dents | Dysfonctionnement temporomandibulaire | Problèmes de déglutition | Postopératoire | Toux | Fièvre | Grippe | Douleur à l'oreille | Mâchoire | Rhume | Rhinite | Raideur du nuque | Infection | Inflammation

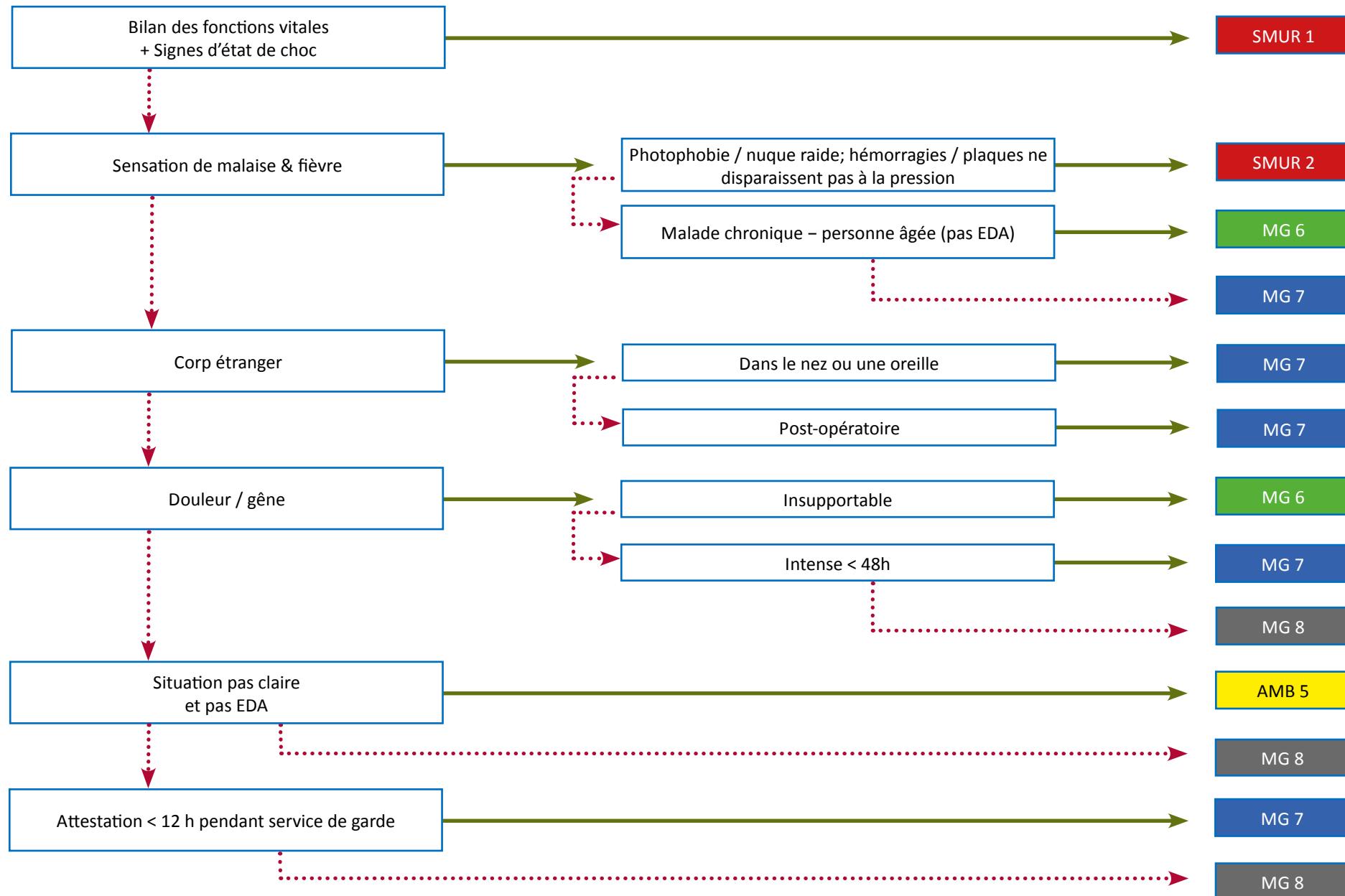
2. Information pour les opérateurs

- Un corps étranger ? Attention à l'obstruction soudaine des voies respiratoires.
- Attention si postopératoire.
- Les signes de grippe peuvent également être traités via ce protocole.

3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Confort – garder les voies respiratoires dégagées.
- Fièvre : Pièce bien ventilée – rafraîchir la victime (déshabiller – linge humide).





066

PROBLÈME POST-OPÉRATOIRE

1. Mots-clés

Post-opératoire | Chirurgie | Saignement | Douleur | Pansement |
Vomissements | Diarrhée | Gonflement | Fièvre | Sutures | Liquide dans plaie |
Drain | Sonde | Narcose | Anesthésique | Chirurgie | Neurochirurgie

2. Information pour les opérateurs

- Problème post-opératoire uniquement si l'on soupçonne qu'il est lié à une chirurgie récente.
- En fonction des directives du chirurgien.
- Quel type d'opération ? Où aller ? Anesthésie générale ?
- Infection de la plaie = rouge, douloureux, chaud, gonflé, perte de fonction.
- Fièvre >38,5°C.
- Y a-t-il un problème avec les sutures ? Drain ou tube ?

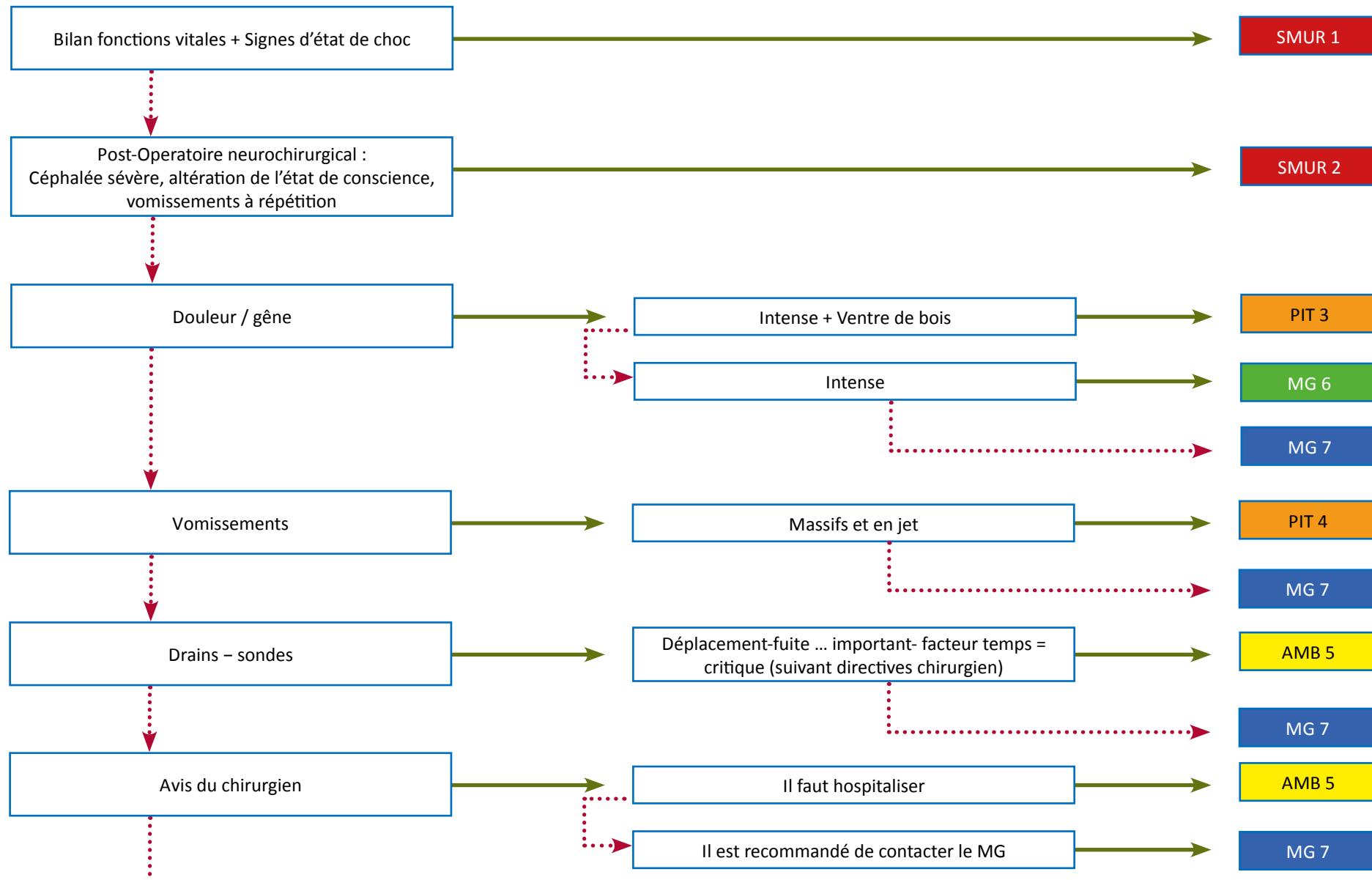
3. Instructions à l'appelant

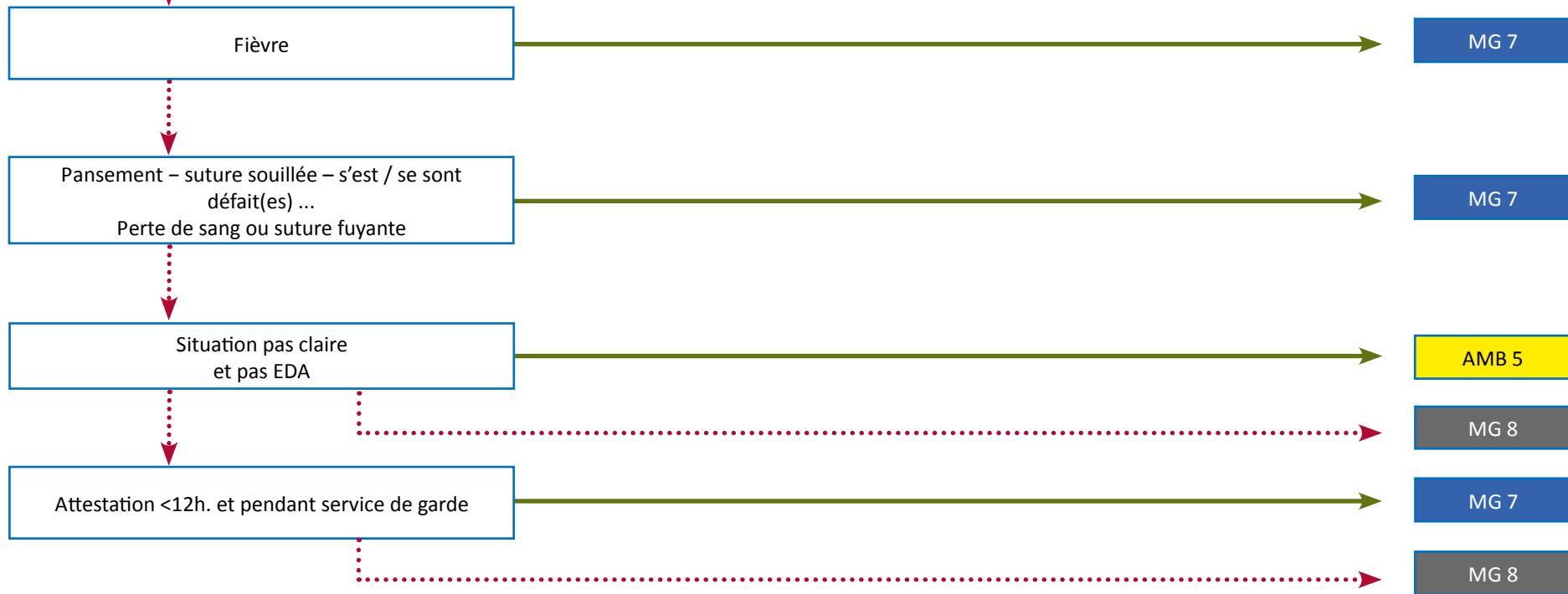
- PAI génériques.
- Reçu des instructions du chirurgien ?
- En cas de plaie : couvrir la plaie, arrêter le saignement (position haute – pression directe (insérer une gaze)).
- Fièvre : pièce bien ventilée – rafraîchir la victime (déshabillage – linge humide).



066

PROBLÈME POST-OPÉRATOIRE





031

PROBLÈME PSYCHIATRIQUE

1. Mots-clés

Suspicion de suicide | Tentative de suicide | Menace de suicide | Souhait de mort | Médicaments | Hallucinations | Agressivité | Delirium | Psychique | Comportement étrange | Agitation

2. Information pour les opérateurs

- Explorez le risque d'agression – en situation d'insécurité : Alerte D1 – D3.
- Y compris le risque de suicide ; y a-t-il des signes visuels de tentative ?
- Si risque de suicide : continuer à parler ; faire envoyer un collègue ; ne pas penser trop vite qu'il n'y a pas de risque.
- Dangers psychiques : hallucinations, délires, comportement anormal.
- Le délire d'agitation : EDS : excited delirium syndrome.
- Penser à la polytoxicomanie.
- Penser à la mise en observation, aux procédures spécifiques.

3. Instructions à l'appelant

- Sécurité.
- PAI génériques.
- Demandez à l'appelant de rester avec le patient, si possible à une distance de sécurité, et gardez le contact.
- Maintenir la conversation en cas de risque aigu de suicide ; calmer si nécessaire. Expliquez que de l'aide médicale est envoyée et que son appel au secours sera pris «au sérieux».
- Uniquement si l'hyperventilation est clairement d'origine psychiatrique : respirer dans les mains ou dans un sac. S'interrompre régulièrement pour prendre de l'air.

4. Délire Agite, EDS

- Comportement extrêmement agressif et incapacité à suivre les instructions de la police et des professionnels de l'aide psycho-sociale (en raison d'un état psychiatrique, d'une toxicomanie, ...). La personne semble extraordinairement forte, ne se fatigue pas malgré un effort intense et est insensible à la douleur. D'un point de vue médical, il y a hyperthermie, acidose et dégradation musculaire (rhabdomyolyse). Une bagarre avec la police ou les secouristes peut aggraver l'excitation et exercer une stimulation extrême sur le cœur, pouvant entraîner la mort.
- Des questions spécifiques.
 1. Comment la personne se comporte-t-elle (extrêmement agressive, comportement bizarre, cris/gémissements, sauvage, déraisonnable, continue à se battre/extrêmement forte, insensible à la douleur, force "surhumaine") ?
 2. Depuis quand la personne se comporte-t-elle ainsi ? («soudainement hors de contrôle»).
 3. Y a-t-il eu intoxication à la cocaïne ou à d'autres stimulants ?
 4. La personne a-t-elle des antécédents psychiatriques ?
 5. Y a-t-il des signes d'hyperthermie ? (partiellement ou complètement déshabillé, se sent "chaud").
 6. La victime s'exprime t'elle de manière incompréhensible et/ou déstructurée ?

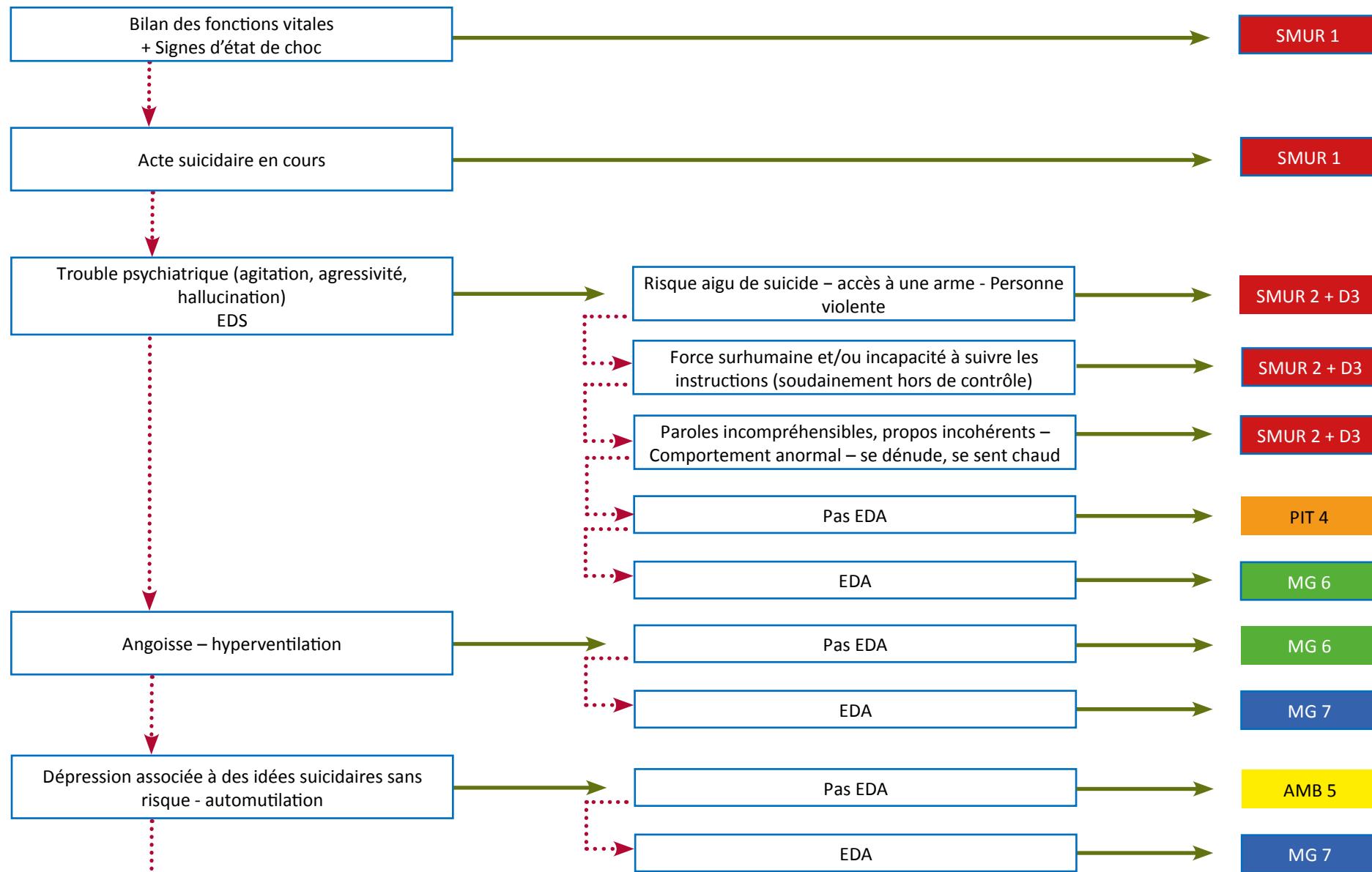
5. Instructions à l'appelant en cas de suspicion de délire d'agitation

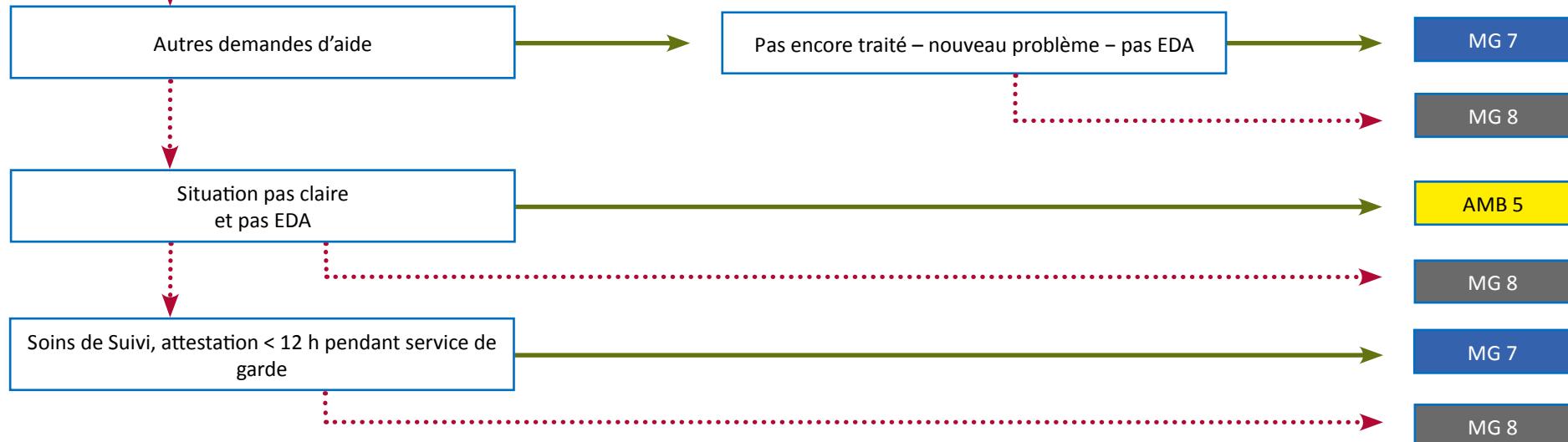
- Sécurité.
- PAI génériques.
- Essayez d'éviter autant que possible toute agitation supplémentaire.
- Évitez la position couchée.
- Reconnaître un arrêt cardiaque (inconscient – respiration anormale ou absence de respiration).



031

PROBLÈME PSYCHIATRIQUE





067

PROBLÈME SOCIAL

1. Mots-clés

Situation familiale intenable | Problèmes sociaux | Pas d'amis ou de famille disponibles | Problème de soins | N'est plus capable de s'occuper de soi-même | Impossible de quitter la maison seul | Reste à la maison | Malnutrition | Pauvreté | Sans soins | Fléau | Comportement indésirable | Maladie chronique

2. Information pour les opérateurs

- Situation familiale intenable, problème de soins infirmiers, malnutrition, ... ; quels sont les besoins de soins ? Besoin de D3 ?
- Via des amis, la famille, d'autres prestataires de soins ?
- Toujours faire un questionnement complet et envisager s'il n'y a pas de protocole plus approprié !
- Le transport vers l'hôpital via le niveau 5 peut être indiqué si le risque de décompensation dans les heures à venir est encore considéré comme trop élevé (par le médecin).

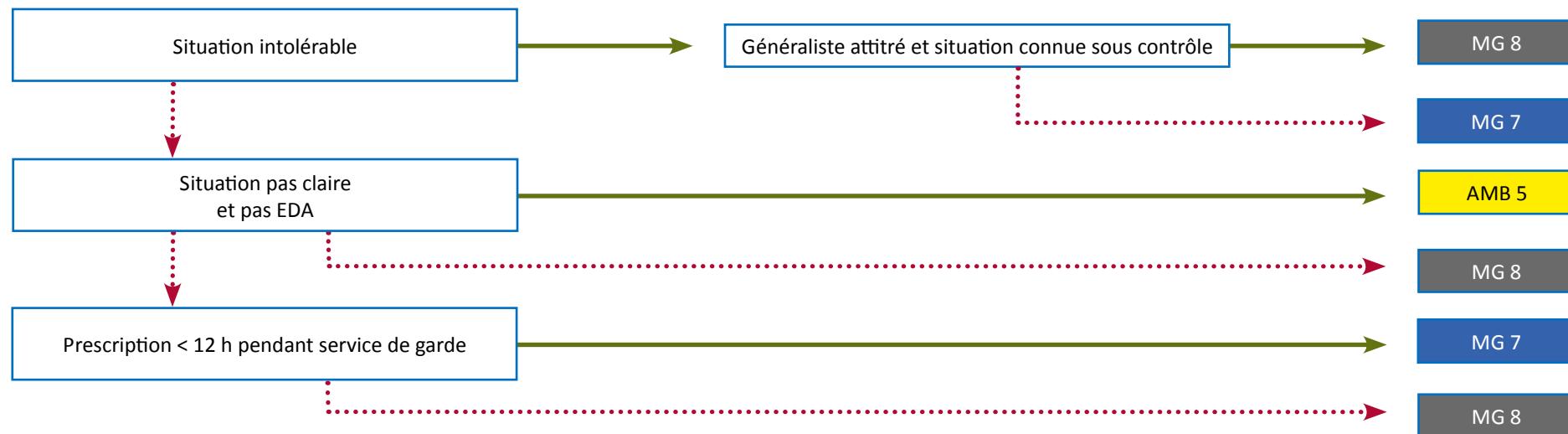
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Sécurité.



067

PROBLÈME SOCIAL



068

PROBLÈME UROGÉNITAL

1. Mots-clés

Colique | Hématurie | Incapacité d'uriner | Sensation de brûlure | Sensation douloureuse en urinant | MST | Fièvre | Globe | Rétention d'urine

2. Information pour les opérateurs

- Concerne les problèmes urinaires, les organes sexuels.
- Consulter le centre hospitalier pour les abus sexuels en cas de doute.
- VIH ou hépatite 'prophylaxie' uniquement via les centres de référence (après piqûre d'aiguille, contact sexuel non protégé, etc.).
- La suspicion de torsion (testicule / ovaire) est temporelle critique : douleur sévère dans les testicules / cuisses / ventre – diagnostic fait par un médecin ...
- Suspicion de colique néphrétique voir douleur abdominale non traumatique ou douleur dorsale.
- Pas capable d'uriner : plus de 6 heures et douleurs abdominales surtout chez les personnes âgées = risque de globe.
- Cathéter / sonde = cathéter vésical / cathéter sus-pubien.

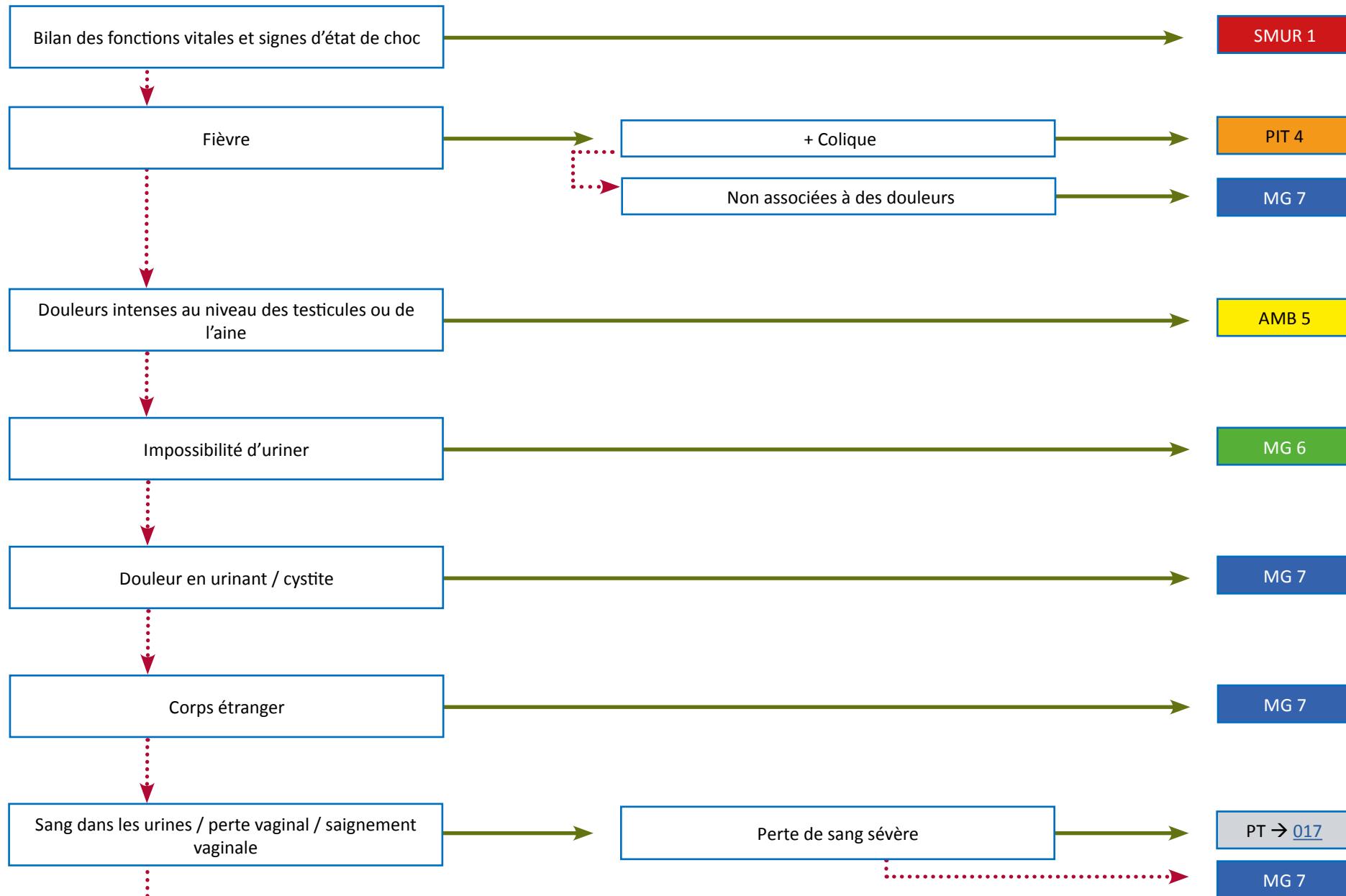
3. Instructions à l'appelant

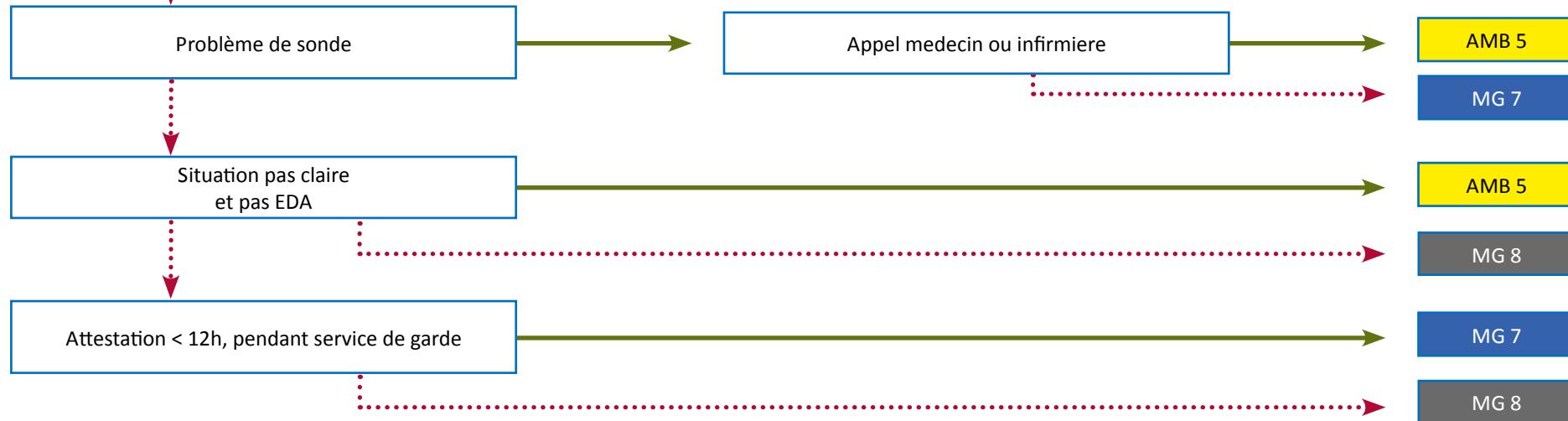
- PAI génériques.



068

PROBLÈME UROGÉNITAL





060

PROBLÈMES CUTANÉS

1. Mots-clés

Éruption cutanée | Soleil | Chaleur | Produits dangereux | Rougeur | Yeux gonflés | Plaie | Inflammation | Infection | Chaud au toucher | Zone intime

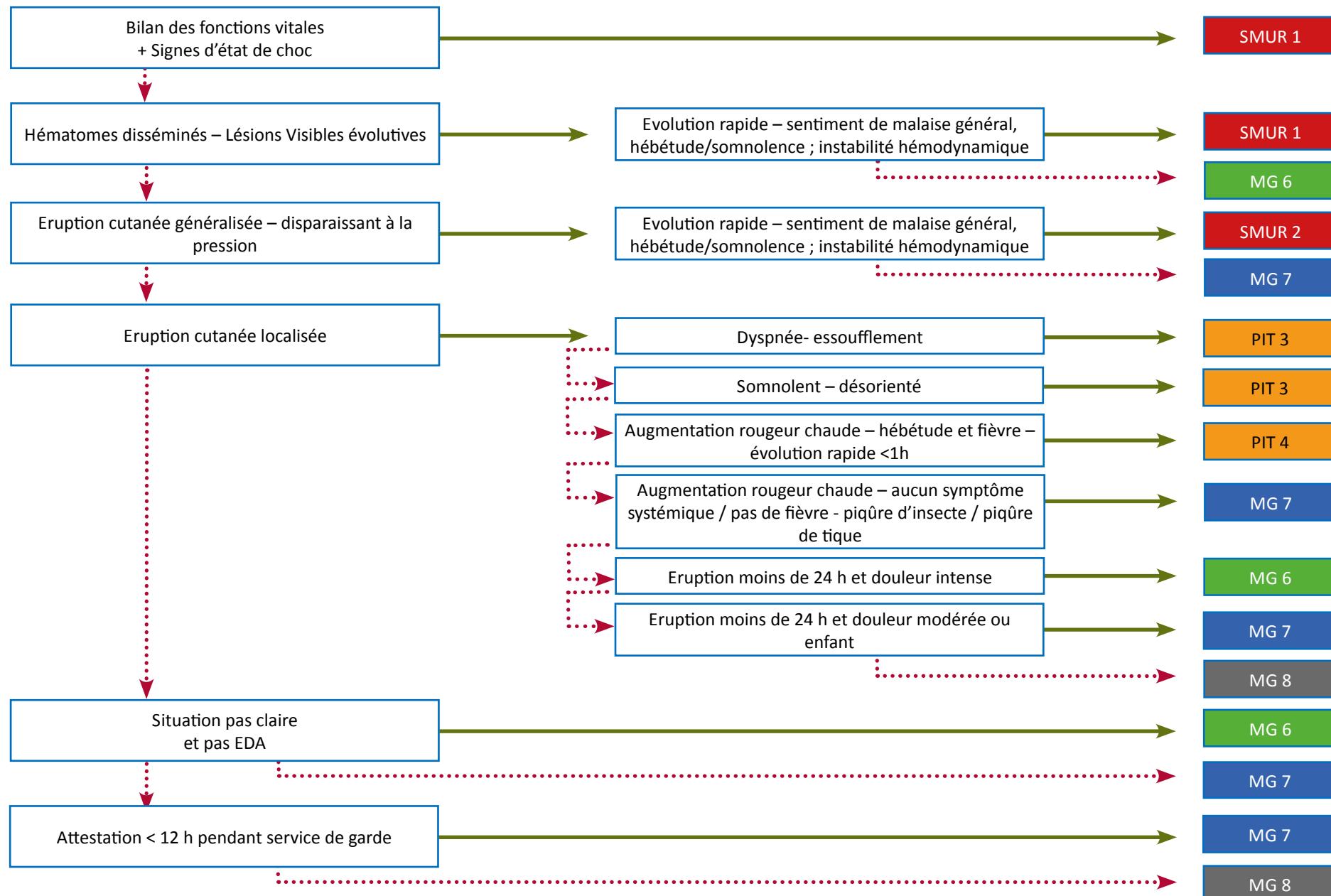
2. Information pour les opérateurs

- Choisir un protocole plus spécifique si possible.
- Attention aux taches persistantes qui ressemblent à de petites ecchymoses (pétéchies – purpura) : peut indiquer une infection + un choc !
- Évolution rapide = <1 h.
- Généralise/ étendu = réparti sur tout le corps.

3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Pas de pommades ou autre traitement sur la peau.





063

PROBLÈMES OCULAIRES

1. Mots-clés

Oeil | Blessure | Visibilité réduite | flash lumineux | vision double | Saleté dans l'oeil | Les yeux | Corps étranger | Produit dans l'oeil | Opération de l'oeil | Pus dans l'oeil | larmes | Démangeaison de l'oeil | Gonflé | Lésion de l'oeil | Perforation | Vision | Vue

2. Information pour les opérateurs

- Attention à la diplopie ... Envisagez aussi le protocole AVC/AIT.
- Attention aux toxines dans l'œil – conseil centre antipoison **070.245.245**
- L'évolution ?
- Infection des yeux : rouge, gonflé, pus, larmoiement.

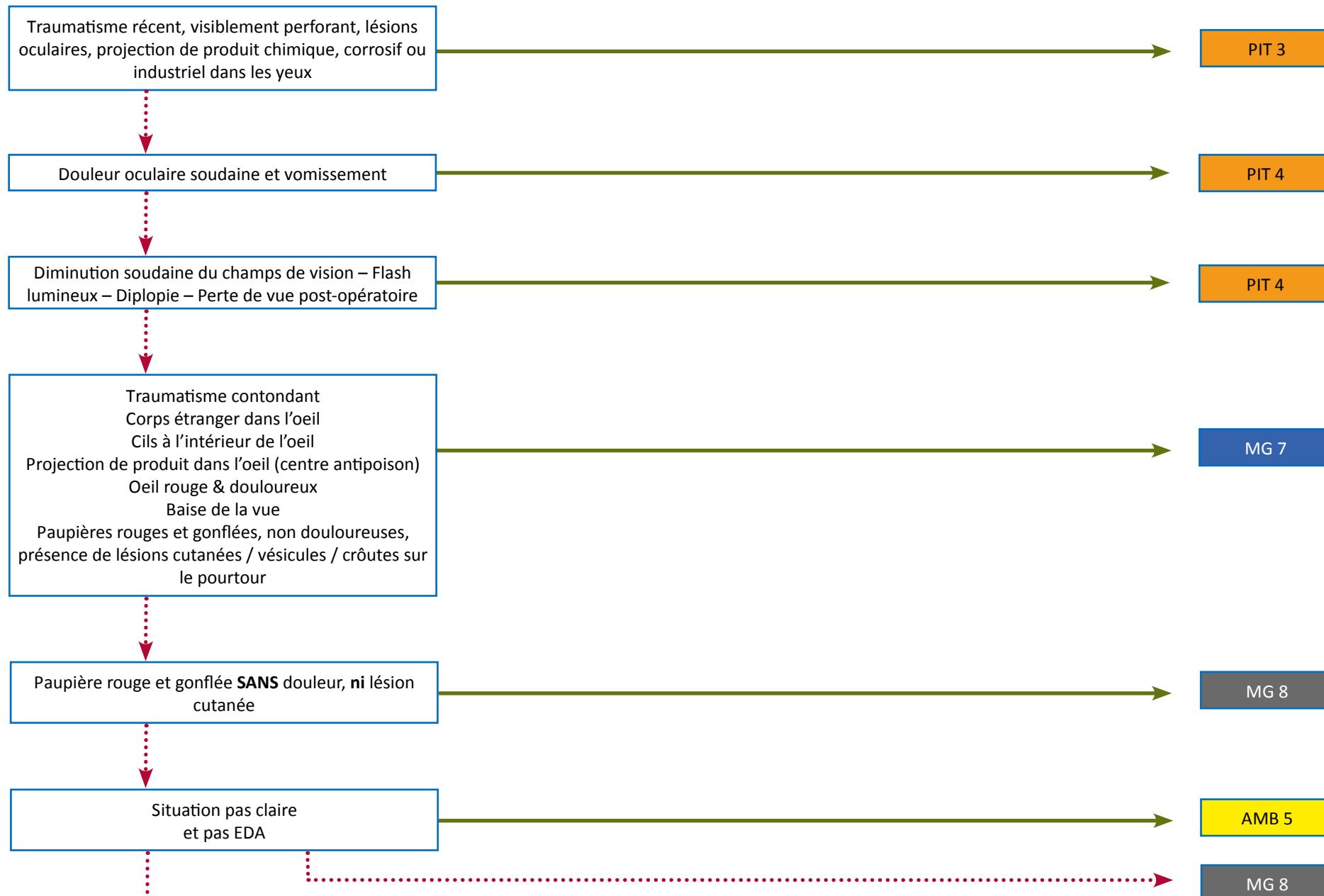
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.



063

PROBLÈMES OCULAIRES





077

REQUISITION POLICE ALCOOL – DROGUE

1. Mots-Clefs

Récupération | Police | Alcool | Drogues | Intoxication

2. Information pour les opérateurs

Pour chaque appel pour un contrôle, toujours poser les questions suivantes:

- Est-ce pour un contrôle d'alcool ou de drogue ?
- Est-ce pour le contrôle d'un détenu ou d'une personne arrêtée ?
- Est-ce que l'équipe de la police peut aller chez le médecin ?

Si la police intervient au poste de garde, elle sera considérée comme prioritaire pour que les temps d'attente soient réduits au minimum et par respect de la vie privée, dans ce cas, choisissez MG7.

- Il faut toujours procéder à un questionnement complet et envisager le protocole plus adéquat.
- En cas de rappel, un nouveau questionnement doit être réalisé.



077

REQUISITION POLICE ALCOOL – DROGUE



032

RÉACTION ALLERGIQUE

1. Mots-clés

Allergie | Réaction | Anaphylaxie | Choc anaphylactique | Asthme sévère | œdème du larynx | Urticaire | Gonflement du visage | Piqûre d'insecte | Morsure d'animal venimeux | Nausées | Vomissements | Guêpe | Asthme | Irritation | Toux irritative | Rougeur | Peau | Réaction à un médicament | Détresse respiratoire | Démangeaison | Essoufflement | œdème de Quincke | Plaque cutanée

2. Information pour les opérateurs

- Causes : exposition à une cause extérieure (médicament, aliment, morsure/ piqûre, exposition au soleil, produit cosmétique, ...).
- Signaux d'alarme : toux persistante – enrouement – dyspnée – gonflement de la gorge / langue – difficulté à avaler – diarrhée sévère – respiration sifflante – oppression – suffocation – diminution de la pression sanguine – pâleur – sueur – froid – tendance à l'évanouissement – altération de la conscience.
- Évolution rapide = <1 heure. Méfiez-vous des patients ayant des antécédents, leur état peut se détériorer rapidement !
- Attention : une réaction allergique aiguë peut être très similaire à une crise d'asthme aiguë – elle peut également se manifester sans anomalie cutanée !
- Urticaire = éruption cutanée accompagnée de démangeaison souvent intense et qui se développe en peu de temps. Elle commence par des taches rouges et peut évoluer en des plaques épaisses et pâles. Ces signes peuvent disparaître en quelques heures et réapparaître ailleurs. L'urticaire n'est pas contagieux.
- Sur une piqûre d'insecte ou après ingestion de médicaments, de nourriture ou tout autre piqûre.
- Réaction ou choc anaphylactique = réaction allergique aiguë potentiellement mortelle, due, par exemple, à une piqûre d'insecte. En peu de temps, les symptômes généraux d'un choc apparaissent : démangeaisons généralisées, éruption cutanée sur tout le corps, paupières et lèvres gonflées, vomissements et diarrhée, palpitations, chute de la tension artérielle, oppression, perte de conscience.

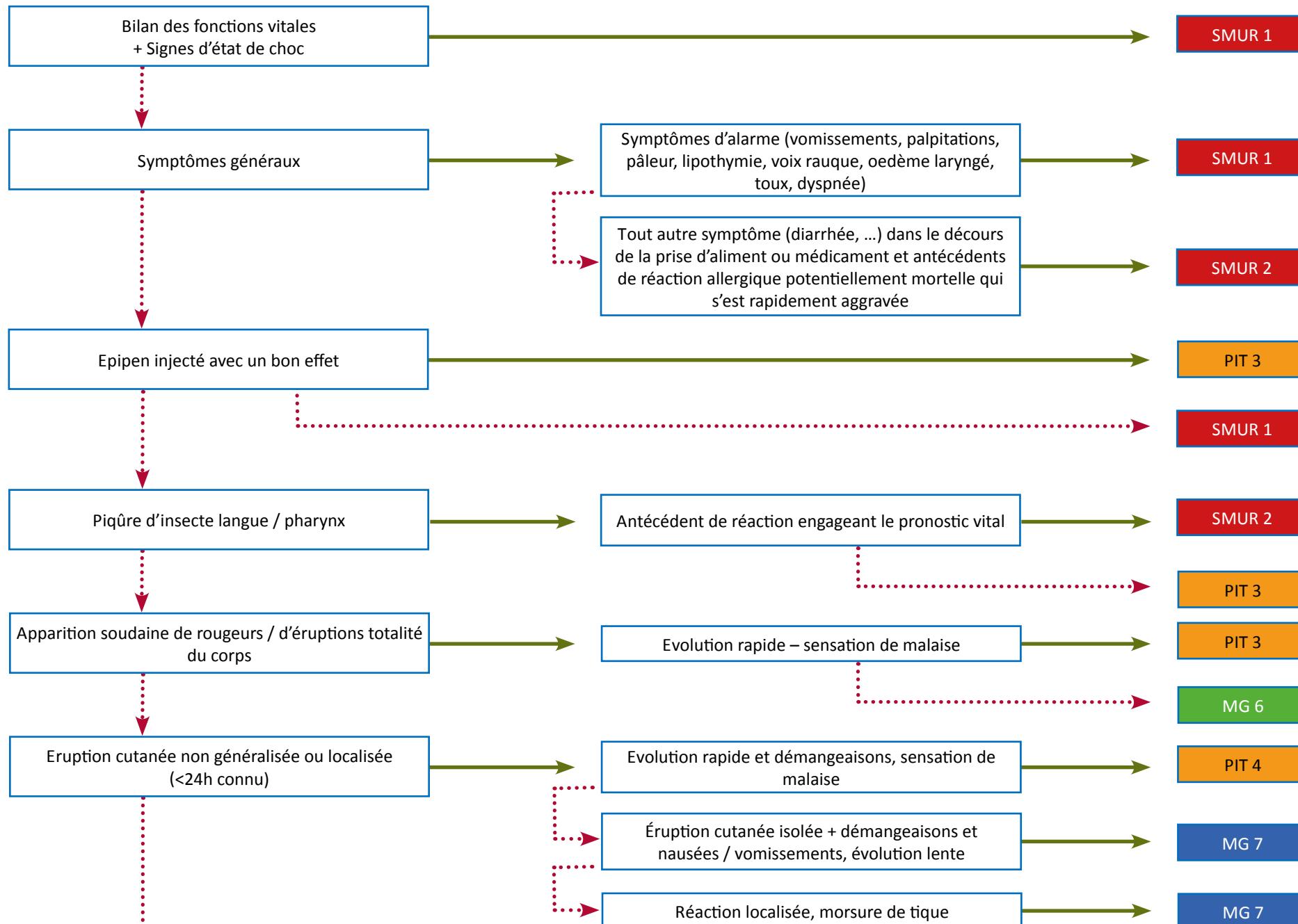
3. Instructions à l'appelant

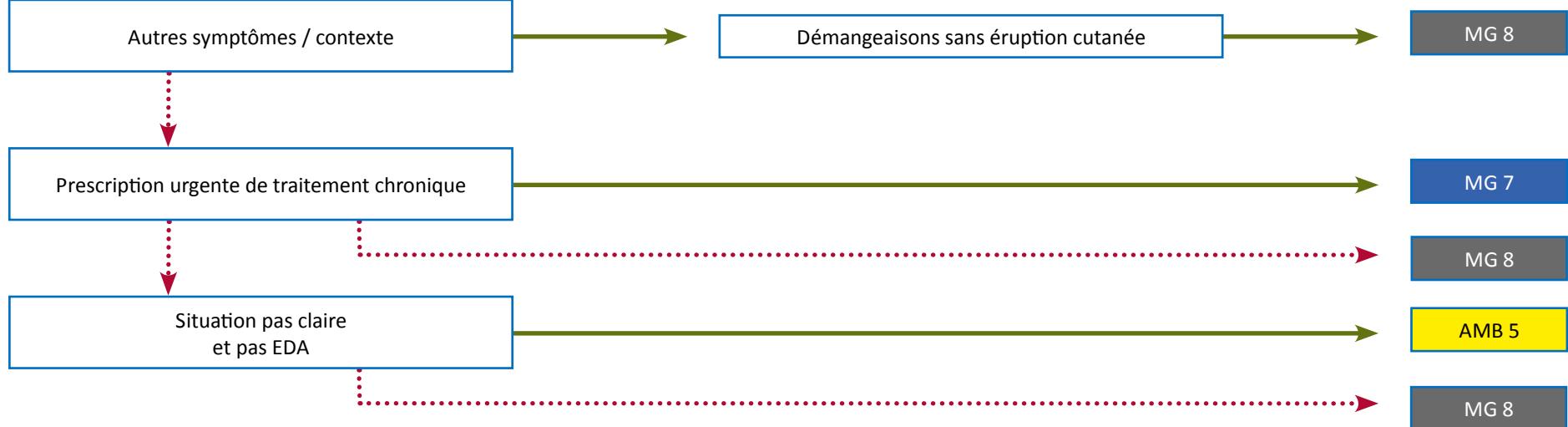
- Garder le patient allongé, jambes surélevées ou si patient conscient dyspnéique le placer en position semi-assise.
- Si présence de signes de choc, conseiller la position allongé sur le dos avec les jambes surélevées.
- Vu le risque d'évolution rapide de la réaction allergique, demander de rappeler le 112 en cas de modification de l'état du patient.
- « **Si quelqu'un aux alentours a un auto-injecteur d'adrénaline et sait comment l'utiliser, il peut être utilisé** » (epi-pen).



032

RÉACTION ALLERGIQUE





065

SURDITÉ SOUDAINE OU ACOUPHÈNES

1. Mots-clés

Surdité | Surdité d'une oreille | Acouphènes | Sensation de pression dans l'oreille

2. Information pour les opérateurs

- S'agit-il de surdité ou d'acouphènes ?
- Y avait-il une raison, par exemple un traumatisme ? Un accident ? Une chirurgie ?
- Est-ce soudain ou cela dure-t-il depuis un certain temps ?

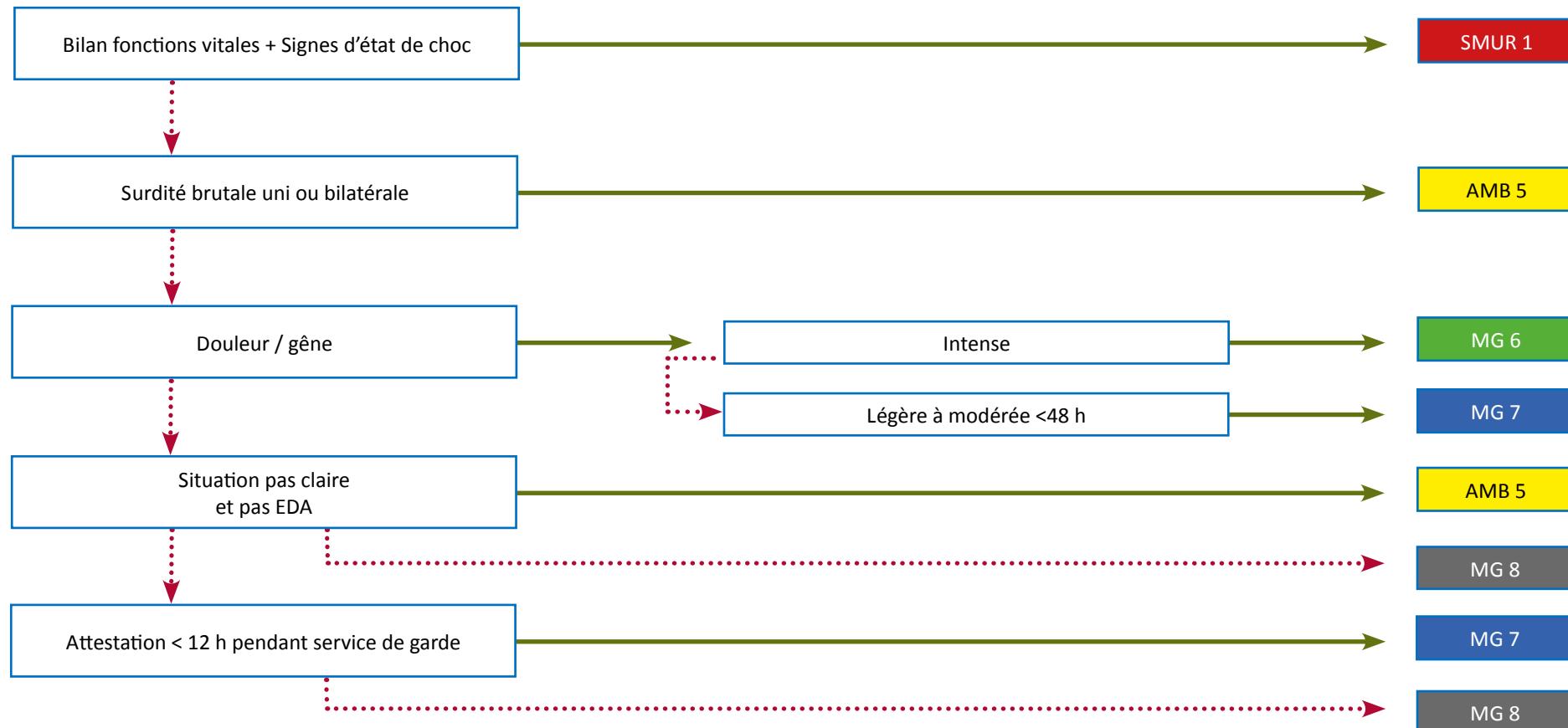
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.



065

SURDITÉ SOUDAINE OU ACOUPHÈNES



033

TRAUMATISME

1. Mots-clés

Traumatisme | Accident | Blessure | Ecchymose | Chute | Amputation | Détachement | Coupure | Explosion | Dislocation | Membre cassé | Fracture | Aggravé | Torsion | Blessure | Explosion | Saignement | Pénétrant

2. Information pour les opérateurs

- Y compris l'amputation.
- ! La réanimation téléphonique doit aussi être commencée en cas de traumatisme.
- Haute énergie = accompagné d'une forte énergie ... par exemple : collision, renversé, éjecté de la voiture, ...
- Choc physique, pas mécanique !
- Signes d'alarme = paralysie, trouble de la sensibilité, fourmillement dans un membre, essoufflement, fracture ouverte.
- Contexte de risque = patient vulnérable (>75 ans, <14 ans, sous antico, enceinte), évaluation difficile, localisation du risque de traumatisme (œil – génito-urinaire ...).

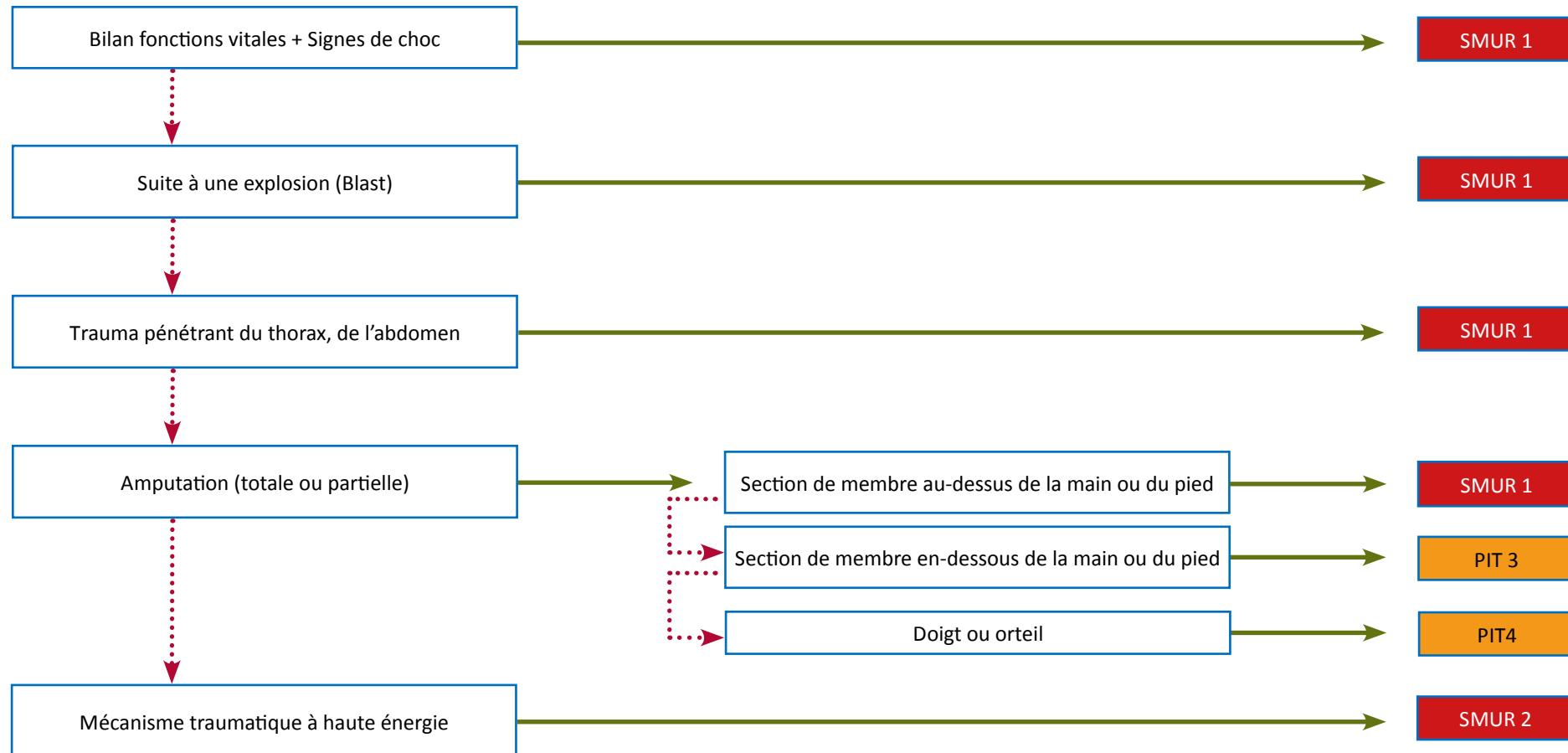
3. Instructions à l'appelant

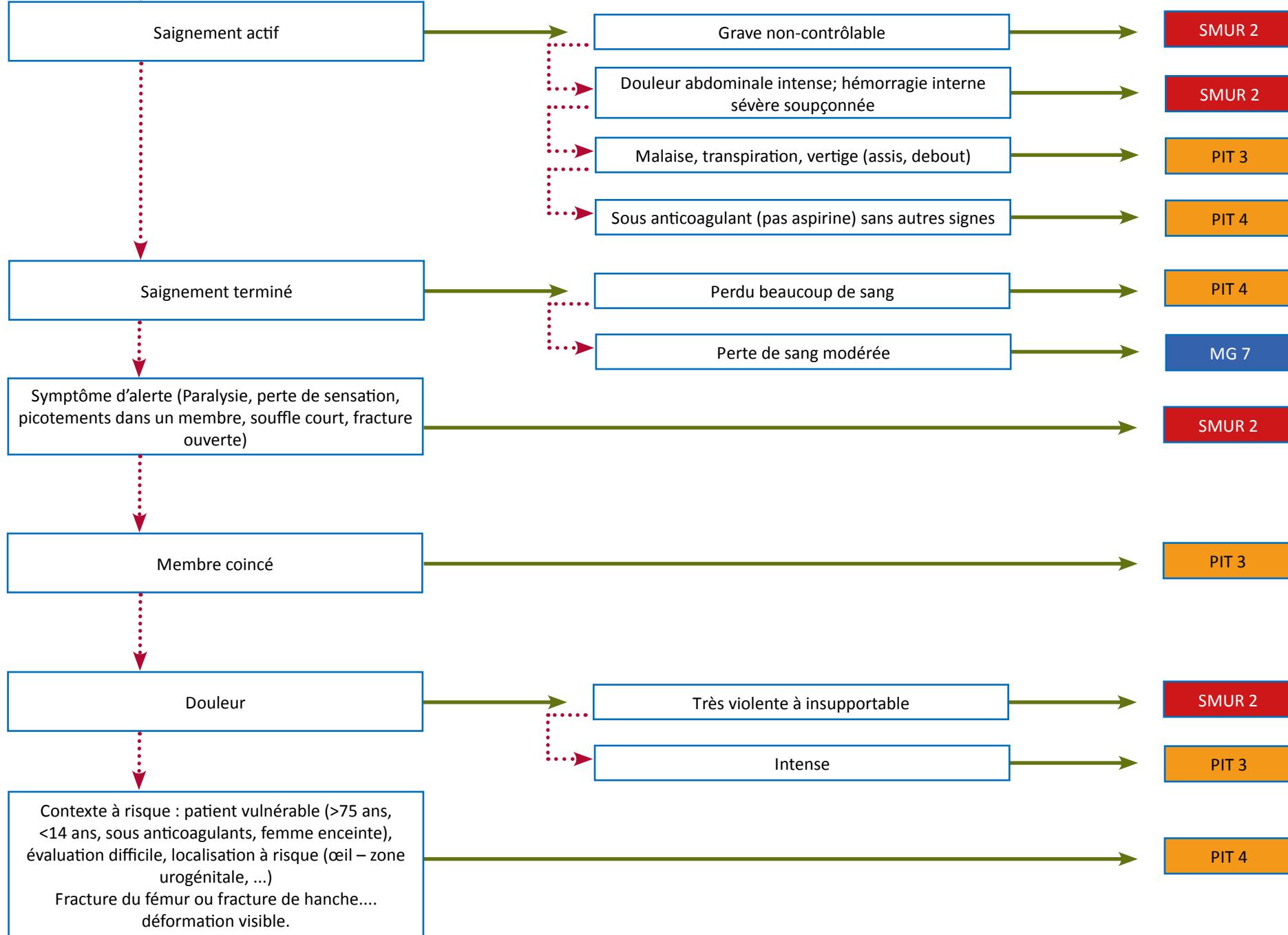
- PAI génériques.
- Sécurité.
- Garder les voies respiratoires libres – immobiliser + ne pas bouger si possible.
- Saignement externe : position haute – pression directe (si nécessaire, insérer une compresse – si le tissu est imbibé, placer une deuxième compresse au-dessus sans enlever la première) – garrot.
- En cas d'amputation : membre dans le sac, ce sac dans un second sac avec de la glace et/ou de l'eau froide.

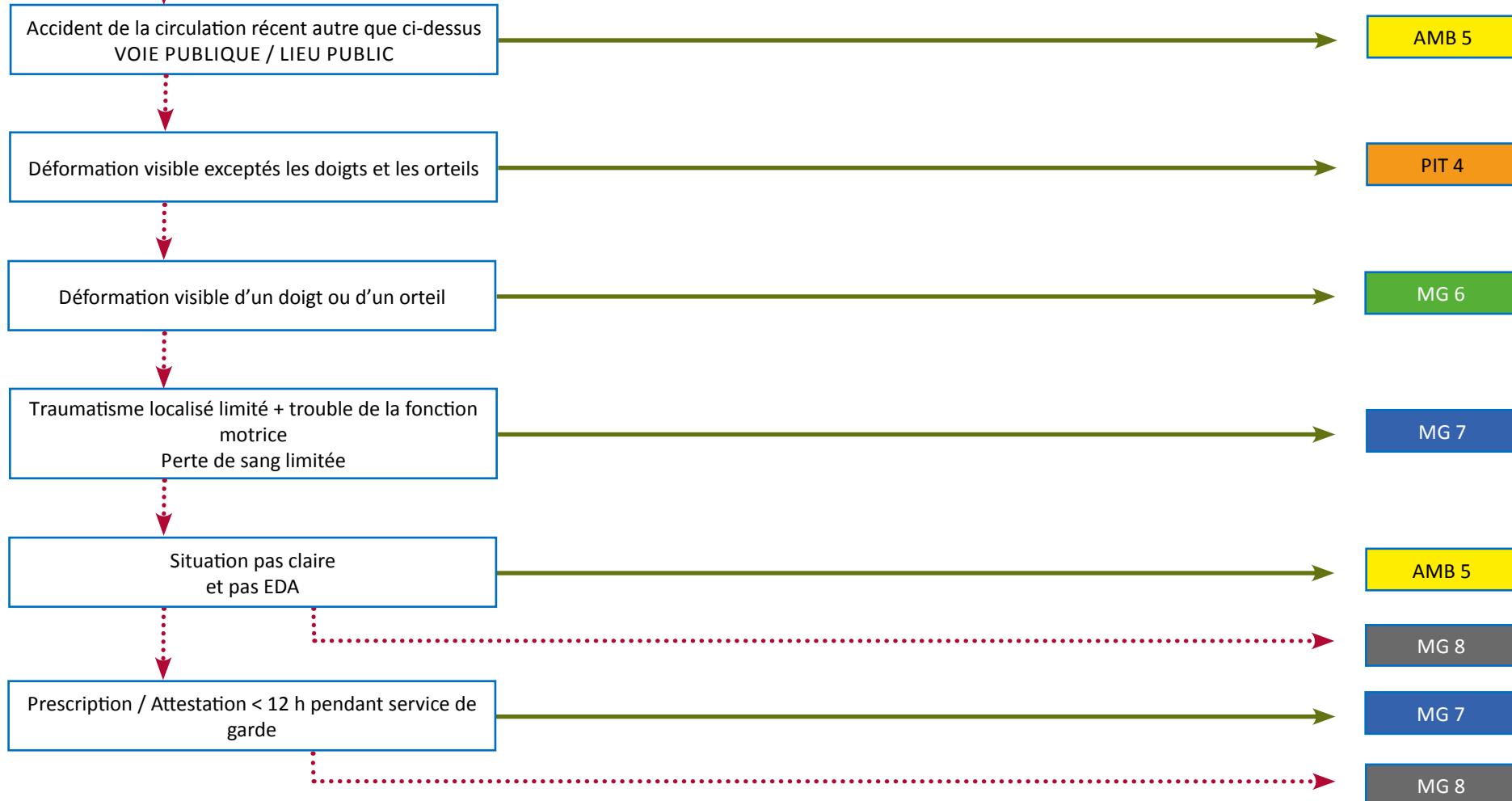


033

TRAUMATISME







034

TRAUMATISME CRÂNIEN

1. Mots-clés

Chute | Choc à la tête | Perte de conscience | Commotion cérébrale | Convulsions | Épilepsie | Maux de tête | Traumatisme crânien | Fracture du Crâne | Cerveau | Blessure à la tête

2. Information pour les opérateurs

- Aussi trauma tête – commotion cérébrale.
Note : traumatisme à haute énergie plutôt via le protocole de traumatologie.
- Risque plus élevé en cas d'anticoagulants (hors aspirine) ou de coagulopathie.
- Patient vulnérable : <7 ans, >75 ans, maladie chronique.
- Attention en cas d'intoxication ou de risque d'hypoglycémie.
- Attention au signe de fracture du crâne : (hématome en lunettes, hématome derrière l'oreille, ...).
- Inconscient pendant >5 minutes.
- Envisager transport vers l'hôpital approprié le plus proche avec plateau technique neurochirurgie.

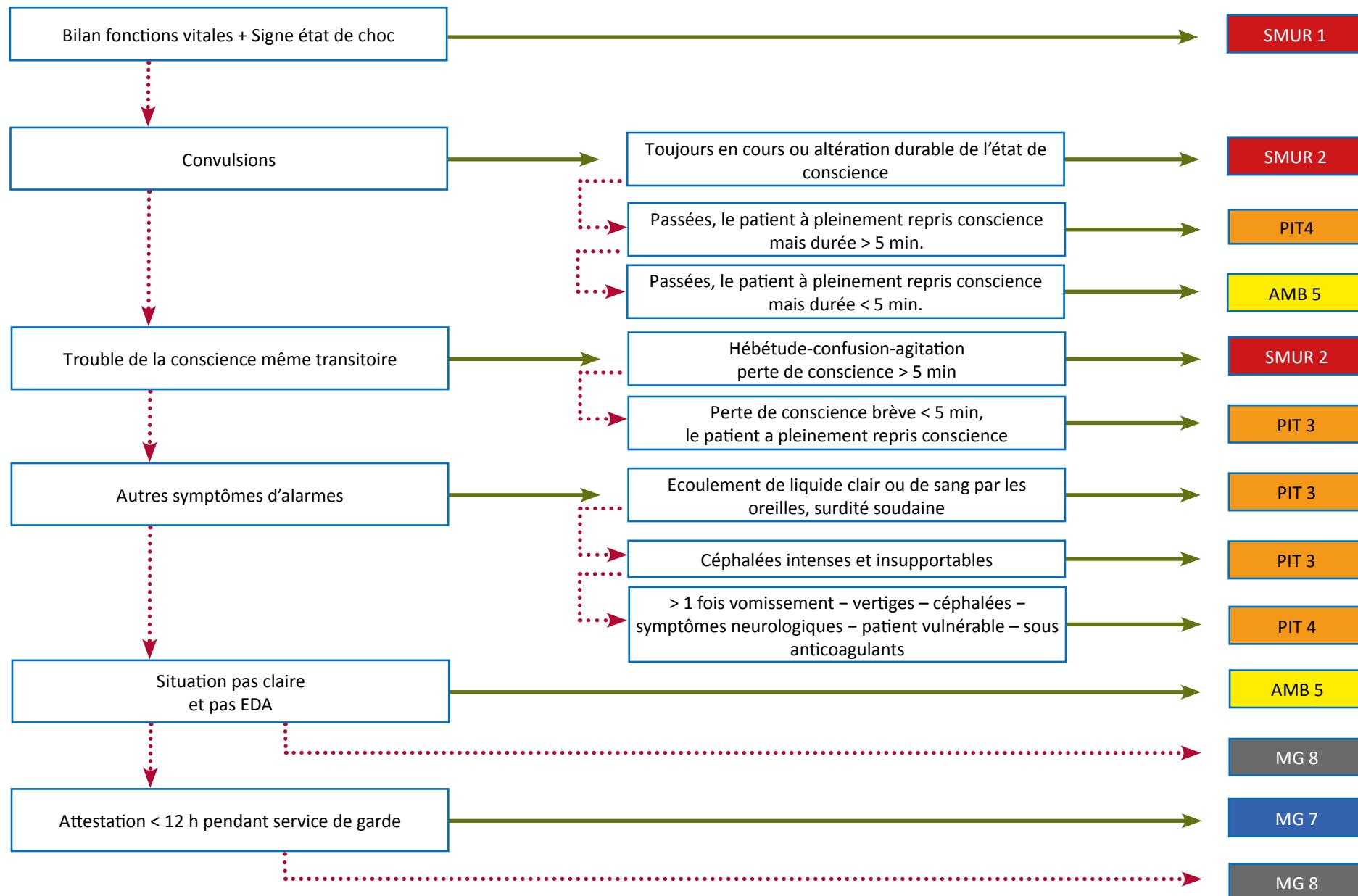
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.
- Convulsions.
- Sécurité.
- Position ne pas bouger si possible, pour protéger la colonne vertébrale.
- Dégagez les voies aériennes en cas de vomissement, tournez prudemment sur le côté.
- En cas de blessure : couvrir la plaie, arrêter le saignement (position haute – pression directe (Placer une compresse)).



034

TRAUMATISME CRÂNIEN



059

VERTIGES NAUSÉES

1. Mots-clés

Vertiges | Étourdissements | Tête qui tourne | Sensation de tomber dans les pommes | Sensation ébrieuse | Délire | VPB, Vertige paroxystique bénin | Neuronite | Vestibulaire | Nausée | Vomissement | Mal au cœur | Maladie de Ménière

2. Information pour les opérateurs

- Synonyme : vertige, étourdissement...
- Contextes particuliers : traumatisme, intoxication CO, pression / douleur thoracique.
- Ces symptômes sont présents dans de nombreuses pathologies.
- Importance de respecter le canevas de prise d'appel.
- S'accompagne-t-il d'acouphènes ?
- A noter si après un traumatisme, risque d'intoxication CO, pression / douleur thoracique.
- Envisager le dépistage «BEFAST» de l'AVC/AIT.
- Hyperventilation = respiration (excessive) (ventilation). Lors d'une hyperventilation, on utilise plus de ventilation que nécessaire pour maintenir le taux de dioxyde de carbone dans le sang à un niveau normal. Cela fait baisser le taux de CO₂ et provoque de nombreux symptômes supplémentaires (par exemple, des picotements dans les membres, ...). L'hyperventilation peut être provoquée par le stress ou la panique, mais elle est aussi le signe de certaines maladies sous-jacentes).

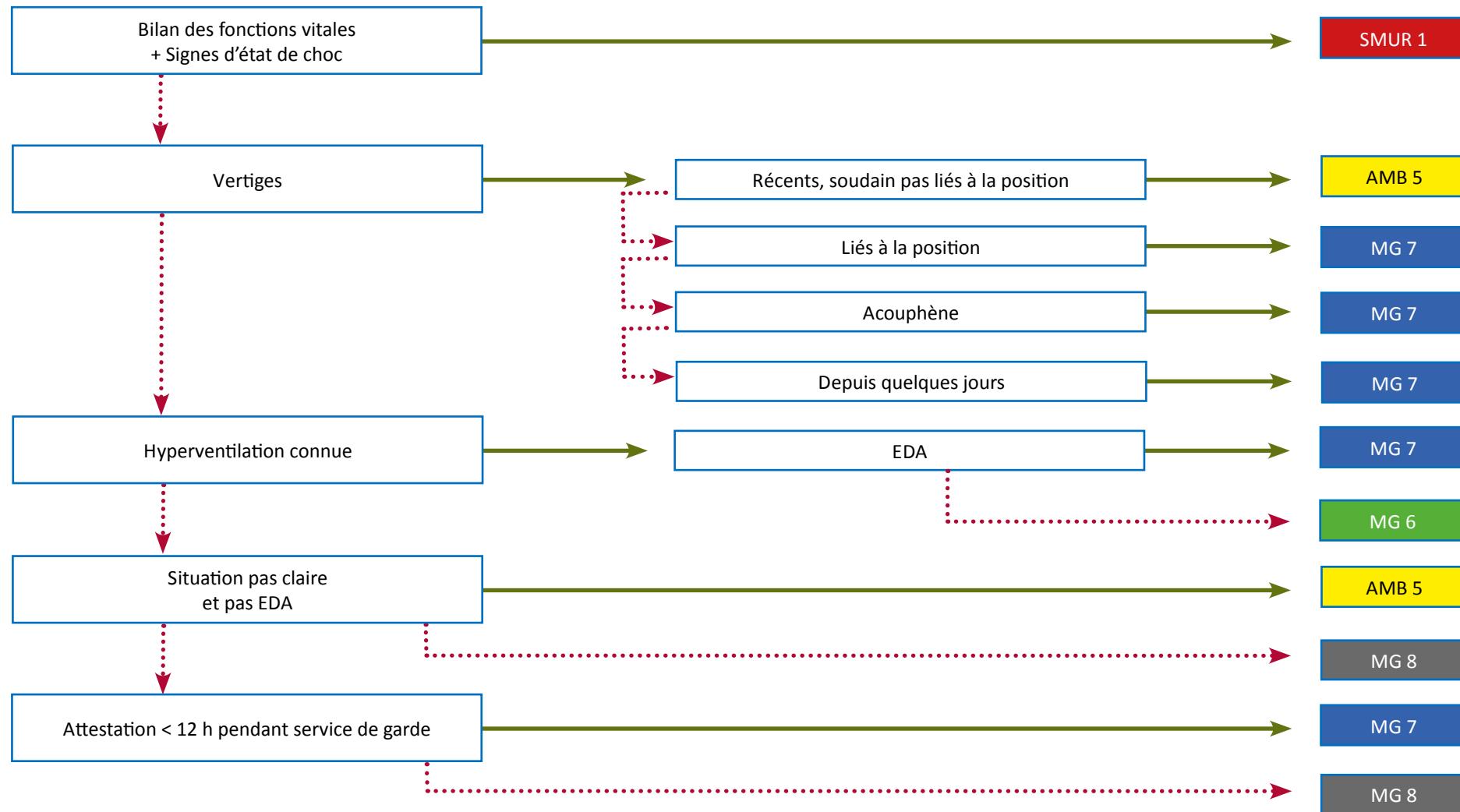
3. Instructions à l'appelant

- PAI génériques.



059

VERTIGES NAUSÉES





service public fédéral

**SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

Avenue Galilée 5/2

1210 Bruxelles

www.health.belgium.be

La version électronique de cette brochure est disponible sur : <https://www.health.belgium.be/fr/manuel-belge-de-la-regulation-medicale>

Imprimé avec des encres végétales sur du papier portant le label écologique européen.

Deze brochure bestaat ook in het Nederlands: <https://www.health.belgium.be/nl/belgische-handleiding-voor-de-medische-regulatie>

Ed. Resp. : Dirk Ramaekers, Président du comité de direction, Avenue Galilée 5/2, 1210 Bruxelles

Conception graphique : Thierry Sauvenière