Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics en soins avancés



Version 3,6c
Février 2020

Urgences-santé

Urgences-santé Québec

Services préhospitaliers d'urgence

Québec

PROTOCOLES D'INTERVENTION CLINIQUE À L'USAGE DES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS EN SOINS AVANCÉS – Mise à jour

	Protocoles	Version	Date
GEN	Généralités applicables à tous les protocoles	3,4	28-11-2019
SA1	Évaluation de la condition clinique préhospitalière avancée - médicale	2,9	27-09-2019
SA2	Évaluation de la condition clinique préhospitalière avancée - traumatique	2,9	27-09-2019
SA3	Support médical à distance	3,4	28-11-2019
SA3A	Présence d'un médecin sur place	2,0	21-05-2018
SA4	Intubation avec un dispositif avancé de protection des voies respiratoires	3,1	08-11-2019
SA5	Assistance ventilatoire	3,6	20-11-2019
SA6	Perfusion intraveineuse	3,3	21-11-2019
SA7	Atteinte de l'état de conscience	2,0	21-05-2018
SA8	Obstruction complète des voies respiratoires par un corps étranger	2,0	21-05-2018
SA9	Hypoglycémie	3,3	21-11-2019
SA10	Convulsions persistantes ou répétitives	2,0	21-05-2018
SA11	Intoxication avec médicaments, drogues et alcool	2,9	27-09-2019
SA12	Réaction allergique	2,9	27-09-2019
SA13	Dyspnée avec bronchospasme	2,9	27-09-2019
SA14	Dyspnée d'origine cardiaque probable	2,0	21-05-2018
SA15	Choc	2,9	27-09-2019
SA16	Gestion avancée de la douleur aiguë	3,4	28-11-2019
SA17	Douleur thoracique	2,9	27-09-2019
SA18	Bradycardie symptomatique	3,1	08-11-2019
SA19	Tachycardie symptomatique	2,9	27-09-2019
SA19A	Cardioversion électrique urgente	3,4	28-11-2019
SA20	Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale adulte	3,1	08-11-2019
SA20A	Protocole de prise en charge lors d'intervention de réanimation en cours par des techniciens ambulanciers de soins primaires - adulte	2,9	27-09-2019
SA21	Soins post-réanimation	2,9	27-09-2019
SA22	ECG multidérivations	2,9	27-09-2019
SA23	Perfusion intraosseuse	3,4	28-11-2019
SA24	Analgésie et sédation procédurale	3,5c	29-11-2019
SA25	État d'agitation et d'agressivité incontrôlable	3,4	28-11-2019
SA26	Décompression à l'aiguille chez un patient présentant un tableau clinique	2,9	27-09-2019
SA27	Cricothyroïdotomie d'urgence chez le patient avec incapacité de ventilation	2,9	27-09-2019

Avis important :

Pour usage exclusif selon les directives de la Table des directeurs médicaux régionaux des Services préhospitaliers d'urgence, de la Direction médicale nationale et de la Corporation d'urgences-santé.

Toute reproduction partielle ou totale de ce manuel est strictement interdite sans autorisation écrite préalable de la Direction médicale nationale des Services préhospitaliers d'urgence.

Version approuvée le 25 novembre 2019 par le Dr Pierre Guérette, Directeur médical national des Services préhospitaliers d'urgence, MSSS.

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination dans le seul but d'en simplifier la lecture.

Urgences-santé.
Novembre 2013 – Version 1 (© Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal)
Juin 2018 – Version 2,0
Décembre 2018 – Version 2,0c (corrigée)
Février 2020 – Version 3,6 (Mise à jour 3,6 ; 01-02-2020)
Août 2021 – Version 3,6c (corrigée)

© Direction médicale nationale des Services préhospitaliers d'urgence, 2020
2e édition, 2020
ISBN : 978-2-550-85947-5 (PDF)
ISBN : 978-2-550-81827-4 (1re édition)
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

Photo de la page couverture : Simulation d'une prise en charge en soins avancés. Remerciements spéciaux à Urgences-santé.

PROTOCOLES D'INTERVENTION CLINIQUE À L'USAGE DES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS EN SOINS AVANCÉS

Rédaction

Sébastien Légaré	Spécialiste en développement de programmes de soins primaires et de soins avancés, Urgences-santé Technicien ambulancier paramédic en soins avancés, Urgences-santé

Révision médicale – version 3,6 (février 2020)

Laurence Alix-Séguin	Urgentologue-pédiatre, CHU Sainte-Justine
Gilles Bourgeois	Directeur médical régional des Services préhospitaliers d'urgence, Urgences-santé
Éric Bruneau	Spécialiste à la qualité des soins préhospitaliers, Urgences-santé Technicien ambulancier paramédic en soins avancés, Urgences-santé
Pierre Guérette	Directeur médical national des Services préhospitaliers d'urgence, Direction des Services préhospitaliers d'urgence, MSSS
Sébastien Pothier	Technicien ambulancier paramédic en soins avancés, Urgences-santé
Nathalie Robin	Technicienne ambulancière paramédic en soins avancés, Urgences-santé
Dave Ross	Chef du Service de médecine préhospitalière de l'HSCM Directeur médical régional des Services préhospitaliers d'urgence Montérégie Directeur du programme de Majeure en soins préhospitaliers d'urgence avancés, Université de Montréal
Benoit Touchette	Spécialiste en soins préhospitaliers, Urgences-santé Directeur adjoint du programme de Majeure en soins préhospitaliers d'urgence avancés, Université de Montréal Technicien ambulancier paramédic en soins avancés, Urgences-santé

Les membres du Comité externe aviseur des Services préhospitaliers d'urgence (CEASPU) du Collège des médecins du Québec.

Révision linguistique (février 2020)

Farroudja Djouadi	Secrétaire, Direction des soins, Urgences-santé

Remerciements particuliers pour leur support et collaboration

La Dre Colette D. Lachaine et la Paramédic en soins avancés Nathalie Robin pour la révision et les modifications effectuées aux protocoles en 2018.

La Table des directeurs médicaux régionaux des SPU.

Les médecins du Support médical à distance inscrits au Service de médecine préhospitalière de l'HSCM.

PRÉAMBULE

La présente version des *Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics en soins avancés* est le fruit de plusieurs réflexions et recherches depuis l'implantation de la première version en 2014. Bien que certains protocoles adressaient déjà la clientèle pédiatrique en 2014, la plupart concernaient les patients adultes dits, âgés de 18 ans et plus. La version 3,6 (février 2020) fait migrer les protocoles afin d'élargir l'offre de soins avancés à la clientèle *en âge de la puberté*. Cette évolution des protocoles consiste en une première phase de changements qui permettront au technicien ambulancier paramédic en soins avancés (TAPSA) de prodiguer des soins évolués, basés sur la science, auprès de la clientèle pédiatrique en âge de la puberté (≈ 12 à 14 ans et plus). Au terme de la publication de la présente version, des travaux sont déjà en cours afin de réaliser la deuxième phase du *projet de protocoles pédiatriques en soins avancés* qui consiste à élargir la gamme de soins avancés à l'ensemble de cette clientèle, c'est-à-dire de la naissance à l'âge adulte. De plus, cette version inclut les modifications résultantes de la mise à jour du *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence* en février 2019 qui élargit l'autonomie du TAPSA.

Ce guide de références est divisé en plusieurs sections. La première section présente les généralités reliées à l'application des soins avancés par les TAPSA. La deuxième section expose les protocoles qui ont été récemment mis à jour et approuvés par les diverses instances médicales, dont le Comité externe aviseur des Services préhospitaliers d'urgence (CEASPU) du Collège des médecins du Québec et des autorités ministérielles.

Vous remarquerez qu'il n'y a pas de pagination pour l'ensemble du guide. Chaque protocole est paginé séparément. Cette façon de faire a pour objectif de faciliter l'insertion de modifications sans nécessiter une réimpression de l'ensemble du document. De plus, il est important de souligner que les termes « technicien ambulancier de soins avancés » sont utilisés tout au long de ce guide, puisqu'ils désignent le TAPSA au sens du *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence.* Dans ce cadre, les termes « technicien ambulancier- paramédic en soins avancés » et « technicien ambulancier en soins avancés » (TAPSA) doivent être considérés comme des synonymes.

En terminant, nous tenons à souligner l'implication des TAPSA d'Urgences-santé qui, de par leur engagement et leur visée d'excellence à prodiguer les meilleurs soins possibles à la clientèle, ont su participer à l'évolution de leur profession. Enfin, nous tenons aussi à remercier Urgences-santé pour leur soutien et effort dans ce projet.

Sébastien Légaré
Spécialiste en développement de programme de soins primaires et de soins avancés, Urgences-santé
Technicien ambulancier paramédics en soins avancés

Gilles Bourgeois
Directeur médical régional des Services préhospitaliers d'urgence, Urgences-santé

Pierre Guérette
Directeur médical national des Services préhospitaliers d'urgence, MSSS

TABLE DES PROTOCOLES DE SOINS AVANCÉS

GEN Généralité applicable à tous les protocoles

SA1 Évaluation de la condition clinique préhospitalière avancée – médicale

SA2 Évaluation de la condition clinique préhospitalière avancée – traumatique

SA3 Support médical à distance

SA3 Présence d'un médecin sur place

SA4 Intubation avec un dispositif avancé de protection des voies respiratoires (DAPVR)

SA5 Assistance ventilatoire

SA6 Perfusion intraveineuse

SA7 Atteinte de l'état de conscience

SA8 Obstruction complète des voies respiratoires par un corps étranger

SA9 Hypoglycémie

SA10 Convulsions persistantes ou répétitives

SA11 Intoxication avec médicaments, drogues ou alcool

SA12 Réaction allergique

SA13 Dyspnée avec bronchospasme

SA14 Dyspnée d'origine cardiaque probable

SA15 Choc

SA16 Gestion avancée de la douleur aiguë

SA17 Douleur thoracique

SA18 Bradycardie symptomatique

SA19 Tachycardie symptomatique

SA19A Cardioversion électrique urgente

SA20 Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – adulte

SA20A Protocole de prise en charge lors d'intervention de réanimation en cour par des techniciens ambulanciers de soins primaires – adulte

SA21 Soins post-réanimation

SA22 ECG multidérivations

SA23 Perfusion intraosseuse

SA24 Analgésie et sédation procédurale

SA25 État d'agitation et d'agressivité incontrôlable

SA26 Décompression à l'aiguille chez un patient présentant un tableau clinique de pneumothorax sous-tension en état préterminal

SA27 Cricothyroïdotomie d'urgence chez le patient avec incapacité de ventilation

SA25 ÉTAT D'AGITATION ET D'AGRESSIVITÉ INCONTRÔLABLE

**Traitement d'urgence du patient avec agitation et agressivité incontrôlables présentant un danger pour lui-même ou pour autrui*

Critères d'inclusion (tous doivent être présents) :

- Âge : présence de signes de puberté
- Agitation et agressivité incontrôlables malgré l'application de techniques d'apaisement.
- Physiquement dangereux pour lui-même ou pour autrui.

1. Se référer au protocole SA1 Évaluation de la condition clinique.
2. Si dangerosité et risque potentiel pour les TASA, demander l'assistance des policiers et attendre ceux-ci à une distance sécuritaire.
3. Appliquer les principes de sécurité, avoir une approche calme et rassurante (techniques de désamorçage).
4. Identifier les causes médicales immédiatement réversibles pouvant provoquer l'agressivité :
    a. Si hypoglycémie, se référer au protocole SA9 Hypoglycémie.
    b. Traiter les autres causes d'agitation et d'agressivité, dont l'hypoxie, en se référant aux protocoles appropriés.
5. Si le patient refuse le transport, se référer au protocole PSY. 2 « Transport sans consentement », ainsi qu'aux « Généralités » des PICTA. Dans la situation où le transport est exigé par les policiers et que le patient est toujours physiquement dangereux pour lui-même ou pour autrui, assurez-vous que ces derniers maitrisent le patient pour que vous puissiez procéder à l'application d'une contention physique.
6. Si la contention physique n'est pas suffisante pour assurer la sécurité du patient et des intervenants, que ce soit lors de la maitrise du patient par les policiers ou lorsque le patient est sous contention sur la civière (réf: agitation continue avec état de conscience à « A »), administrer du midazolam. *L'Échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS)* doit être calculée avant et après l'administration de chaque dose de médicament sédatif.
7. ☎ Dès que possible après l'administration du midazolam, communiquer avec le médecin du support médical à distance afin de lui donner un rapport sur la situation.
8. Appliquer les ordonnances du médecin le cas échéant :
    a. ☎ Valider les autres causes d'agitation et d'agressivité (voir section Remarques); les traiter selon les recommandations et les ordonnances du médecin.
    b. ☎ Administrer des doses subséquentes de midazolam.
9. Appliquer tout autre protocole approprié et débuter l'évacuation.
10. Maintenir une surveillance clinique étroite.
11. Transport au centre désigné par le SPU en fonction de la condition clinique du patient.

Remarques :

- Lors de l'intervention, le matériel de réanimation (moniteur, équipement de gestion des voies respiratoires, oxygène, etc.), doit être présent au chevet du patient.
- Une glycémie capillaire précoce doit être faite en tout temps, aussitôt que la situation le permet.
- Seuls les policiers sont autorisés par la loi à maîtriser le patient en vue d'exiger son transport dans un établissement de santé. Les TASA doivent assister les policiers lors de l'application d'une contention physique. Idéalement, des bandes triangulaires devraient être utilisées comme contention physique afin d'assurer la sécurité du patient. Elles doivent être attachées telles que spécifiées au protocole TECH. 2 Contentions.

- Les TASA appliquent tout autre protocole de soins pertinents que requiert la condition clinique du patient. De plus, lorsque techniquement possible, chez le patient qui est maîtrisé physiquement ou qui a reçu les médicaments requis dans le cadre du présent protocole, la surveillance de l'état de conscience, de la fréquence respiratoire, du rythme cardiaque et de la SpO_2 doivent être appliquées. Lorsque requis, l'assistance ventilatoire et de l'oxygène doivent être administrés de façon à maintenir une saturation entre 94 et 96 %.
- Pour une raison de sécurité, lors de la préparation de tout médicament, et ce, particulièrement pour les substances contrôlées, une double vérification par deux intervenants est requise (*la double vérification indépendante*). À défaut d'avoir un deuxième intervenant pour contrevalider le tout, une autre personne peut être utilisée. Si le TAPSA est seul, il effectue lui-même sa vérification à deux reprises, et ce, en dictant à haute voix la préparation du médicament.

Échelle de vigilance-agitation de Richmond (Richmond Agitation Sedation Scale - RASS)

Instruction	Description/Définition	Niveau
Observer le patient sans faire de bruit		
S'il manifeste une activité motrice spontanée, quantifier le niveau d'agitation :	**Combatif** : danger immédiat envers l'équipe	**+ 4**
	Très agité : tire, arrache tuyaux ou cathéters et/ou agressif envers l'équipe	**+ 3**
	Agité : mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur	**+ 2**
	Ne tient pas en place : anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs	**+ 1**
S'il est calme, et répond ou non aux ordres simples :	**Éveillé et calme** : calme et les yeux ouverts Conscient : RASS 0 + répond aux ordres simples	**0**
S'il est calme, les yeux fermés : quantifier le niveau d'hypovigilance (ou d'endormissement) en s'adressant au patient par son nom sans le toucher, en utilisant une voix de plus en plus forte et d'autant plus forte que le patient est susceptible d'être sourd (sujet âgé, séjour prolongé en réanimation : bouchon de cérumen, toxicité des antibiotiques et du furosémide) :	**Somnolent** : pas complètement éveillé, mais reste éveillé au contact visuel à l'appel (> 10 sec.)	**- 1**
	Diminution légère de la vigilance : reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10 sec.)	**- 2**
	Diminution modérée de la vigilance : n'importe quel mouvement à l'appel (ouverture des yeux), mais pas de contact visuel	**- 3**
Si le patient ne fait aucun mouvement, y compris en l'appelant d'une voix forte: frictionner d'abord l'épaule puis le sternum sans être nociceptif :	**Diminution profonde de la vigilance** : aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)	**- 4**
	Non réveillable : aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)	**- 5**

Aucun autre texte sur cette page.

SA25 ÉTAT D'AGITATION ET D'AGRESSIVITÉ INCONTRÔLABLE

Intervention autonome :

MIDAZOLAM

Conditions d'administration :

- Âge : présence de signes de puberté
- État d'agitation et d'agressivité incontrôlable présentant un danger pour lui-même ou pour autrui malgré les autres interventions dites non pharmacologiques – Échelle RASS : +3 ou +4

Contre-indications :

- État de conscience sur l'échelle AVPU (V, P ou U);
- Allergie au midazolam ou autres benzodiazépines.

Posologies :
Administrer les posologies en fonction des conditions spécifiques suivantes :

Présence de signes de puberté à ≤ 64 ans :
midazolam
IN : 5 mg, dose unique.
IM : 5 mg, dose unique.
IV : 2 mg, dose unique.

65 ans et plus
midazolam
IN : 2,5 mg, dose unique.
IM : 2,5 mg, dose unique.
IV : 1 mg, dose unique.

Aucun autre texte sur cette page.

SA25 ÉTAT D'AGITATION ET D'AGRESSIVITÉ INCONTRÔLABLE

Interventions sous l'ordonnance verbale du médecin (p. 1 de 1) :

En fonction du contexte et du tableau clinique, le médecin du support médical à distance peut ordonner :

☎MIDAZOLAM

Conditions d'administration :

- Âge : présence de signes de puberté
- État d'agitation et d'agressivité incontrôlable présentant un danger pour lui-même ou pour autrui malgré les autres interventions dites non pharmacologiques – Échelle RASS +3 ou +4 malgré la contention physique et l'administration de la 1re dose de midazolam.

Contre-indications :

- État de conscience sur l'échelle AVPU (V, P ou U);
- Allergie au midazolam ou autres benzodiazépines.

Posologies :
Administrer les posologies en fonction des conditions spécifiques suivantes :

Présence de signes de puberté à ≤ 64 ans :
midazolam
IN: 5 mg, q 10 minutes, PRN.
IM : 5 mg, q 15 minutes, PRN.
IV : 2 mg, q 5 minutes, PRN.

65 ans et plus
midazolam
IN : 2,5 mg, q 10 minutes, PRN.
IM : 2,5 mg, q 15 minutes, PRN.
IV : 1 mg, q 5 minutes, PRN.

Aucun autre texte sur cette page.