SANTÉ QUÉBEC

Cartographie des changements

PICPSP 2026

AVIS AU LECTEUR

Ce document de soutien vise à fournir des informations complémentaires et des éléments explicatifs afin de faciliter la transition clinique lors de mises à jour des PICPSP. Il a pour objectif d'accompagner les paramédics dans l'application des changements, sans toutefois remplacer les protocoles officiels.

Les informations présentées sont données à titre indicatif uniquement et sont destinées à accompagner les professionnels de la santé dans l'évolution des protocoles officiels en vigueur. Elles ne modifient, ni ne supplantes, les protocoles en vigueur publiés par la direction médicale nationale, lesquels demeurent la référence et prévalent en toute circonstance.

Dans le tableau de la cartographie des changements, la colonne de droite indique les modalités d'implantation provinciales :

- En vert : application immédiate du protocole ou du geste précisé, dès la publication du bulletin clinique le 1er mars.
- En jaune : application du protocole ou du geste précisé un mois après la publication du bulletin clinique, soit le 1er avril. Du support complémentaire (outils, documentation, vidéos, etc.) est offert en ligne pour son appropriation par le paramédic et les équipes cliniques. Ces éléments seront revus brièvement en formation. Toutefois, il est de la responsabilité du paramédic de lire, s'approprier et d'effectuer les modifications de sa pratique dans les délais prescrits. Se référer au bulletin clinique et à votre région pour du support clinique.
- En rouge : application prévue seulement après que le paramédic ait reçu la formation appropriée (gériatrie jour 1 et PICPSP 2.0)

Les lecteurs concernés sont invités à consulter régulièrement les mises à jour des protocoles officiels (PICPSP) pour garantir la qualité et la sécurité des soins dispensés.

Équipe de rédaction

Auteurs

Carole-Ann Lachance Lapierre	PSP et conseillère clinique à la formation nationale
Nicolas Capolla-Daneau	PSP et conseiller clinique à la formation nationale

Réviseurs

Dave Beaudoin	PSP et conseiller clinique à la formation nationale
Pierre Martin	PSP et conseiller clinique à la formation nationale

Remerciements

Dr. François Bégin	Directeur médical de la région 12 (Chaudière-Appalaches) et chargé de projet à l'actualisation des protocoles

Table des matières

Généralités ***5***

Appréciation de la condition clinique préhospitalière (médicale et traumatique) ***7***

Aspects médico-légaux ***10***

Situations universelles ***13***

Situations médicales ***15***

Situations traumatiques ***19***

Réanimation ***24***

Obstétrique ***30***

Situations environnementales et matière dangereuse ***33***

Protocoles et techniques auxiliaires ***36***

Annexe I - Medicaments ***37***

Annexe II - Techniques ***43***

Annexe III - Prévention des infections ***46***

Section/protocole	Modification	Explication	
Généralités			
Hyperlien vers la table des matières	À la demande des paramédics, nous avons ajouté un hyperlien vers la table des matières après chaque protocole	S/O	
Préambule, collaborateurs et liste des abréviations	Mise à jour pour la version 2.0	S/O	
Généralités - Rôles et responsabilités	Ajout d'un libellé sur le rôle et les responsabilités du paramédic sur la prestation, le transfert et l'interruption d'un soin Changements dans le libellé « transfert de responsabilité à l'équipe soignante du centre receveur » Ajout d'un paragraphe sur le transfert de responsabilité lors de l'application de la paramédecine de régulation Ajout de précision sur le rôle non traditionnel	Rappel et bonification des rôles et responsabilités du paramédic Modification nécessaire à la suite d'un avis légal Devenu nécessaire avec l'application provinciale de ce protocole Retrait des termes personnel-cadre et superviseur puisque ceux-ci ne sont pas définit dans le document. Précisions sur la conduite à tenir lorsque le PSP est seul en attendant de se faire relever.	
Généralités - clientèle	Clientèle pédiatrique : ajout de « au sens clinique » pour différencier le pédiatrique de l'adulte lors de l'application des protocoles cliniques exclusivement	Pour différencier le pédiatrique de l'adulte lors de l'application des protocoles cliniques exclusivement. En effet, cela ne s'appliquerait pas au sens légal par exemple.	

Généralités - Déplacement	Déplacement du patient : retrait d'un libellé sur l'évaluation de la capacité à se mobiliser du patient. Le paragraphe couvre déjà les aspects de cette évaluation.	S/O	
Généralités – Transport sécuritaire à bord d'un véhicule	Ajout de caractéristiques (poids) pour le néomate et le pedi-mate	Ces informations étaient manquantes	
Généralités - NPO	Modification du libellé sur le NPO afin d'être contemporain dans les recommandations	Les conditions de NPO sont plus explicites, ce qui permet de faire boire certains patients des liquides clairs (p.ex : eau, jus de fruits sans pulpes) jusqu'à 200 ml. Il est proscrit de faire manger les patients. Joshi, Girish P. M.B.B.S., M.D.; et al. 2023 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting: Carbohydrate-containing Clear Liquids with or without Protein, Chewing Gum, and Pediatric Fasting Duration—A Modular Update of the 2017 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting*. Anesthesiology 138(2):p 132-151, February 2023. | DOI: 10.1097/ALN.0000000000004381	
Généralités - documentation et enregistrement des interventions	Ajout d'un paragraphe sur la rédaction post-intervention et son importance dans la qualité des soins	Rappel et bonification des rôles et responsabilités du paramédic	
Généralités – Transfert interhospitalier	Ajout de spécifications (critères du collège des médecins du Québec) quant aux transferts qui nécessitent une équipe médicale ou une escorte hospitalière. Cette modification entraine le retrait de l'appendice : procédure de transfert d'un patient en IAMEST (dans le protocole d'ischémie cardiaque), puisque ces points sont maintenant couverts par les généralités.	Cette modification permet ainsi une application de ces principes à l'ensemble des transferts et pas seulement aux infarctus	
Généralités (fin)	Ajout d'une remarque sur la garde préventive	Précision sur les limites du champ de pratique des paramédics	

	Changement du libellé concernant le jugement clinique Retrait de l'hyperlien quant aux protocoles associés	Les ajustements visent à mieux dicter ce qu'est la pratique clinique attendue Les généralités sont implicites à l'ensemble des PICPSP	

Appréciation de la condition clinique préhospitalière (médicale et traumatique)			
Appréciation de la condition clinique (générale)	Ajout d'une ligne générique au point 3. Appréciation primaire, qui se retrouvait dans les généralités traumatiques. Ajout du U à OPQRST et du R à SAMPLE	Est applicable en tout temps En lien avec la formation PICPSP j1 et le document de soutien à cette formation	
Critères d'instabilité	Retrait de la ligne mentionnant un départ hâtif de la scène et une conduite en mode urgent	Cela est déjà couvert dans les généralités	
Saturométrie et oxygénation	Ajout du nitrite de sodium dans les situations A) nécessitant de l'oxygène à haute concentration	Ce produit peut causer une méthémoglobine (incapacité de transporter efficacement l'oxygène dans le sang)	
Appréciation de la sévérité respiratoire	Ajout de précisions sur l'utilité de l'échelle Ajustement et précisions dans le tableau Le libellé sur la détresse réfractaire aux traitements et l'hypoventilation a été sorti du tableau pour devenir une référence avec plus de précision	Afin de contextualiser son utilisation Afin de mieux refléter la progression d'une dyspnée et permettre d'identifier plus rapidement les patients qui auront besoin d'une assistance ventilatoire Afin de mieux comprendre ces concepts et ne pas alourdir le tableau	
Appréciation clinique pédiatrique & appréciation spécifique PRAM	Ajout de quelques spécifications dans l'appréciation	Recommandation d'expert en pédiatrie	
	Ajout de l'échelle de PRAM, qui sert à évaluer le niveau de sévérité d'une crise d'asthme aigu (bronchospasme) en pédiatrie	Outil clinique reconnu pour évaluer l'asthme aigu en pédiatrie Ducharme FM, Chalut D, Plotnick L et al. The Pediatric Respiratory Assessment Measure: a valid clinical score for assessing acute asthma severity from toddlers to teenagers. J Pediatr. 2008;152(4):476-80, 480. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18346499	

Appréciation clinique gériatrique & appréciations spécifiques AINÉES-AD-PLUS et HTO	Modification du protocole d'appréciation clinique gériatrique pour s'arrimer avec la formation de gériatrie jour 1 et permettre une évaluation plus contemporaine, adaptée et sécuritaire de la personne âgée (appréciation spécifique ainées-ad-plus)	Recommandation d'expert en gériatrie	
	Ajout de l'ainée-ad-plus et du dépistage de l'hypotension orthostatique	Outil clinique permettant de questionner l'état de santé d'une personne âgée/ accélérer le dépistage et le diagnostic de l'HTO par un autre professionnel	
Appréciation spécifique : échelles d'autoévaluation de la douleur	Est un ajout en lien avec le protocole de douleur aigu.	Ces échelles, bien qu'utilisées fréquemment, n'avaient pas été insérées dans les protocoles lors de sa version 1.0.	
Appréciation spécifique Glasgow-Cincinnati-RASS- Rythme en ACR	Ajout de précisions sur l'utilité de l'échelle	Permet de contextualiser l'utilisation des échelles	
Appréciation spécifique : toxidrome et matières dangereuses	Ajout du toxidrome au nitrite de sodium	à la suite d'une recommandation de coroner	

Aspects médico-légaux			
Aptitude, consentement, refus	Retrait de la mention de considérer une réorientation (voir le protocole Régulation par coévaluation) Dans la section refus de soin, ajout de précision en ce qui a trait aux conseils de surveillance clinique appropriés à la situation	La coévaluation n'est pas nécessairement la bonne trajectoire pour les gens refusant les soins Les conseils n'y étaient pas spécifiés avant	
Constat de décès	Ajout de précisions au protocole dans les situations d'AESP	L'objectif est de permettre de respecter les volontés d'un DNR malgré la présence d'une AESP	
	Ajout de la remise en disponibilité partielle par avis au CCS	Lors d'un constat de décès, il est adéquat que l'équipe avise le CCS d'une disponibilité partiel pour répondre à un appel urgent, le cas échéant	
Directive de non-réanimation	Ajout de précisions dans le protocole Déplacement d'une remarque (circonstance particulière), lorsqu'il y a désaccord	L'objectif est de permettre de respecter les volontés (directive écrite) d'une personne Afin de rendre le protocole plus fluide, cette situation d'exception a été descendue dans les remarques	
Directives d'un professionnel de la santé	Ajout de précision sur les directives Ajout d'une ligne dans les remarques qui spécifie de se référer au protocole de Directives de non-réanimation	Clarifier ce qui peut être une directive Vise à ne pas créer de «cul de sac» dans ce protocole	
Suspicion de maltraitance de l'ainé ou de la personne majeure en situation de vulnérabilité	Ajout de suspicion au titre du protocole Éclaircissement légal du rôle du paramédic dans ce contexte	Vise à être plus inclusif Le texte a été organisé pour être plus clair dans son application régionale. Le paramédic à l'obligation de signaler la maltraitance de l'ainée	
Suspicion de maltraitance de l'enfant	Ajout de suspicion au titre du protocole	Vise à être plus inclusif	

Mort irréversible	Ajout d'une mention sur l'application de ce protocole en situation d'hypothermie Ajout de la situation exceptionnelle où il n'est pas possible de faire la minute d'asystolie avec le moniteur, contacter l'hôpital de base (UCCSPU ou équivalent) pour effectuer une procédure équivalente	Spécifications selon lesquels la mort irréversible peut être appliquée seulement lorsque l'intervenant ne peut pas effectuer de manœuvres de réanimation liées à la rigidité thoracique (corps gelé) et en présence d'asystolie Lott, C. e. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021 : Cardiac arrest in special circumstances. Resuscitation, 161, 152 219. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.011 À la suite de certaines problématiques isolées	
Niveaux de soins	Ajout de la possibilité d'oriente le patient en niveau de soins D dans un corridor de service (AVC aigu, ischémie cardiaque, EQTPT) selon une directive régionale	À la demande de certaines régions	
Régulation par coévaluation	Déplacer le protocole de la section implantation régionale facultative à la section aspect médico-légale, puisque le protocole est obligatoire	Implantation provinciale	
	Ajouter des contre-indications au protocole pour être plus sécuritaire Retrait de « dans le cadre d'un protocole » pour la saisie d'un ECG.	Recommandations d'expert L'objectif est de simplifier la compréhension de ce libellé. Tout patient ayant reçu un ECG, dans le cadre d'un protocole ou non, ne doit pas être orienté vers la coévaluation.	

Scène de crime confirmée ou suspecté	Modification du libellé sur la protection de la scène	Le libellé a été travaillé pour être plus contemporain et mieux représenter le rôle du paramédic dans son cadre légal	
Maltraitance de l'ainée ou de la personne majeure en situation de vulnérabilité	Ajout de : suspicion de, au titre du protocole	Comme tous les autres protocoles, l'entrée au protocole doit se faire parce qu'on suspecte la présence du tableau clinique ou de la situation	
Maltraitance de l'enfant	Ajout de : suspicion de, au titre du protocole	Comme tous les autres protocoles, l'entrée au protocole doit se faire parce qu'on suspecte la présence du tableau clinique ou de la situation	

Situations universelles			
Altération de l'état de conscience	Ajout d'un libellé précisant la prise d'un pouls carotidien et la référence au protocole d'ACR Ajout de problèmes liés à la chaleur dans les considérants	L'ajout vient corriger un angle mort initial dans le ce protocole, qui ne prévoyait pas de prise de pouls avec la méthode CAB lorsqu'une personne était retrouvée inconsciente. Cette méthode vise à respecter le principe qu'il faut toujours aller valider ou invalider le tableau clinique le plus urgent et le plus grave en premier Était un oubli dans la version initiale	
Choc	Ajout d'un tableau clinique de choc hémorragique d'origine non médical, qui inclut l'AAA et les pathologies qui étaient visées dans les remarques	Cet ajout vient camper un tableau clinique plus large avec différentes pathologies qui sont létales et qui nécessitent un transport urgent	
Douleur aigüe	Ajout d'un protocole qui vise à inclure l'analgésie multimodale (tylenol, ibuprofène et fentanyl) sous un même protocole	L'objectif est de diminuer la douleur en préhospitalier, allant de la douleur légère à sévère (voir fiche Rx correspondante, soit acétaminophène, ibuprofène et fentanyl)	
	La formation fentanyl 14 ans et plus est maintenant obligatoire provincialement Le fentanyl 4-13 ans est inclus au protocole en format projet pilote régional	S/O S/O	
Insuffisance respiratoire	Ajout d'un libellé précisant : - La continuité des soins chez le patient intubé - L'$ETCO_2$ lors d'une intervention avec un DAVG	La précision spécifie les situations où le paramédic doit tenter de synchroniser ses ventilations avec les inspirations du patient : - Lors de respirations spontanées et d'insuffisance respiratoire - Chez le patient inconscient intubé avec respirations spontanées Une valeur inférieure à 20 est compatible avec un arrêt cardiaque	

	- L'$ETCO_2$ chez le patient intubé ou sous assistance ventilatoire par le ballon masque ou tout outil offrant une FIO_2 à 1	L'ETCO2 peut être installé comme outil de surveillance sur le ballon masque lors d'une assistance ventilatoire pour détecter l'arrêt cardiaque, ou un mauvais ratio de ventilation, qui provoque une hypocapnie ou une hypercapnie	
Nausées et vomissements	Ajout d'un protocole qui vise à prévenir les complications liées aux vomissements et à diminuer la récurrence des nausées	Voir section (fiche Rx) sur Ondansétron	
Problème de comportement	Changement de nom au titre du protocole pour problème de santé mentale ou de comportement	Permets d'être plus inclusif et de reconnaitre que les problèmes de santé mentale ne sont pas tous des «problèmes de comportements»	

Situations médicales			
Anaphylaxie	Ajout de la précision que l'administration intramusculaire d'épinéphrine est prioritaire à sa nébulisation, lorsque les deux voies sont indiquées	Le traitement de l'anaphylaxie est prioritaire et le traitement systémique consiste en l'administration I.M d'épinéphrine le plus tôt possible pour casser la réaction. La nébulisation a plutôt un effet local. Il serait délétère pour le patient de débuter avec ce traitement	
	Ajout d'une précision sur le contact allergène	La réaction anaphylactique par simple inhalation est rarissime	
Bradycardie, tachycardie, palpitations	Ajout d'un libellé dans les remarques qui fait mention de l'importance de la saisie d'une bande de rythme lorsque le paramédic observe une arythmie	Les arythmies peuvent être intermittentes, il est donc utile, pour accélérer le dépistage hospitalier, d'imprimer toute arythmie que le paramédic aurait pu apercevoir	
	Ajout d'un libellé pour l'administration des Rx lorsque le pédiatrique est bradycarde avec un pouls palpable	Considérer les doses de patients vivants	
Bronchoconstriction	Ajout d'une nouvelle molécule (atrovent/ipratropium) dans le traitement de la bronchoconstriction Ajout du score de PRAM pour la pédiatrie (section app.pédiatrique)	L'ipratropium, ajouté à un bronchodilatateur à action rapide (comme le salbutamol) réduit le risque d'hospitalisation pour une crise d'asthme aiguë sévère, comparativement à un bronchodilatateur à action rapide seul Global initiative for asthma (GINA) 2024. – Difficult to treat & severe asthma in adolescent and adult patients. Le score de PRAM est validé cliniquement pour évaluer la sévérité d'une crise d'asthme et la réponse au traitement chez les enfants âgés entre 1 et 17 ans. L'utilisation du PRAM est recommandée mondialement puisque les traitements varient en fonction de la sévérité de la crise Ducharme FM et al. The Pediatric Respiratory Assessment Measure: a valid clinical score for assessing acute asthma severity from toddlers to teenagers. J Pediatr 2008;152(4):476-80, 480.e1.	

Convulsions	Arrimage du libellé (fiche Rx et protocole) concernant le retour à un état normal (conscience complète) entre les épisodes convulsifs	À la demande des PSP et à la suite de l'analyse de cas en assurance qualité, il semblait y avoir de la confusion avec l'application de l'ancien libellé. Afin d'être plus clairs, nous avons ajouté la définition opérationnelle UpToDate - approach to the treatment of convulsive status epilepticus in adults. 2024	
	Ajout d'un libellé précisant la gestion des voies respiratoires et l'intubation postadministration de midazolam	La précision a été ajoutée pour éviter de confondre une convulsion persistante qui serait devenue sans mouvements. On mentionne que c'est dans un contexte d'administration du Midazolam qu'on doit gérer les voies respiratoires pendant 15 minutes avant d'intuber. Dans cette situation, on peut s'attendre à ce que le patient s'améliore et n'ai pas besoin d'intubation	
	Ajout de la référence au protocole de fièvre dans l'état fébrile (remarques)	Afin de couvrir la convulsion fébrile, le cas échéant	
Dyspnée laryngée	Ajout d'un nouveau protocole visant à traiter l'œdème des voies respiratoires supérieures	Voir la section (fiche Rx) sur l'épinéphrine nébulisée dans ce document	
	Ajout d'une précision quant au tableau clinique à prioriser en cas de superposition avec bronchoconstriction	L'épinéphrine en nébulisation est prioritaire (dyspnée laryngée)	
	Voir section (fiche Rx) sur épinéphrine nébulisée	N/A	
Fièvre	Ajout d'un nouveau protocole visant le traitement de la fièvre Voir section sur acétaminophène et ibuprofène	Voir section (fiche Rx) sur acétaminophène et ibuprofène	
Hypoglycémie	Ajout de la répétition de glucagon une 2e fois chez le patient qui ne peut prendre de solution glucosé P.O	La littérature émergente suggère qu'une deuxième dose de glucagon peut être bénéfique lorsque la première dose n'a pas fonctionné	

Intoxication	Ajout d'indications et du numéro de téléphone du centre antipoison du Québec (était manquant au protocole) Ajout d'un considérant pour la maltraitance de l'enfant Ajout des présentations atypiques d'intoxication aux opiacés dans les remarques Ajout d'une remarque concernant la reconnaissance tardive du tableau clique chez un patient déjà intubé	Le numéro était manquant au protocole En contexte d'intoxication, on demande au paramédic de garder un niveau de suspicion plus élevé pour la possibilité de maltraitance Les présentations atypiques émergent dans la littérature et il convenait de les adresser dans le protocole d'intoxication afin qu'ils soient traités comme une intoxication aux opiacés, le cas échéant Était manquant au protocole	
Ischémie cardiaque	Pour éviter la confusion entre l'indication à l'entrée au protocole et le tableau d'ischémie cardiaque probable, le mot suspicion a été ajouté à l'indication d'entré au protocole Arrimage contemporain de la définition de la « douleur ischémique cardiaque probable et non probable » : - Le mot douleur a été remplacé par tableau clinique d'ischémie cardiaque - Les mots « inconfort » et « malaise » sont des	S/O La modernisation de la définition provient des études les plus récentes qui recommandent de ne plus utiliser le mot « douleur » et le terme « atypique » pour décrire la symptomatologie associée à l'ischémie cardiaque, puisque cela aurait conduit à sous-diagnostiquer des patients, principalement les femmes et les personnes âgées Gulati, M., Levy, P. D., Mukherjee, D., Amsterdam, E., Bhatt, D. L., Birtcher, K. K., Blankstein, R., Boyd, J., Bullock-Palmer, R. P., Conejo, T., Diercks, D. B., Gentile, F., Greenwood, J. P., Hess, E. P., Hollenberg, S. M., Jaber, W. A., Jneid, H., Joglar, J. A., Morrow, D. A., … Shaw, L. J. (2021). 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain : A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, *144*(22). https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001029 Cela est couvert par les généralités lors d'un transfert	

	équivalents au mot « douleur » - Ajout de tout âge dans le libellé de la douleur ischémique cardiaque probable Retrait de l'appendice concernant le transfert d'un patient en IAMEST Retrait du libellé de douleur à 7/10 pour l'administration du fentanyl. Se référer au protocole de douleur et/ou la fiche du fentanyl cas échéant. Le Tylenol et l'Advil ne devraient pas être donnés dans ce contexte. Ajout d'un libellé concernant l'interprétation d'un ECG ne démontrant pas un IAMEST	La douleur et son traitement ne sont pas spécifiques à ce protocole. Le but est d'éviter de donner des conseils au patient et de faussement le rassurer par rapport à son ECG. Le diagnostic d'un infarctus est plus complexe et demande des examens paracliniques en centre hospitalier.	
Syncope	Ajout du mot lipothymie dans les indications (et retrait de la quasi-syncope)	Ajout de la terminologie qui voulait dire quasi-syncope	

Situations traumatiques			
Principes généraux des situations traumatiques	La définition de la RMS a été déplacée dans l'appendice du protocole de blessures traumatiques : indications à la restriction des mouvements spinaux (Rms) Restructuration du texte et modification de certains libellés génériques pour ajouter de la précision lors des situations traumatiques Rapatriement de texte générique dans l'appréciation de la condition clinique médicale et traumatique	S/O S/O S/O	
	Modification du libellé pour traumatisme pénétrant de la région centrale et traumatismes des extrémités pour y ajouter de la précision Ajout de l'EQTPT et son appendice dans les généralités des situations traumatiques : - Ajout d'un délai d'application (24h) - Précision sur l'objectif de l'échelle	Nos données provenant du processus de questions et réponses nous démontraient qu'il y avait un besoin de clarifier ces définitions. Cet ajout spécifique également que la définition du traumatisme pénétrant central sert aux fins de prise en charge préhospitalière et qu'elle n'influence pas la trajectoire (corridor de soin) prévue par l'EQTPT L'EQTPT est générique aux situations traumatiques et devait se retrouver dans les généralités, où son utilisation a aussi été précisée (délai d'application et objectif de l'échelle)	

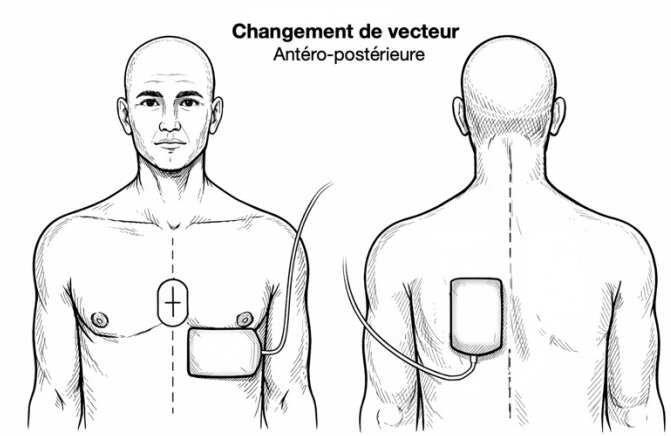
	- Précisons sur certains critères, notamment sur l'étape 3 et 4		
Blessures traumatiques	Modification d'un objectif de soin : - Identification des patients avec un potentiel de lésion spinale qui vont nécessiter la RMS	La détection de la lésion spinale a été ajoutée comme objectif à ce protocole puisque le protocole « blessures traumatiques » est le protocole d'entrée à toute cinétique traumatique. En ce sens, il convient que ce protocole serve à la suspicion/détection de plusieurs blessures traumatiques (incluant le traumatisme spinal), et que le protocole de traumatisme spinal serve lorsque le tableau clinique est suspecté et qu'il faille faire les soins opportuns.	
	Ajout de l'assistance ventilatoire au protocole en présence d'une insuffisance respiratoire	Était absent au protocole malgré le fait que celui-ci propose une approche CABDE (ou X-ABCDE).	
	Précision des soins attendue pour le traitement de la plaie pénétrante au thorax: - Pansement ventilé et occlusif	jout de la précision sur quelle plaie doit aller le pansement et quoi faire s'il y a plusieurs plaies ouvertes	
	Ajout de la considération de la possibilité d'un traumatisme spinal selon le contexte : - Rapatriement du volet évaluation de la lésion médullaire dans le protocole traumatisme spinal	Voir l'explication ci-haut en lien avec l'ajout de l'objectif de soin	
	Ajout des soins attendus sur l'hémorragie non significative	Pour éviter la confusion entre l'hémorragie significative, qui doit être traitée dans l'appréciation primaire	

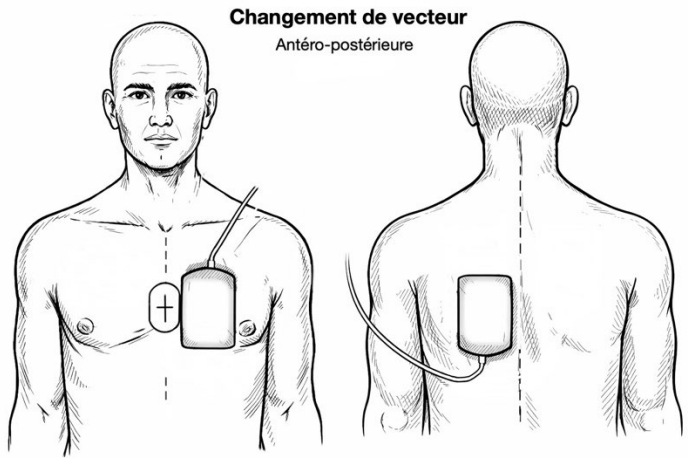
	Ajout d'un tableau clinique de traumatisme craniocérébral	Le tableau clinique était manquant malgré qu'il était cité à quelques reprises dans les PICPSP	
	Modification du mot l'amputation par le membre par : « si le membre est amputé » dans le libellé concernant les traumatismes des extrémités et ajout du soin spécifique à la fracture ouverte	Clarification de la syntaxe	
	Retrait des remarques concernant la femme enceinte	Étaient des éléments de formation qui était non spécifique aux blessures traumatiques, portant sur son volume sanguin augmenté qui peut cacher l'état de choc jusqu'à ce qu'il soit avancé et qu'un traumatisme peut également blesser son bébé	
	Retrait de la remarque stipulant que s'il y a une douleur, le PSP peut administrer du fentanyl. Cette généralité doit être encadrée par le protocole de gestion de la douleur.	Cette généralité est encadrée par le protocole de gestion de la douleur	
	Déplacement vers principes généraux de l'échelle de l'EQTPT et son appendice dans les généralités des situations traumatiques	Voir principes généraux des situations traumatiques dans ce même document	
	Appendice – indications à la RMS - Précision sur l'utilisation de l'appendice	Sont des indications qui servent à déterminer le potentiel de lésion spinale ou médullaire et sont basées sur le NEXUS	

	Ajout de précision quant à l'application de la RMS s'il y a un traumatisme mixte (pénétrant avec contondant majeur)	Le texte manquait de précision sur l'application de la RMS lors d'un traumatisme mixte. Le but est de garder l'aspect chronodépendant de la blessure pénétrante tout en ne causant pas de préjudice au patient ayant un potentiel de lésion spinal.	
Hémorragie active	Ajout d'un commentaire dans les remarques sur la pression directe. Celle-ci doit être adaptée aux particularités des clientèles.	La précision vise à adapter la pression effectuée par l'intervenant pour le site de l'hémorragie. Par exemple, la pression doit être plus légère sur une fistule artérioveineuse pour éviter de l'endommager.	
Traumatisme spinal	Modification de l'indication : Le protocole prévoit une entrée seulement si le paramédic croit à un potentiel de lésion spinale ou médullaire. En ce sens, on réfère à l'appendice : Indications à la RMS.	Afin d'être conséquent avec la logique des protocoles. Lorsque le PSP « entre » dans un protocole, il doit déjà avoir une suspicion que ce tableau clinique va s'appliquer et le protocole dicte les grandes lignes pour l'évaluer et le traiter. S/O	
	Ajout d'une nouvelle intervention au point 1 visant à reconduire le maintien des principes de la RMS ayant été débuté avec le protocole de blessures traumatiques	Le dépistage d'un traumatisme spinal doit se faire en même temps que le dépistage des autres blessures traumatiques	
	Déplacement des anciens points 1 et 2 dans le protocole de blessures traumatiques (qui était le volet dépistage d'une lésion spinale ou médullaire)	Lorsque le transport est de moins de 15 minutes et que le patient est instable, il y a plus probablement plus de bénéfices à laisser le patient dans l'outil d'extraction que de procéder à plusieurs mobilisations du patient, en plus d'être chronophage.	
	Ajout dans les remarques d'une précision sur le maintien du matériel d'extraction lorsque la durée de transport est courte, chez le patient instable	En réponse à des questions fréquentes lors des journées de formation sur la RMS, nous avons précisé que la liste des conditions d'utilisation du matelas immobilisateur est non exhaustive et avons donné un exemple de ce qu'est une évacuation prolongée.	

	Modification dans les remarques : - De l'installation du patient sur le matelas de la civière - Ajout de la possibilité de laisser un patient dans le matériel d'extraction si le temps de transport est court - Sur l'utilisation du matelas immobilisateur : o Retrait du mot « difficile » et ajout de précision quant à l'évacuation prolongé - Retrait de la précision sur l'enfant de plus de 4 ans puisque celui-ci est implicitement déjà traité comme les autres patients (à l'inverse de l'enfant < 4 ans, qui n'est pas considéré fiable pour une évaluation) Appendice B - mobilisation autonome en contexte de RMS devient appendice de ce même protocole Ajout d'une précision sur la position assise vers la position debout. Le patient ne doit pas être au sol.	Celui-ci est traité comme les autres patients puisque son évaluation peut être fiable.	

Réanimation			
Principes généraux de réanimation	Normes de l'ILCOR - Précisions quant aux normes de ventilations (volume d'air à administrer) - Précisions sur la période de deux minutes de RCR. En asynchrone cela représente 200 à 240 compressions (vitesse de 100-120 par minute)	L'ILCOR 2024 stipule qu'il est raisonnable de fournir une ventilation suffisante pour maintenir un rapport ventilation-perfusion adéquat pendant la réanimation tout en évitant les effets néfastes de l'hyperventilation. Il n'existe pas de données suffisantes pour identifier le volume courant ou la fréquence respiratoire optimaux. Greif et al. (2024). 2024 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations: Summary From the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces. *Circulation*, *150*(24). https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001288	
	Modification du libellé concernant le dégagement de la veine cave inférieure en ACR chez la femme enceinte	Le déplacement utérin latéral gauche DULG est le geste supporté dans la littérature pour les ACR.	
	Ajout d'une technique suggéré lors des compressions thoraciques	Provenant des recommandations les plus récentes.	
	Déplacement de la définition des situations particulières (hémorragique, traumatique ou femme enceinte >20 sem) et de la situation médicale.	Ces informations aident à bien choisir la cause de l'ACR et son utile pour plusieurs protocoles.	
	Ajout de précision sur les moments indiqués pour la prise de pouls (définition de signe de perfusion et quand prendre un pouls lorsque la capnographie est installée)	Nous avons préféré bonifier ce qu'étaient des signes de perfusion et faire une définition unique pour les protocoles où cela s'applique	
	Précision que le VPO s'utilise seulement avec le combitube	L'outil vérifie la position œsophagienne (le combitube étant un outil extraglottique peut se loger sans l'œsophage ou la trachée) et n'est donc pas nécessaire avec des outils supraglottique (qui se loge plus haut pour ventiler spécifiquement vers la trachée)	

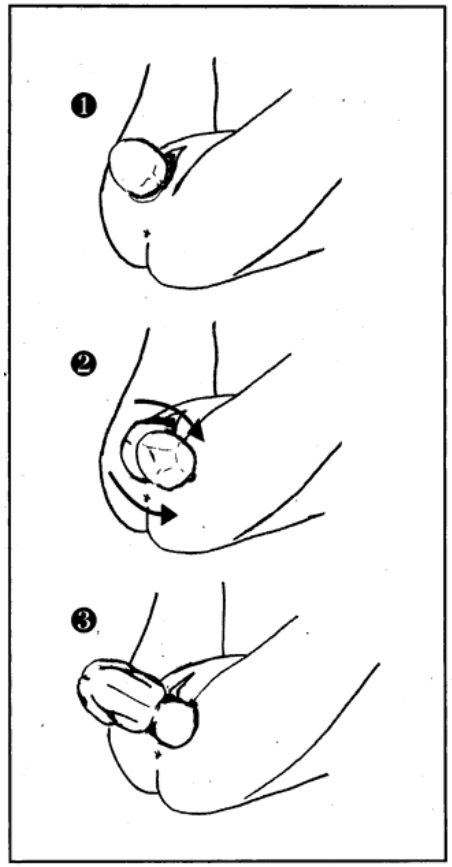
Arrêt cardiorespiratoire	Ajout d'un libellé permettant l'intubation plus rapidement entre deux analyses	Tout en ne retardant pas l'analyse, l'objectif est de permettre d'intuber plus rapidement pour réduire les interruptions au massage et optimiser le duty cycle	
	Ajout du changement de vecteur chez l'adulte lors de la FV/TV réfractaire à la défibrillation (après trois chocs)  	Malgré la défibrillation, près de la moitié des patients peuvent rester en fibrillation ventriculaire réfractaire. Pour ces patients, une défibrillation ultérieure sans modification de la méthode est généralement infructueuse. La défibrillation par changement de vecteur (VC), technique consistant à déplacer les électrodes de défibrillation de la position antérolatérale à la position antéro-postérieure, offre le potentiel théorique de défibriller une partie du ventricule qui pourrait ne pas être complètement défibrillée par des électrodes en position antérolatérale standard. L'emplacement anatomique du ventricule gauche, une structure postérieure, est la région du cœur la plus éloignée de la ligne droite entre les électrodes standard antérolatérales. La défibrillation VC peut entraîner un gradient de tension plus élevé dans la partie postérieure du ventricule gauche, où la fibrillation est la plus susceptible de redémarrer ou de ne pas s'arrêter après une défibrillation avec des positions standard d'électrodes antérolatérales. Cheskes, S., Verbeek, P. R., Drennan, I. R., McLeod, S. L., Turner, L., Pinto, R., Feldman, M., Davis, M., Vaillancourt, C., Morrison, L. J., Dorian, P., & Scales, D. C. (2022). Defibrillation Strategies for Refractory Ventricular Fibrillation. *New England Journal of Medicine*, *387*(21), 1947-1956. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2207304 L'option présentée ici est une alternative. L'électrode latérale est repositionnée (ou de nouvelles électrodes sont utilisées) sur le sein gauche.	

			
	Ajout d'une boucle vers le retour de pouls traumatique Ajout de la trajectoire ECMO - Selon l'organisation régionale	Il faudrait se référer à blessure traumatique, le cas échéant L'offre d'une trajectoire ECMO fait partie des recommandations de sociétés savantes et doit être gérée localement dans les régions où cela est possible. L'oxygénation extracorporelle par membrane (ECMO) fournit un soutien pulmonaire et circulatoire mécanique aux patients atteints de choc cardiogénique réfractaire aux traitements médicaux conventionnels. Lorsqu'elle est intégrée à la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) pour les patients qui n'atteignent pas un retour spontané et durable de la circulation avec les techniques de réanimation conventionnelles, elle est appelée ECMO-RCP (ECPR). Cette technique utilise le support ECMO pendant la RCP pour fournir une circulation perfusant pendant que les causes réversibles de l'arrêt peuvent être traitées. Le taux de survie des arrêts cardiaques hors hôpital est plus faible, entre 8 et 10 %.Comme une hypoperfusion prolongée pendant la RCP	

	Précisions sur la qualité de la RCR (normes attendues)	conventionnelle entraîne des résultats nettement plus mauvais, l'ECMO veino-artérielle (VA) peut rapidement restaurer la perfusion et améliorer ainsi la survie à long terme. Cependant, les taux de survie avec ECPR ont été hétérogènes, avec des plages de 15 % à 60 %. Richardson, A. (Sacha) C., Schmidt, M., Bailey, M., Pellegrino, V. A., Rycus, P. T., & Pilcher, D. V. (2017). ECMO Cardio-Pulmonary Resuscitation (ECPR), trends in survival from an international multicentre cohort study over 12-years. *Resuscitation*, *112*, 34-40. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.12.009 Réfère aux généralités de réanimation	
Arrêt cardiorespiratoire avec DAVG	Ajout d'un libellé spécifiant la conduite à tenir si l'$ETCO_2$ est inférieur à 20. Dans les remarques, concernant le pouls et grondement de la pompe, retrait d'un doublon.	L'$ETCO_2$ de 20 et moins est associé à l'arrêt cardiaque Était déjà précisé au protocole	
ADM médicale	Le protocole ADM a été séparé en deux afin de mieux identifier la procédure à suivre dans chacune de ses situations Révisions des contre-indications et de la procédure d'ADM Dans les remarques, - ajout d'un libellé précisant la conduite lors d'un ACR en contexte extraordinaire - Ajout d'une précision sur ce qu'est un ACR témoigné	Les modifications 1 et 2 (ADM Med et Trauma) sont en partie basées sur les recommandations provenant du document de l'INESSS (Révision des critères de non-initiation et d'arrêt des manœuvres de réanimation appliqués par les techniciens ambulanciers paramédics en contexte préhospitalier) et sur des recommandations d'expert. INESSS- Révision des critères de non-initiation et d'arrêt des manœuvres de réanimation appliqués par les techniciens ambulanciers paramédics en contexte préhospitalier. 2022. Les remarques visent à clarifier certains points d'interprétation dans le protocole.	

	- Ajout d'un hyperlien vers le protocole de mort irréversible lorsque les manœuvres de RCR sont impossibles		
ADM traumatique	Le protocole ADM a été séparé en deux afin de mieux identifier la procédure à suivre dans chacune de ses situations Révision des contre-indications et de la procédure d'ADM Précisions sur l'objectivation de signes de vie par le paramédic (nécessaire pour la contre-indication)	Même raison que ADM med. Même raison que ADM med. Vise à clarifier ce que sont des signes de vie.	
OVRS	Synthèse de deux puces dans l'encadré B : Procéder à des cycles de DVR en utilisant un ratio de 30:2 (sans laryngoscopie) jusqu'à disponibilité du matériel de laryngoscopie, voir la technique **Laryngoscopie directe et pince de Magill** Ajout de libellé dans les remarques du cycle de DVR avec laryngoscopie - Sur la tentative de visualisation du corps étranger - Sur le retrait d'un CE par succion - Sur la visualisation claire des structures sans corps étranger, de considérer selon le contexte, une seule tentative de laryngoscopie	Simplification du libellé L'objectif est de distinguer l'exploration, qui ne devrait pas durer plus de 30 secondes (si on ne voit pas de C.E, on arrête), de la désobstruction (ce qui veut dire qu'on a vu un C.E). Lorsque le PSP tente de déloger un corps étranger (avec les pinces ou la succion), celui-ci devrait poursuivre son geste jusqu'à la désobstruction. Sur la visualisation claire des structures sans corps étranger, cela peut vouloir dire que l'obstruction est plus basse.	
	Ajout des tapes dans le dos (indirectement via les normes ILCOR) comme manœuvre initiale de désobstruction chez le patient conscient	Recommandation de l'ILCOR Le *paramédic* doit inclure les tapes dans le dos (cycles répétés de 5 tapes dans le dos, suivi de 5 poussées abdominales),comme une manœuvre de DVR chez le patient adulte conscient, jusqu'à désobstruction ou perte de conscience. https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/2025-documents-for-cpr-heart-edits-posting/Resuscitation-Science/JN1570_FR_Hghlghts_2025ECCGuidelinesFinal_251021.pdf?sc_lang=en	

Retour à la circulation spontanée	Ajout de la possibilité de faire un ECG chez tout patient adulte (AVPU), sans retarder le transport Ajout dans considérer : ischémie cardiaque	Le but est de pouvoir réorienter le patient post-arrêt cardiaque vers un centre d'hémodynamie, tout en respectant l'organisation régionale Éviter le cul de sal dans le protocole et traiter l'ischémie cardiaque, le cas échéant	
	Ajout de précision quant à l'objectif de saisir un ECG post-RCS, selon l'organisation régionale. Précisions quant au moment attendu de faire l'ECG post-RCS	Le but est de pouvoir réorienter le patient postarrêt cardiaque vers un centre d'hémodynamie, tout en respectant l'organisation régionale. La précision du moment attendu mentionne qu'il ne faut pas faire l'ECG trop tôt post retour de pouls puisque des perturbations métaboliques ou de l'ischémie secondaire peuvent altérer l'électrophysiologie. Baldi et al. (2021). Association of Timing of Electrocardiogram Acquisition After Return of Spontaneous Circulation With Coronary Angiography Findings in Patients With Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *JAMA Network Open*, *4*(1), e2032875. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.32875	

Obstétrique			
Principes généraux	Précisions quant au déplacement de l'utérus vers la gauche pour libérer la veine cave inférieure n'est plus applicable en ACR	À cet effet, cela n'est plus supporté par la littérature probante	
Accouchement imminent	Ajout de la technique de la bascule lorsque le cordon est enroulé serré (plutôt que de couper immédiatement)  ***Tiré de l'étude de Reynolds. 1999.***	La technique de la bascule (Somersault) est une technique reconnue lorsque le cordon est enroulé serré autour de la nuque du bébé et est simple à effectuer, en plus d'être efficace. Cette technique permet de retarder le clampage et coupage du cordon ombilical. Reynolds, L. (1999). Practice tips. « Somersault » maneuver for a tight umbilical cord. *Canadian Family Physician*, *45*, 613. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2328444/	

	Ajout du massage utérin en prévention de l'hémorragie post-partum Précision concernant le calcul de l'intervalle de contraction Ajout en remarque de considérer la mise au sein du bébé (afin de favoriser la libération d'ocytocine) Modification des mots hémorragies vaginales/utérines par hémorragie post-partum Ajout de la mise au sein du bébé si tu la situation le permet	Est une technique préventive qui peut aider à diminuer l'hémorragie post-partum Était absente au protocole La mise au sein est une technique préventive qui peut aider à diminuer l'hémorragie post-partum Abedi P, Jahanfar S, Namvar F, Lee J. Breastfeeding or nipple stimulation for reducing postpartum haemorrhage in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jan 27;2016(1):CD010845. doi: 10.1002/14651858.CD010845.pub2. PMID: 26816300; Afin d'utiliser le bon terme Peut aider à faire contracter l'utérus et stopper/réduire l'HPP.	
Complication obstétricale	Ajout d'une mention concernant la réinsertion du cordon dans le vagin, si possible, lors de procidence. Ajout d'une précision sur la technique des doigts en V Modification des mots hémorragies vaginales/utérines par hémorragie post-partum (incluant l'appendice C) Ajout de la possibilité de faire un massage utérin jusqu'à 24h après l'accouchement	Si le cordon ombilical est visible, il doit rester chaud et humide, car la température ambiante est sensiblement plus froide que la température de l'utérus et peut entraîner une vasoconstriction des artères ombilicales, contribuant à l'hypoxie fœtale. Une méthode décrite comme préventive est le replacement du cordon dans la voûte vaginale, suivi de l'insertion d'un tampon humide pour le maintenir en place. Boushra M, Stone A, Rathbun KM. Umbilical Cord Prolapse. [Updated 2023 May 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sbiproxy.uqac.ca/books/NBK542241/ Il s'agit d'une technique qui libère la pression sur le cordon et qui favorise son flux sanguin Afin d'utiliser le bon terme	

Saignement vaginal	Précision concernant le contexte possible d'avortement et l'ignorance de la grossesse par la mère	Pour préciser le contexte qui venait avec l'action de vérifier la présence d'un fœtus	
Soin du nouveau-né	Ajout du transwarmer pour réchauffer le bébé	Ajout d'un tapis chauffant dans les équipements obligatoires préhospitaliers. La conservation de la chaleur étant un concept très important dans les soins de base au nouveau-né.	

Situations environnementales et matière dangereuse			
Brulure	Ajout d'une précision concernant les soins attendus chez le brulé de 10% et plus. Ajout d'une référence, au besoin, au protocole d'exposition à des matières dangereuses lorsqu'il y a une brûlure chimique	>10%, il est indiqué de poursuivre (au-delà du premier 10%) avec des pansements secs pour éviter de trop refroidir le patient (et causer une hypothermie) Pour le premier 10%, l'application de gazes imbibées de solution saline, à une température d'environ 12°C, pendant 15 à 30 minutes, est recommandée. Le refroidissement des tissus à environ 12°C (54°F) au cours des premières heures suivant la blessure diminue efficacement la douleur due aux brûlures ; la glace et le gel doivent être évités pour prévenir les engelures, l'hypothermie systémique et l'extension de la brûlure. La température corporelle centrale est constamment surveillée pendant le refroidissement pour aider à prévenir l'hypothermie, en particulier en cas de brûlures supérieures à 10 % de la surface corporelle totale. Une température corporelle inférieure à 35°C (95°F) doit être évitée. Uptodate – emergency care of moderate and severe thermal burns in adult 2024 Selon le produit chimique, le paramédic pourrait être en mesure de décontaminer le patient lui-même. Cette remarque permet de faire une boucle vers le protocole d'exposition s'il y a un expert en décontamination sur les lieux.	
Électrisation	Ajout d'un objectif de soin : identifier la présence d'arythmie	Les arythmies résultant de l'effet proarrhythmique du choc électrique surviennent généralement immédiatement après l'accident. Si le courant électrique atteint le cœur pendant la période vulnérable, il peut également provoquer une fibrillation ventriculaire (FV), qui est la cause la plus fréquente de décès après une électrocution. Chez les patients se présentant aux urgences après une électrisation, les arythmies les plus fréquemment diagnostiquées sont la tachycardie sinusale, la bradycardie sinusale et les complexes prématurés isolés auriculaires et ventriculaires (CPA et CPV). Si le système de conduction du cœur est affecté, un bloc de branche du faisceau et divers degré de bloc auriculo-ventriculaire peuvent également survenir, cependant, la fréquence exacte de ces arythmies est inconnue. Selon les recommandations actuelles	

	Retrait de la situation traumatique dans les indications au monitorage cardiaque.	(CHU, L'AMUQ et Hydro-Québec) les personnes ayant vécu un choc électrique devraient être surveillées et avoir un ECG 12D s'ils sont stables. https://www.urgencehsj.ca/wp-content/uploads/%C3%89lectrisation.pdf S/O	
Exposition à des matières dangereuses	Ajout : - des services incendies comme intervenant de référence - du nitrite de sodium dans le protocole - de la référence au protocole directives d'un professionnel de la santé et du numéro de téléphone du centre antipoison du Québec et d'un paragraphe sur leurs implications dans le protocole	Sont les intervenants de référence, en plus des services spécialisés À la demande d'un rapport du coroner, l'ingestion de ce produit est dangereuse et nécessite un traitement rapide Le numéro était manquant au protocole	
Problèmes liés à la chaleur	Ajout de la prise de température	Afin d'être conséquent avec le tableau clinique et l'hyperthermie	
Problèmes liés au froid/hypothermie	Ajout : - de la prise de température - de précision quant au tableau clinique de blessure par le froid (engelure, gelure)	En considérant les limites de l'appareil, la prise de température permet d'obtenir une donnée intéressante en vue d'établir les soins appropriés Le tableau clinique manquait d'éléments spécifiques S/O	

	Dans les remarques, ajout d'un libellé sur l'ACR pédiatrique (trajectoire ECMO, hyperlien vers ADM et mort irréversible)		
Situation à victime multiple	Précision concernant le rôle du paramédic trieur	S/O	

Protocoles et techniques auxiliaires			
Douleur aiguë (14 ans et plus (Implantation régionale facultative)	A été remplacé par le protocole de douleur universel (inclus tout âge) La fiche Rx a été déplacée dans la section appropriée	*voir protocole de douleur aigu universel *voir fiche fentanyl	
Massage cardiaque automatisé	Ajout d'une section avec des principes généraux sur l'utilisation de l'outil dans le contexte d'intervention	S/O	
Régulation par Coévaluation	a été déplacé dans la section médico-légale	N'est plus un protocole auxiliaire	
Surveillance de l'hémostase post-intervention coronarienne percutanée (Implantation régionale facultative)	Ajout de ce protocole après son acceptation par le bureau de projet	S/O, était un besoin régional	
Surveillance d'une perfusion intraveineuse sur pompe volumétrique (projet pilote)	Retrait du libellé quant au retrait du cathéter lors de la présence de bulles. Modification pour déconnecter la tubulure plutôt que de retirer le cathéter.	L'objectif est de laisser le cathéter en place, puisqu'il s'agit d'une technique invasive et parfois douloureuse pour le patient. Le retrait de la ligne est une option tout aussi sécuritaire et non douloureuse.	
Douleur aiguë (4-13 ans) Projet pilote	A été remplacé par le protocole de douleur analgésie (inclus tout âge) Le protocole de fentanyl (4-13) demeure un protocole en implantation facultative La fiche Rx a été déplacée dans la section appropriée	*voir protocole de douleur aigu universel Malgré qu'il demeure en implantation facultative, il est maintenant joint au protocole de douleur universel pour éviter les doublons Dans la section des médicaments	

Annexe I - Medicaments			
Généralités	Ajout d'une généralité sur le consentement lors de l'administration de médicament qui ne traite pas de condition vitale	Le consentement explicite est requis pour certaines molécules (principalement celles qui traitent de condition non vitale, comme le tylenol par exemple).	
	Remplacement du mot indication par condition d'administration (toutes fiches)	S/O	
	Correction de l'ensemble des fiches Rx (effets secondaires et/ou pharmacocinétique) et de la mise en page	La section médicament devait être mise à jour pour s'assurer qu'elle était toujours contemporaine. De plus, avec l'ajout de nouveaux médicaments, certaines fiches devaient être clarifiées/ bonifier.	
	Précision concernant le changement de site lors d'administration multiple	S/O	
	Rapatriement du libellé sur l'incapacité PER OS (était dans hypoglycémie) puisque ce principe s'applique à toute la médication per os	S/O	
	Retrait du paragraphe sur la fièvre et douleur pour la clientèle pédiatrique. Ces aspects sont maintenant couverts par les protocoles pertinents.	S/O	
	Remplacement du mot brumisateur par atomiseur	S/O	
	Déplacement des généralités concernant la nébulisation. Celles-ci sont maintenant dans les généralités des médicaments.	S/O	

Acétaminophène (tylenol[MD])	Ajout d'une molécule dans le traitement de la douleur légère et/ou de la fièvre	L'acétaminophène est un analgésique non opioïde et un antipyrétique régulièrement utilisé dans le traitement de la douleur légère à modérer et la fièvre Classé historiquement avec les AINS pour son inhibition des voies COX. Cependant, contrairement aux AINS, il n'exerce pas d'effets anti-inflammatoires périphériques. Son mécanisme d'action reste incertain : il agirait principalement sur la COX dans le système nerveux central via une inhibition indirecte (sans liaison au site actif des COX-1/COX-2). Quoi qu'il en soit, la réduction de l'activité de la voie COX par l'acétaminophène est censée inhiber la synthèse des prostaglandines dans le SNC, menant à ses effets analgésiques et antipyrétiques. Gerriets V, Anderson J, Patel P, et al. Acetaminophen. [Updated 2024 Jan 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL):	
Épinéphrine (Intramusculaire)	Retrait de la double dose en ACR	Aucune littérature ne supportait ce geste.	
Épinéphrine (nébulisé)	Ajout de la voie d'administration par nébulisation pour le traitement de l'œdème des voies respiratoires supérieur (dyspnée laryngée)	Les utilisations hors monographie de l'épinéphrine incluent le traitement de la fibrillation ventriculaire, de la tachycardie ventriculaire sans pouls, de l'asystolie, de l'activité électrique sans pouls, de la coqueluche (croup), et des exacerbations d'asthme sévère non répondant aux traitements standards. Dalal, R., & Grujic, D. (2025). Epinephrine. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482160/ L'épinéphrine nébulisée est recommandée pour les cas de coqueluche (croup) modérés à sévères. Les rapports sur l'administration d'épinéphrine chez les enfants atteints de coqueluche sévère ont montré un nombre inférieur de cas nécessitant une intubation ou une trachéotomie. Comparée à un placebo, l'épinéphrine nébulisée a amélioré les signes de détresse respiratoire dans les 10 à 30 minutes suivant le début du traitement. L'effet clinique est maintenu pendant au moins 1 heure, mais disparaît après 2 heures. *Canadian Paediatric Society*. (s. d.). *Acute management of croup in the emergency department. 2017.* Dans les situations de brûlure des voies respiratoires par inhalation : Les bronchodilatateurs en aérosol doivent être administrés en cas de sifflements ou de bronchospasmes. Les bronchodilatateurs détendent les muscles bronchiques,	

		stimulent le nettoyage mucociliaire, diminuent la résistance des voies aériennes et améliorent la compliance dynamique. Les bronchodilatateurs utiles dans le traitement des lésions par inhalation incluent l'albutérol ou le lévalbutérol pour les sifflements/bronchospasmes, et l'épinéphrine racémique pour le stridor ou les rétractions, généralement administrés toutes les quatre heures. Uptodate – Inhalation injury from heat, smoke, or chemical irritants 2023.	
Glucagon	Précision concernant la CI au latex Ajout du Baqsimi dans la fiche Rx (à prioriser chez les 4 ans et moins)	La contre-indication s'applique seulement pour le glucagen, où l'aiguille est en contact avec du latex lors de la préparation de la dose À privilégier à cause du contexte de pénurie de glucagen	
	Ajout d'une double dose de glucagon dans certains cas	Voir le protocole d'hypoglycémie	
Ibuprofène (Advil[MD])	Ajout d'une molécule (AINS) pour le traitement de la douleur modéré et/ou de la fièvre	L'ibuprofène est un médicament en vente libre pour soulager la douleur légère à modérer chez les patients atteints de diverses pathologies, incluant notamment, la fièvre, les douleurs musculo-squelettiques, la dysménorrhée primaire, la céphalée/migraine, mal de gorge, le rhume/grippe, etc. L'utilisation des AINS pour traiter la fièvre est courante chez les patients pédiatriques et la recherche actuelle se concentre sur l'augmentation de l'efficacité de l'ibuprofène pour traiter la fièvre pédiatrique. Une revue de la littérature en 2017 a montré peu de preuves suggérant une efficacité supérieure entre l'ibuprofène et l'acétaminophène (tylenol) pour traiter la fièvre. Six études évaluées lors de cette revue ont montré une différence marginale en faveur de l'ibuprofène, mais cela était insuffisant pour conclure que l'ibuprofène était le traitement supérieur. Dans une étude connexe, les fièvres réfractaires ont mieux répondu à l'alternance de doses d'acétaminophène et d'ibuprofène par rapport à une monothérapie. *Ibuprofen—StatPearls—NCBI Bookshelf*. 2024.	
Ipratropium (Atrovent[MD])	Ajout d'une molécule dans le traitement de la bronchoconstriction modéré à sévère	L'ipratropium est un antagoniste de l'acétylcholine par le blocage des récepteurs cholinergiques muscariniques. Le blocage des récepteurs cholinergiques diminue la production de monophosphate de guanosine cyclique (cGMP). Cette diminution dans les voies respiratoires pulmonaires entraîne une diminution de la contraction des muscles lisses.	

		Pate I, P., Saab, H., & Aboeed, A. (2024). Ipratropium. In *StatPearls*. Ipratropium est utilisé seulement dans le traitement des bronchoconstrictions modéré à sévère, chez les enfants et les adultes. Il est associé à moins d'hospitalisation dans ces situations. GINA – Global initiative for asthma 2024	
Fentanyl	Ajout de cette fiche Rx dans la section médicament L'administration pour le 4-13 ans demeure en projet pilote	S/O S/O. Voir section sur douleur aiguë.	
Midazolam	Arrimage du libellé (fiche Rx et protocole) concernant le retour à un état normal (conscience habituelle) entre les épisodes convulsifs	S/O. Voir section sur convulsion.	
Naloxone (2025)	Ajout d'une dose de 0.8 mg et du narcan spray dans certaines circonstances Modifications/ajustements des dosages recommandés face aux intoxications aux opioïdes sans ordonnance	Il n'existe pas de consensus mondial quant à la meilleure façon d'administrer la naloxone. Ces recommandations varient généralement entre 0.4 mg et 2 mg pour la voie IM, IV et SC (et 2mg à 4 mg pour IN) pour les adultes. Voici quelques-unes de ces recommandations : • une dose initiale plus élevée de naloxone est associée à une proportion plus élevée de réponses à la naloxone et à une plus faible probabilité qu'une dose additionnelle soit nécessaire pour obtenir une réponse; • une dose totale plus élevée de naloxone pourrait être associée à un taux de survie plus élevé; • une dose (initiale ou totale) plus élevée de naloxone est associée à plus de symptômes de sevrage ou d'évènements indésirables; • l'administration de la naloxone doit être répétée aux 2 à 3 minutes au besoin – p. ex.	

		s'il n'y a pas d'amélioration après l'administration de la dose initiale de naloxone ou en cas de recrudescence de la dépression respiratoire après une réponse initiale. INESSS 2023 – Réanimation en contexte de surdose d'opioïde dans la communauté https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/reanimation-en-contexte-de-surdose-dopioides-dans-la-communaute.html)	
Nitroglycérine	Arrimage du libellé de tableau clinique d'ischémie cardiaque dans les indications et de l'IAMEST Ajout d'une contre-indication : FC entre 100-130 avec TAS < 110 mmHg	Voir référence ischémie cardiaque Afin de permettre l'utilisation de la nitroglycérine chez les patients avec une FC entre 100-130 et une tension supérieure à 110 mmHg	
Ondansétron (Zofran)	Ajout d'une molécule utilisée dans le traitement empirique des nausées et des vomissements (excluant le mal des transports)	L'ondansetron est l'un des médicaments les plus couramment utilisés pour le traitement empirique des nausées et des vomissements. Il possède une excellente utilité comme médicament antiémétique et est efficace contre les nausées et les vomissements d'étiologies diverses. Les utilisations courantes de l'ondansetron incluent la prévention des nausées et vomissements induits par la chimiothérapie et la radiothérapie, la prévention des nausées et vomissements postopératoires et l'utilisation hors monographie pour la prévention des nausées et vomissements associés à la grossesse. Cependant, il n'est pas efficace contre les nausées induites par le mal des transports qui sont médiatisées par différents centres de contrôle et mécanismes physiopathologiques Griddine A, Bush JS. Ondansetron. [Updated 2023 Feb 15]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sbiproxy.uqac.ca/books/NBK499839/	
Salbutamol	Couvre les situations avec différents volumes et concentration et aussi la possibilité d'utiliser du combivent	En prévision d'un contexte de pénurie	

Appendice A – Tableau synthèse des doses	Retrait de certaines informations pour alléger le tableau. On réfère directement à la fiche Rx	S/O	
Appendice B - Tableau synthèse des doses pour douleur et fièvre	Ajout d'un tableau (charte) pour les molécules utilisées dans la gestion de la douleur et/ou de la fièvre. - Le tableau a les différentes présentations (gouttes orales, comprimées et intramusculaires (fentanyl))	S/O	

Annexe II - Techniques			
Assistance ventilatoire	Ballon-masque pour patient intubé ou non intubé - Ajout d'une mention concernant l'utilisation de l'ETCO2	Dans ce contexte, l'ETCO2 peut être utilisé pour sa courbe et non pour ses valeurs puisqu'il n'est pas nécessairement en circuit fermé (ce qui pourrait fausser l'analyse de dioxyde de carbone). C'est donc un outil de surveillance. (Voir insuffisance respiratoire)	
Cathéter intraveineux	Retrait du libellé quant au retrait du cathéter lors de la présence de bulles. Modification pour déconnecter la tubulure plutôt que de retirer le cathéter	L'objectif est de laisser le cathéter en place, puisqu'il s'agit d'une technique invasive et parfois douloureuse pour le patient. Le retrait de la ligne est une option tout aussi sécuritaire et non douloureuse.	
Contention	Précision sur la technique à utiliser lorsque l'usager a les menottes dans le dos et qu'il ne peut être menotté vers l'avant sécuritairement. Ajout de la technique avec la planche dorsale et du XDcuff	S/O À la demande de certaines régions qui l'utilisent	
Déconnexion d'urgence à un appareil de dialyse	Ajout d'une nouvelle technique qui vise à répondre à une demande du réseau, via les équipes de suppléance rénale.	Ces équipes voient leurs clientèles à domicile augmenter et désiraient qu'on encadre la technique de déconnexion d'urgence pour les paramédics, puisque dans ces situations les patients sont généralement instables et vont nécessiter un transport vers l'urgence	
Déplacement avec la RMS	Correction des caractéristiques et capacité maximale des outils d'extractions Ajout du principe général d'extraction, d'immobilisation et d'évacuation Modification des libellés concernant le retournement en bloc	S/O L'idée est d'ajouter le principe au protocole pour aider à la prise de décision Éviter le retournement en bloc pour minimiser les mouvements spinaux Mention qu'il s'agit de la phase d'évacuation	

	Ajout d'une précision sur l'extraction/évacuation avec civière à aube ou planche dorsale Précision quant à la technique de retrait du K.E.D en position couchée Ajout du matelas de la civière et de la civière à aube dans les outils d'immobilisation Précision sur l'utilisation des outils d'immobilisation (K.E.D, civière à aube, et matelas immobilisateur et planche dorsale pédiatrique et bébé, civière d'ambulance, et attelle sous vide) Ajout d'un point C, dans la section de mobilisation vers la civière du centre receveur, permettant toute autre technique utilisée localement, tant qu'elle respecte les principes de la RMS	Ajout des principes de la RMS à la technique, notamment sur le maintien autonome de la tête par le patient, lorsque possible. Font partie des outils définitifs de la RMS (en phase immobilisation/transport). Les libellés existants ont fait l'objet d'une révision pour s'assurer qu'ils étaient conformes à la RMS. S/O L'objectif est de permettre aux équipes régionales de s'adapter à la RMS	
Électrocardiogramme en 12 dérivations	Modification du libellé pour la technique régulière pour avoir plus de précision sur le positionnement des électrodes aux 4 membres	Pour avoir plus de précision sur le positionnement des électrodes aux 4 membres	
Intubation	Modification du libellé pour l'assistance ventilatoire lorsque la tentative d'intubation échoue : - Ajout de précision sur les tentatives successives, chez le patient vivant ou en ACR	L'objectif est d'avoir plus de précision sur le moment à intuber. Pour le patient en ACR, le libellé permet d'intuber plus rapidement entre les analyses, sans la retarder.	

I-Gel	Ajout de précision quant au fixateur de sonde thomas, qui fait maintenant partie des équipements obligatoires	S/O	
Laryngoscopie et pince de magill	Ajout d'une précision sur le fait que c'est la tentative de visualisation qui ne doit pas excéder 30 secondes	L'objectif est d'encadrer la visualisation (max 30 secondes) mais de ne pas limiter le temps d'extraction d'un corps étranger puisque c'est le résultat souhaité de la technique	
Sonde urinaire	Retrait de la possibilité de retirer la sonde urinaire lorsque celle-ci est obstruée. Il est plutôt recommandé de faire évaluer la sonde en hospitalier.	Dans certains cas, il peut être difficile pour les praticiens d'insérer une sonde urinaire. Lorsqu'une sonde ne permet pas le décaillotage par des méthodes simples, il est préférable de laisser les spécialistes décider si le retrait est souhaitable.	
Trachéotomie	Précision concernant le nombre de gouttes attendues lors de l'instillation	La technique manquait de précision à ce sujet	

Annexe III - Prévention des infections			
Prévention des infections	Mise à jour de la section pour mieux adresser les EPI et les actions autorisés en MRSI Amélioration du tableau portant sur le nettoyage/désinfection	S/O L'ensemble du document a été révisé par L'INSPQ	

Fin du document