

**PROTOCOLE**

**D'URGENCE**

**SUR LE SENTIER  
INTERNATIONAL DES APPALACHES**

**2017**

---

---

**Aux utilisateurs de ce document**

- Ce document s'adresse aux guides sur le terrain pour simplifier les prises de décision en situation d'urgence, ainsi qu'au producteur pour faire l'appel à l'autorité appropriée.
- Suivre les instructions en vous référant aux points-clés indiqués.
- Écrire directement sur ce formulaire.

**Liste d'actions à suivre SUR LE TERRAIN:**

1 - RCR et premiers soins au besoin. Remplir les formulaires SOAP inclus dans le rapport d'incident durant traitement de premiers soins (p. 7 & 8). Si évacuation urgente est nécessaire consulter les cartes pour décider sur le type d'évacuation nécessaire & appeler à 911 (p. 3). Leur donner les coordonnées du producteur pour des ressources humaines pour l'évacuation. Après avoir appelé 911, appeler le producteur pour lui mettre au courant de la situation.

2 - Remplir questionnaire sur la situation (p. 4). Décider si évacuation non-urgente est nécessaire et consulter les cartes pour décider sur le type d'évacuation nécessaire.

3 - Si évacuation non-urgente est nécessaire, appeler le producteur.

4 – Remplir le rapport d'incident (p. 7-10) aussitôt que possible.

**Liste d'actions à suivre PAR LE PRODUCTEUR:**

1 - Prendre les informations sur la situation et la localisation du guide.

2 - Appeler l'autorité appropriée pour mettre en branle l'évacuation non-urgente. Proposer des personnes qui connaissent bien le sentier pour aider avec l'évacuation (numéros de téléphone à la page 6).

## APPEL À L'AMBULANCE

**Avant :** *Noter votre localisation (carte et balise GPS) et décider du moyen d'évacuation d'urgence le plus approprié. Préparer les directions à donner aux ambulanciers.*

**Numéro de téléphone : 911**

1. **Bonjour, je m'appelle \_\_\_\_\_ je suis guide pour le SIA-QC. Nous sommes en randonnée sur le Sentier International des Appalaches (secteur, montagne). J'ai un blessé qui a...(Préciser l'état de la victime).**
2. **On a fait ...(expliquer le traitement)**
3. **On a besoin d'une évacuation (précisez par route ou par hélicoptère).  
ROUTE : Venez me chercher à :**

---



---

**AIR : Donnez les coordonnées du groupe sur le terrain.**

---



---

4. **Vous pouvez rejoindre le bureau du SIA-QC au 418-562-7885, ou son directeur, Eric Chouinard 418-566-5774, pour connaître les # de téléphone de diverses personnes qui connaissent bien ce secteur du sentier pour aider avec l'évacuation.**
5. **Quand serez-vous là ? Avez-vous besoin d'autres informations?**

---

## Numéros de téléphone URGENCE

**Toute urgence:** 911  
**SIA-QC:** Éric Chouinard cell (418) 566-5774 / bureau (418) 562-7885  
**Police:** (418) 310-4141 (d'un téléphone cellulaire: 4141)  
**Centre anti-poison:** (506) 548-0420

### **Réserve faunique de Matane:**

Accueil John (418) 224-3345  
 Administration Matane (418) 562-3700

### **Parc de la Gaspésie:**

Bureau du directeur : 418-763-3181  
 Après heures de bureau (Centre d'interprétation) : 418-763-7811  
 Gîte du Mont Albert (24h) : 418-763-2288 ou 1-866-727-2427

### **Parc Forillon :**

Centre opérationnel (garde-parcs, heures bureau) :  
 (418) 892-5553  
 No. de téléphone pour appels d'urgence dans le Parc (24H/24H) :  
 (418) 368-6440

### **Personnes connaissant bien le sentier (région de Matane) :**

J.Pierre Harrisson (418) 562-1827  
 Daniel Bélanger (418) 566-1213

### **Bris mécanique (région de Matane):**

Mécanicien: Michel Harrison (418) 566-8105  
 Remorquage : Garage André St-Laurent (418) 562-2929  
 Location (minibus) : Dépanneur P. Poirier (418) 562-2505  
 Location (autobus, St-Jean Cherbouurg) Marc Truchon (418) 733-4432

### **Pour planifier évacuation non-urgente dans le Parc de la Gaspésie :**

Destination Chic-Chocs : (418) 763-7633 ou (888)783-2663

### **SI LE TÉLÉPHONE D'URGENCE NE FONCTIONNE PAS:**

**Poste John :** téléphone publique (24h/24) + bureau ouvert de 8-22h en été et de 8-18h en automne.  
**Étang à la truite :** en été, quelqu'un sur place 24h/24 avec radio.

#### **Radios dans véhicules de la réserve**

**ZEC Cap-Chat :** téléphone dans bureau, ouvert de 8-22h jusqu'au 31 sept. et de 9-21h en automne

**Camp Bowater au Lac Bonjour :** Communications par CB, présence 24h en été et en automne, jusqu'à la première neige.

**Lac Cascapédia :** kiosque d'information avec téléphone ou autre type de communication. Ouverture : Du 1 -14 juin, 10h-18. Du 15 juin - 2 sept, 8h-21h. Du 2-30 sept. 10h-18h. Pas de téléphone publique sur le site. Il y a un téléphone d'urgence à l'entrée de la Boussole (int. routes 11 & 299). **À l'avance : Vérifier réservations de navette de DCC pour savoir quels jours ils seront dans le secteur.**

**Questionnaire sur la situation: (guide)**

Date: \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_

1. Nom du Guide: \_\_\_\_\_
2. Nom de l'Assistant Guide: \_\_\_\_\_
3. Numéro du téléphone satellite: \_\_\_\_\_
4. Votre location (carte et dernière balise GPS)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Combien de personnes au total dans votre groupe (incl. les guides)? \_\_\_\_\_
6. Est-ce que ceux qui n'étaient pas impliqués sont maintenant bien encadrés? Sinon, organiser la situation.
7. Cause de l'urgence :
  - accident
  - maladie
  - cause environnementale
  - autre cause

Spécifier : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Combien de victimes? \_\_\_\_\_

Victime #1 : VOIR FICHE MÉDICALE

Nom de la victime : \_\_\_\_\_

Sexe :  femme  homme

Âge : \_\_\_\_\_

La cause de l'accident ? \_\_\_\_\_

La blessure de la victime ? \_\_\_\_\_

Quelle est la gravité de la victime 1 :  sévère  grâve  moyen  superficiel

Quel traitement à été effectué ?

\_\_\_\_\_

La victime peut-elle se déplacer ?  oui  non

La victime doit-elle être évacuée?  oui  non

**Victime #2 : VOIR FICHE MÉDICALE**

Nom de la victime : \_\_\_\_\_

Sexe :  femme  homme

Âge : \_\_\_\_\_

La cause de l'accident ? \_\_\_\_\_

La blessure de la victime ? \_\_\_\_\_

Quelle est la gravité de la victime 1 :  sévère  grâve  moyen  superficiel

Quel traitement à été effectué ? \_\_\_\_\_

La victime peut-elle se déplacer ?  oui  non

La victime doit-elle être évacuée?  oui  non

**Victime #3 : VOIR FICHE MÉDICALE**

Nom de la victime : \_\_\_\_\_

Sexe :  femme  homme

Âge : \_\_\_\_\_

La cause de l'accident ? \_\_\_\_\_

La blessure de la victime ? \_\_\_\_\_

Quelle est la gravité de la victime 1 :  sévère  grâve  moyen  superficiel

Quel traitement à été effectué ? \_\_\_\_\_

La victime peut-elle se déplacer ?  oui  non

La victime doit-elle être évacuée?  oui  non

Combien de victimes à évacuer? \_\_\_\_\_

**Plan d'évacuation** (regarder points d'accès, distance, nombre de personnes à évacuer, ressources humaines disponibles pour participer, modes d'évacuation possibles:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Rapport d'incident**

**Coordonnées et conditions :**

Date de l'accident : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Coordonnées géographiques : \_\_\_\_\_ # carte topographique : \_\_\_\_\_

Température : \_\_\_\_\_ Nébulosité : \_\_\_\_\_

Précipitation : \_\_\_\_\_ Vents : \_\_\_\_\_ Visibilité : \_\_\_\_\_

**Nom du patient :**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

*Se référer à la fiche client pour les autres coordonnées* âge : \_\_\_\_\_ sexe : \_\_\_\_\_

**Diagnostic de base :**

Niveau de conscience : 1) Alerté et orienté    2) Verbal    3) Douleurs    4) Sans réponse

Voies respiratoires : \_\_\_\_\_ Respiration : \_\_\_\_\_

Circulation : \_\_\_\_\_ Position initiale : \_\_\_\_\_

Cause de la blessure : \_\_\_\_\_

**Plainte / douleur principale (mots du patient) :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Histoire médicale (**se référer à la fiche client le cas échéant**) :

**Allergies :** \_\_\_\_\_

**Médication utilisée par le patient :** \_\_\_\_\_

**Histoire de la blessure ou de la maladie :** \_\_\_\_\_

Dernier repas : \_\_\_\_\_

Lentilles de contact :            non            oui

**Signes vitaux :**

<i>Heure / signe vitaux</i>								
Pouls								
Respiration								
Pupilles								
Peau couleur, température, moiteur								
Niveau de conscience								
Tension artérielle								
Température corporelle								

Commentaires (soins à long terme) :

Heure : \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_



<p><b>Description et localisation de la douleur et des blessures</b></p> <p>Observations : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>État général : _____</p> <p>Traitement/plan d'action : _____</p> <p>Refus de traitement : _____</p> <p><b>Assistance requise :</b></p> <p>Transport (ambulance, hélicoptère, etc.) : _____ Nom de la Cie : _____</p> <p>Heure d'arrivée du transport: _____ Heure d'arrivée à l'hôpital ou clinique : _____</p> <p>Lieu où la victime est embarquée : _____</p> <p>Nom de l'hôpital ou de la clinique : _____</p> <p><b>Nom et adresse complète des témoins :</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ANALYSE POST-ACCIDENT**

<p><b>1-DESCRIPTION DE L'ACCIDENT OU DE L'ÉVÉNEMENT :</b></p> <p><i>(Préciser / compléter les données du rapport d'accident.)</i></p> <p>Genre d'accident : _____</p> <p>Nature de la blessure : _____</p> <p>Partie(s) du corps touchée (es) : _____</p> <p>Soins reçus : _____</p> <p>Dommmages matériels et coûts prévus : _____</p> <p>Autres conséquences : _____</p> <p>Renseignements complémentaires : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**2- ANALYSE DE L'ACCIDENT :**

L'activité au moment de l'accident était-elle liée au produit ou autorisée ? \_\_\_\_\_  
Le déroulement de l'activité était-il sécuritaire ? \_\_\_\_\_  
L'information sur les risques inhérents était-elle fournie ? \_\_\_\_\_  
Est-ce qu'il y avait modification des aptitudes physiques ou mentales ? \_\_\_\_\_  
L'équipement relié à l'activité était-il sécuritaire ? \_\_\_\_\_  
Le matériel de sécurité a-t-il été utilisé ? \_\_\_\_\_  
La surveillance et l'encadrement étaient-ils normaux ? \_\_\_\_\_  
Les mesures prises à l'égard de la personne accidentée étaient-elles appropriées ? \_\_\_\_\_  
Autres éléments : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4- CAUSES DE L'ACCIDENT OU DE L'ÉVÉNEMENT :**

**(Préciser les causes déterminantes et/ou indirectes)**

- 1-
- 2-
- 3-

**5- MESURES DE PRÉVENTIONS RECOMMANDÉES :**

**(Indiquer la ou les mesures correctives provisoires ou permanentes recommandées, la personne responsable et la date limite de la mise en application.)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Personne ayant complété le présent formulaire, le rapport post-accident et ayant dispensé les premiers soins :**

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

# de téléphone : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_