

Conduite d'un véhicule ambulancier

Direction des secteurs cliniques et opérationnels

En vigueur le : 2013-03-15

Révisée le : 2017-12-07

Objectif : La présente procédure a pour objet de déterminer les normes que doivent respecter les entreprises ambulancières et les techniciens ambulanciers paramédics concernant l'utilisation des gyrophares et de la sirène, et concernant la conduite d'un véhicule ambulancier.

APPLICATION

Cette procédure s'applique à tous les TA/P du groupe CAMBI.

PROCÉDURE

1. OBLIGATION GÉNÉRALE

Les entreprises ambulancières et les techniciens ambulanciers paramédics doivent respecter les règles énoncées au Code de la sécurité routière (L.R.Q., c. C-24.2) dont notamment celles reproduites à l'annexe I de la présente procédure.

2. PRINCIPES DIRECTEURS

Trois éléments doivent guider la conduite d'un véhicule d'urgence par un technicien ambulancier paramédic :

Le technicien ambulancier paramédic, qui a la charge du patient, doit être en mesure d'évaluer que l'utilisation des gyrophares et de la sirène a amené une diminution du temps de transport ayant comme objectif de diminuer la morbidité et la mortalité.

Le technicien ambulancier paramédic doit utiliser les gyrophares et la sirène pour avertir de sa conduite en urgence. L'utilisation des gyrophares et de la sirène est indiquée aux endroits à risque, dont notamment les zones scolaires, les villages, les routes étroites, les endroits où la visibilité est réduite, les lieux publics, les intersections.

Le technicien ambulancier paramédic, lorsqu'il conduit en urgence, doit prévoir que les automobilistes peuvent réduire leur vitesse, de même qu'ils doivent, dans la mesure du possible et sans risque, se ranger le plus à droite possible. Ceci signifie que le dépassement à gauche en urgence doit être favorisé.

3. UTILISATION DES GYROPHARES ET DE LA SIRÈNE

L'utilisation des gyrophares et de la sirène ne doit servir que dans les circonstances suivantes :

- Demander de façon prioritaire le droit de passage.
- Aviser les piétons et les automobilistes qu'une situation à risque est en cours et que ces derniers doivent, dans la mesure du possible, faciliter le passage.

En aucun temps, la demande de priorité de passage, avec les véhicules d'urgence, ne constitue une garantie de droit de passage d'une part, et ne modifie en rien, d'autre part, la responsabilité du conducteur d'un véhicule d'urgence impliqué dans un accident.

3.1 Transport primaire – appel d'urgence

3.1.1 En route vers le lieu d'appel ou de l'incident

L'utilisation des feux d'urgences et de la sirène est déjà prévue dans le cadre de l'application de MPDS (Medical Priority Dispatch System). Le directeur médical a établi les priorités pour chacun des déterminants de MPDS.

Lors d'un appel traité en priorité 0 ou 1, le véhicule ambulancier doit toujours se déplacer avec les feux d'urgence et utiliser la sirène seulement lorsque nécessaire pour se rendre sur le lieu de l'intervention.

Lors d'un appel en priorité 3, le véhicule ambulancier doit se déplacer sans feux d'urgence et sirène dans la très grande majorité des cas. Les techniciens ambulanciers paramédics pourront les utiliser dans des situations très précises qu'ils devront justifier (ex : obstruction de la route hors du commun).

À ce moment, le conducteur avise le Centre de communication santé et doit donner un motif raisonnable à l'utilisation des gyrophares et sirène.

3.1.2 En route vers l'établissement

L'utilisation des feux d'urgence et de la sirène n'est indiquée que pour certaines conditions qui sont identifiées dans les protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics. Ces conditions se résument comme suit :

Situations médicales :

- Hypotension (TA sys. < 100)
- Cyanose
- Diaphorèse
- Détresse respiratoire/insuffisance respiratoire
- Altération de l'état de conscience (V, P ou U)

- Altération significative du pouls (adulte < 50/min ou > 150/min)
- Altération significative du RR (adulte < 8/min ou > 36/min)
- Altération significative de la saturation (< 85%)
- MI Aigue
- AVC aigue avec présence de symptôme ≤ 4.5hrs
- Lorsque spécifié dans les protocoles d'intervention clinique

Situations traumatiques :

- Transport **URGENT** si traumatisé en arrêt cardiorespiratoire au centre receveur le plus près;
- Transport **URGENT** si traumatisé présente une détresse respiratoire sévère non contrôlée en préhospitalier (ex. : patient hypoventilé avec difficulté de ventilation et avec incapacité d'intubation au Combitube®) au centre receveur le plus près;
- Transport **URGENT si traumatisé majeur instable** (critère positif dans l'étape 1 de l'EQTPT) dans un centre de traumatologie tertiaire si disponible ou le centre de traumatologie de plus haut niveau dans un délai maximal de 60 minutes selon l'organisation régionale;
 - Arrêt cardiorespiratoire;
 - Obstruction des voies respiratoires qui ne peuvent être dégagées par des méthodes simples;
 - Détresse/insuffisance respiratoire;
 - Blessure thoracique ou des voies respiratoires nécessitant une assistance ventilatoire/respiratoire (insuffisance respiratoire);
 - Hémorragie impossible à contrôler;
 - Choc décompensé;
 - Absence de pouls radial (bilatéralement);
 - Niveau de conscience « P » ou « U ».

3.2 Transports interétablissements et transports d'un établissement à l'avion ambulance

L'utilisation des gyrophares et de la sirène n'est pas indiquée sauf dans les circonstances exceptionnelles suivantes :

- Le patient est cliniquement instable (voir cas d'instabilité);
- L'état du patient se détériore ou est à risque de se détériorer en cours de transfert (exemple: un patient est transféré pour une angioplastie primaire, une thrombectomie cérébrale, une hémorragie incontrôlable, AAA, AAT);
- Le transport d'organes;
- Le temps d'intervention dans un établissement spécialisé peut avoir une incidence immédiate sur la morbidité ou la mortalité.

3.3 Transport pour un retour à domicile

En aucun cas, l'utilisation des gyrophares et de la sirène n'est autorisée.

4. CONDUITE D'UN VÉHICULE D'URGENCE

4.1 Vitesse

En conduite d'urgence (avec feux d'urgence et sirène), même si le Code de la route permet un dépassement de la vitesse permise, il n'y a pas d'intérêt médical à excéder de plus de 30 km/h la limite maximale permise. Une seule exception existe pour les zones scolaires où la limite de 30 km/h doit être respectée intégralement pendant les heures de fréquentation des étudiants.

4.2 Arrêt obligatoire

En conduite d'urgence (avec feux d'urgence et sirène), le véhicule d'urgence doit, avant de traverser un signal d'arrêt (arrêt, feux rouges ou autres) :

Ralentir de façon à être capable d'immobiliser complètement le véhicule si besoin; vérifier de part et d'autre de l'intersection avant de poursuivre sa route.

4.3 Demande de priorité de passage par le service policier

En conduite d'urgence, il est interdit de faire demander la priorité de passage du véhicule ambulancier par un véhicule policier.

5. RESPONSABILITÉS

Le titulaire du permis de service d'ambulance a la responsabilité de faire respecter la présente politique. Il a également l'obligation d'informer le CISSS de tous les accidents impliquant leurs véhicules avec blessés, perte de vie ou dommages matériels importants dans un délai de sept jours à compter de la date de l'accident.

Le conducteur d'un véhicule ambulancier doit agir d'une manière responsable lorsqu'il est au volant de ce véhicule. L'utilisation des feux d'urgences et de la sirène se limite aux seuls cas décrits à la présente procédure.

RÉFÉRENCES

AUERBACK Paul S. et autres. An analysis of ambulance accidents in Tennessee, JAMA. 1987;258 : 1487-90.

BECKER LB. The epidemiology of sudden death. In : Paradis NA, Halperin H, Nowak R (eds). Cardiac Arrest : The science and Practice of Resuscitation Medicine. Baltimore, MD : Williams &Wilkins, 1996.

BERKER LB et autres. CPR Chicago : outcome of cardiopulmonary resuscitation in a large metropolitan area-where are the survivors? *Annals of Emergency Medicine*, 1991;2 : 355-61.

BLUM A. The need for not breaking the sound barrier, *JAMA*, 1980;244 : 1327-8.

BROWN L. et autres. Do warning lights and sirens reduce ambulance response times? *Prehospital Emergency Care*, 2000;4 : 70-4.

CHRISTOPHER A. Kahn et autres. Characteristics of fatal ambulance crashes in the United States : an 11 year retrospective analysis, *Prehospital Emergency Care*, July/September 2001;volume 5/number 3 : 261-68.

CLAWSON, JJ. et autres. The wake effect-emergency vehicle related collisions, *Prehospital Disaster Medicine*, 1997;12 : 274-7.

EISENBERG MS et autres. Cardiac arrest and resuscitation : a tale of 29 cities, *Annals of Emergency Medicine*, 1990;19 : 179-86.

ELLING R. Dispelling myths on ambulance accidents, *Journal of Emergency Medicine Service*, 1989;15(7) : 60-4.

HO J et B. CASEY. Time saved with use of emergency warning lights and sirens during response to requests for emergency medical aid in an urban environment, *Annals of Emergency Medicine*, 1998;32 : 585-8.

HUNT RC et autres. Is ambulance transport time with lights and siren faster than without? *Annals of Emergency Medicine*, 1995;25 : 507-11.

JEFFREY HO. et Mark LINDQUIST, MD. Time saved with the use of emergency warning lights and siren while responding to request for emergency medical aid in a rural environment, *Prehospital Emergency Care*, April/June 2001; volume 5/number 2;159-162.

KUEHL, Alexander (ed). *Prehospital Systems and Medical Oversight*, ed 2. Saint-Louis : Mosby-Year Book, 1994.

LACHER M et LH. BAUSHER. Lights and siren in pediatric 911 ambulance transports : are they being misused? *Annals of Emergency Medicine*, 1995;29 : 223-7.

Minnesota Department of Trade and Economic Development. *Community Profile : City of Detroit Lakes* (1997).

National Association of EMS Physicians and National Association of State EMS Directors. Use of warning lights and sirens in emergency medical vehicle response and patient transport [position paper], *Prehospital Disaster Medicine*, 1994;9 : 133-6.

O'BIREN DJ, TG. PRICE et P. ADAMS. The effectiveness of lights and siren use during ambulance transport by paramedics, Prehospital Emergency Care, 1999;3 : 127-130.

PIRRALLO RG et RA. SWOR Characteristics of fatal ambulance crashes during emergency and non-emergency operation, Prehospital Disaster Medicine, 1994;9 : 125-31.

SAUNDERS CE et CJ. HEYE. Ambulance collisions in an urban environment, Prehospital Disaster Medicine, 1994;9 : 118-24.

U.S. Bureau of the Census. Country and City Data Book : 1994. Washington, DC, 1994.

WOLFBERG D. Lights, sirens and liability, Journal of Emergency Medicine Service, 1996;21(2) : 38-40.

RÉFÉRENCES - Codes de la sécurité routière :

Article 378 Le conducteur d'un véhicule d'urgence ne doit actionner les feux clignotants ou pivotants ou les avertisseurs sonores ou un dispositif de changement des signaux lumineux de circulation visés à l'article 255 dont est muni son véhicule que dans l'exercice de ses fonctions et si les circonstances l'exigent.

Il n'est alors pas tenu de respecter les dispositions de l'article 310, du premier alinéa de l'article 326.1 et des articles 328, 342, 346, 347, 359, 360, 364, 365, 367, 368, 371, 381 à 384 et 386.

Article 327 Toutes vitesses ou toutes actions susceptibles de mettre en péril la vie ou la sécurité des personnes ou la propriété est prohibée.

En outre des chemins publics, le présent article s'applique sur les chemins privés ouverts à la circulation publique des véhicules routiers ainsi que sur les terrains de centres commerciaux et autres terrains où le public est autorisé à circuler.

Article 460 Le conducteur d'un véhicule routier qui approche d'un autobus ou minibus affecté au transport d'écoliers dont les feux intermittents sont en marche ou lorsqu'il est fait usage de son signal d'arrêt obligatoire, doit immobiliser son véhicule à plus de 5 mètres de l'autobus ou du minibus et ne peut le croiser ou le dépasser que lorsque les feux intermittents sont éteints et le signal d'arrêt obligatoire escamoté, et qu'après s'être assuré qu'il peut le faire sans danger.

Le premier alinéa ne s'applique pas à un véhicule routier qui croise un autobus ou minibus affecté au transport d'écoliers sur une chaussée adjacente séparée par un terre-plein ou une autre séparation physique surélevée.

RÉFÉRENCE CLINIQUE :

PICTA 2017