

**PROTOCOLE**

**D'URGENCE**

**SUR LE SENTIER  
INTERNATIONAL DES APPALACHES**

**2023**

**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 418-5627885, 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**            Bureau SIA (418) 560-4642

**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**

**(Avignon - Matapédia) :** Geneviève Labonté (418) 865-3554

**(Vallée de la Matapédia) :** Gaétan Roy (418) 742-3261

**(Réserve faunique Matane) :** Gaétan Dérosier (418) 562-6226

**(Haute-Gaspésie) :** Clémence Pepin (418) 967-1356

**(Côte-de-Gaspé) :** Jean-Marc Hardy (418) 368-4197

#### **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.**  
**PROTOCOLE D'URGENCE**

---

---

## **Questionnaire sur la situation: (Intervenant)**

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) Alert 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) : \_\_\_\_\_

---

---

**PROTOCOLE D'URGENCE**

10

|         |       |    |       |
|---------|-------|----|-------|
| Heure : | _____ | 1  | _____ |
| Heure : | _____ | 2  | _____ |
| Heure : | _____ | 3  | _____ |
| Heure : | _____ | 4  | _____ |
| Heure : | _____ | 5  | _____ |
| Heure : | _____ | 6  | _____ |
| Heure : | _____ | 7  | _____ |
| Heure : | _____ | 8  | _____ |
| Heure : | _____ | 9  | _____ |
| Heure : | _____ | 10 | _____ |

**Description et localisation de la douleur et des blessures**

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

État général : \_\_\_\_\_

Traitement/plan d'action : \_\_\_\_\_

Refus de traitement : \_\_\_\_\_

**Assistance requise :**

Transport (ambulance, hélicoptère, etc.) : \_\_\_\_\_ Nom de la Cie : \_\_\_\_\_

Heure d'arrivée du transport: \_\_\_\_\_ Heure d'arrivée à l'hôpital ou clinique : \_\_\_\_\_

Lieu où la victime est embarquée : \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital ou de la clinique : \_\_\_\_\_

**Nom et adresse complète des témoins :**

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

**ANALYSE POST-ACCIDENT**

**1-DESCRIPTION DE L'ACCIDENT OU DE L'ÉVÉNEMENT :**

*(Préciser / compléter les données du rapport d'accident.)*

Genre d'accident : \_\_\_\_\_

Nature de la blessure : \_\_\_\_\_

Partie(s) du corps touchée (es) : \_\_\_\_\_

Soins reçus : \_\_\_\_\_

Dommmages matériels et coûts prévus : \_\_\_\_\_

Autres conséquences : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Renseignements complémentaires :

|  |
|--|
|  |
|--|

**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 :**

|   |
|---|
| <b>(Préciser les causes déterminantes et/ou indirectes)</b> |
| 1-  |
| 2-  |
| 3-  |

**5- MESURES DE PRÉVENTIONS RECOMMANDÉES :**

|   |
|---|
| <b>(Indiquer la ou les mesures correctives provisoires ou permanentes recommandées, la personne responsable et la date limite de la mise en application.)</b> |
| _____   |
| _____   |
| _____   |

---

---

**PROTOCOLE D'URGENCE**

13

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

Prénom :

Nom :

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

# de téléphone :

Fonction : \_\_\_\_\_