

Approche et évaluation du patient



Avril 2005

**SCORES ET MOYENS
MNEMOTECHNIQUES**



AVPU

A = patient **A**lerte
V = répond à la stimulation **V**erbale
P = **P**ain (douleur), répond à la douleur
U = **U**nresponsive, aucune réponse

SAMPLE

Anamnèse

S Signes et symptômes
A Allergies
M Médicaments, traitement.
P Passé médical
L Last meal (dernier repas).
E Evénements avant l'urgence

OPQRST

Plainte principale

O Onset (début des symptômes)
P Provoqué par
Q Qualité (comment ressentie)
R Région
S Sévérité (échelle douleurs)
T Temps (depuis combien de temps)

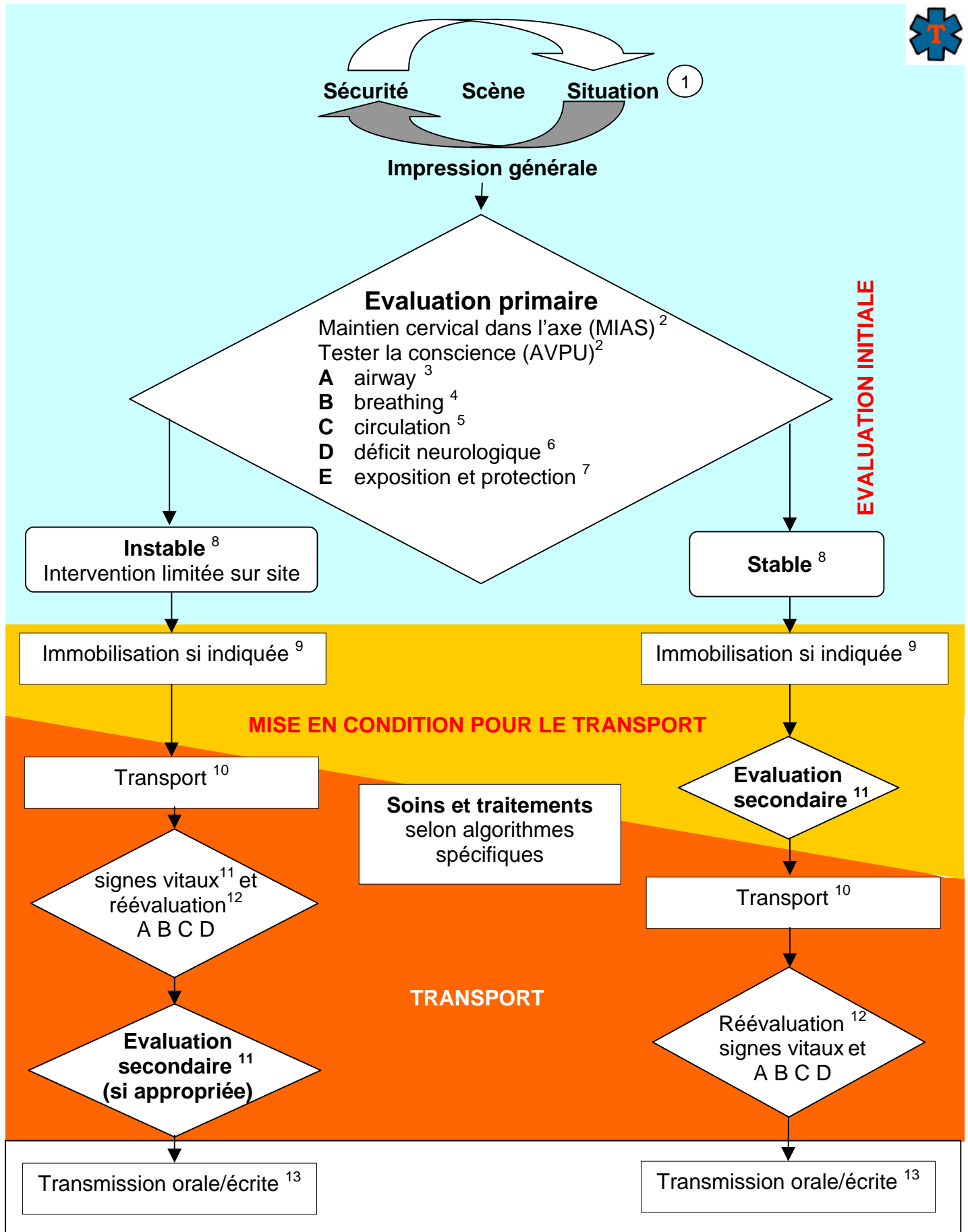
GLASGOW
Adultes - Enfants

	Adultes	Enfants
Ouverture des yeux :		
4	Spontanée	
3	A la demande	
2	A la douleur	Idem adulte
1	Aucune	
Meilleure réponse verbale :		
5	Orientée	Babille, sourit
4	Confuse	Pleure, consolable
3	Inappropriée	Pleurs persistants
2	Incompréhensible	Gémit, sons
1	Aucune	Aucune
Meilleure réponse motrice :		
6	Normale	Idem adulte
5	Localisée	
4	Flexion	
3	Flexion stéréotypée	
2	Extension	
1	Aucune	

DCAPP – BTLS – TIC

D Déformation	B Brûlure	T Tenderness (mou à la palpation)
C Contusion	T Tuméfaction	I Instabilité
A Abrasion	L Lacération	C Crépitements
P Perforation	S Swelling (œdème)	
P Plaie soufflante		

Stratégie de prise en charge du patient traumatisé





1. SSS Evaluation des 3 S – impression générale

Sécurité

en particulier

Intervenants

Ambulance en protection, Triopan.
 Protection personnelle (gants, lunettes, chasubles, veste de protection, casques, ...).
 Contrôle mutuel des intervenants.

Victime

Protection, extraction rapide, mise en sécurité.

Témoins

Mise en sécurité et s'assurer une place de travail dégagée.

Autres risques présents

Feu, fuites (carburant, gaz, eau...),
 Lignes électriques, armes (à feu, blanche),
 Explosion, produits toxiques,
 Conditions climatiques,
 Personne agressive ou agresseur encore présent,
 animaux, ...

Scène

en particulier

Lieu

Domicile, établissement public, voie publique.
 Accès au patient → anticipation pour l'évacuation

Météo

Beau, pluie, vent, neige, gel.

Cinétique

Nombre de véhicules, vitesse, mécanisme, déformations, ceinture de sécurité, appuis têtes, impact pare-brise, airbags.
 Informations auprès des témoins, police, équipe déjà sur place...

Trafic

Route secondaire, chemin, autoroute.



Triage	Situation habituelle : traiter le plus grave Nombreuses victimes : sauver le plus grand nombre ⚠ enfants de moins de 5 ans
Besoin de renfort	Pompiers, ambulanciers, policiers, médecins...
Mode de transport	Terre / air
Cas particuliers	<u>Chute</u> : hauteur de chute, surface de réception, position au moment de l'impact. <u>Agression</u> : type d'arme (blanche, à feu, vitesse) <u>Accident majeur</u> : voie d'accès et d'évacuation

Situation	en particulier
Position	Victimes, témoins : traumatismes évidents, impotence fonctionnelle...
Attitude	Calme, agitation, agressivité, émotion.
Plainte principale	« Que s'est-il passé ? Avez vous mal quelque part ? »
Autres observations	Respiration pathologique, hémorragie importante, coloration de la peau, vomissement, perte d'urine, odeurs significatives.

Impression générale

les priorités :

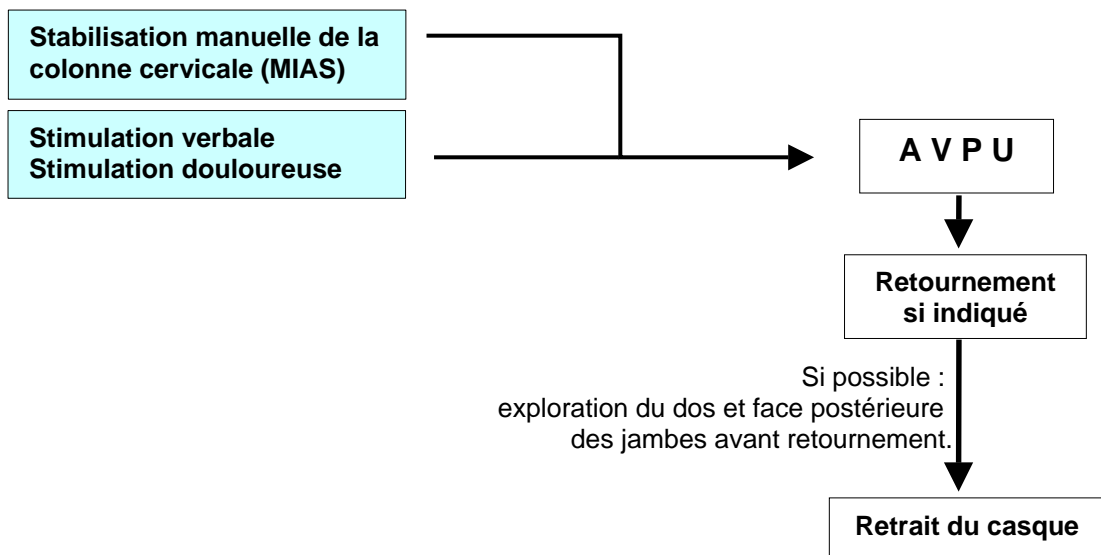
1. Observer le site en premier, déjà depuis le véhicule
2. Déterminer les mesures de sécurité à prendre
3. Demander les renforts spécifiques
4. Identifier les menaces vitales
5. Identifier la plainte principale
6. Avoir une idée sur la stabilité du patient
7. Anticiper le besoin de mesures d'urgence avancées sur le site

Evaluation primaire



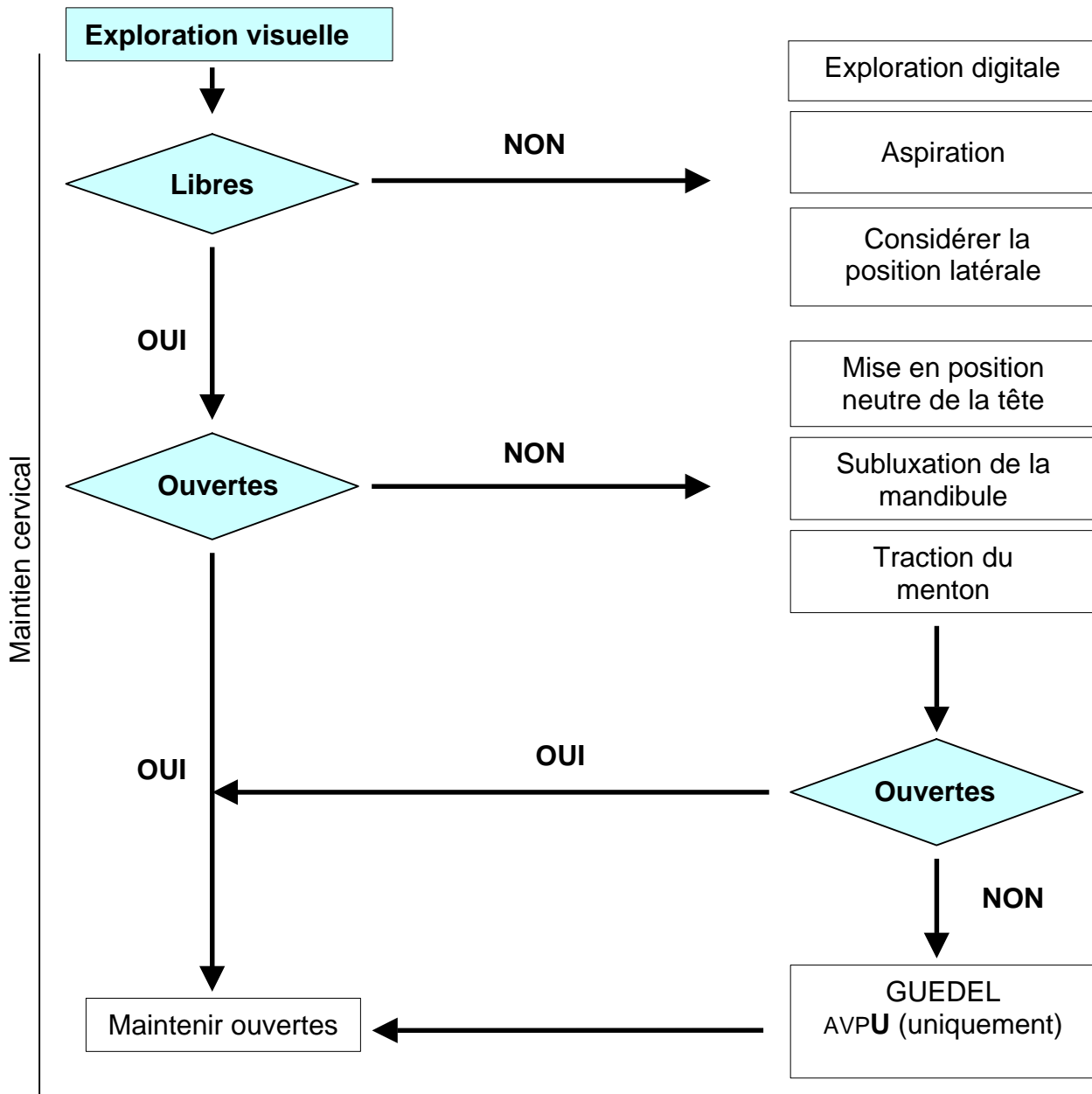
Hémorragie massive avec risque vital → hémostase

2. Maintien cervical (MIAS) - Tester la conscience (AVPU)



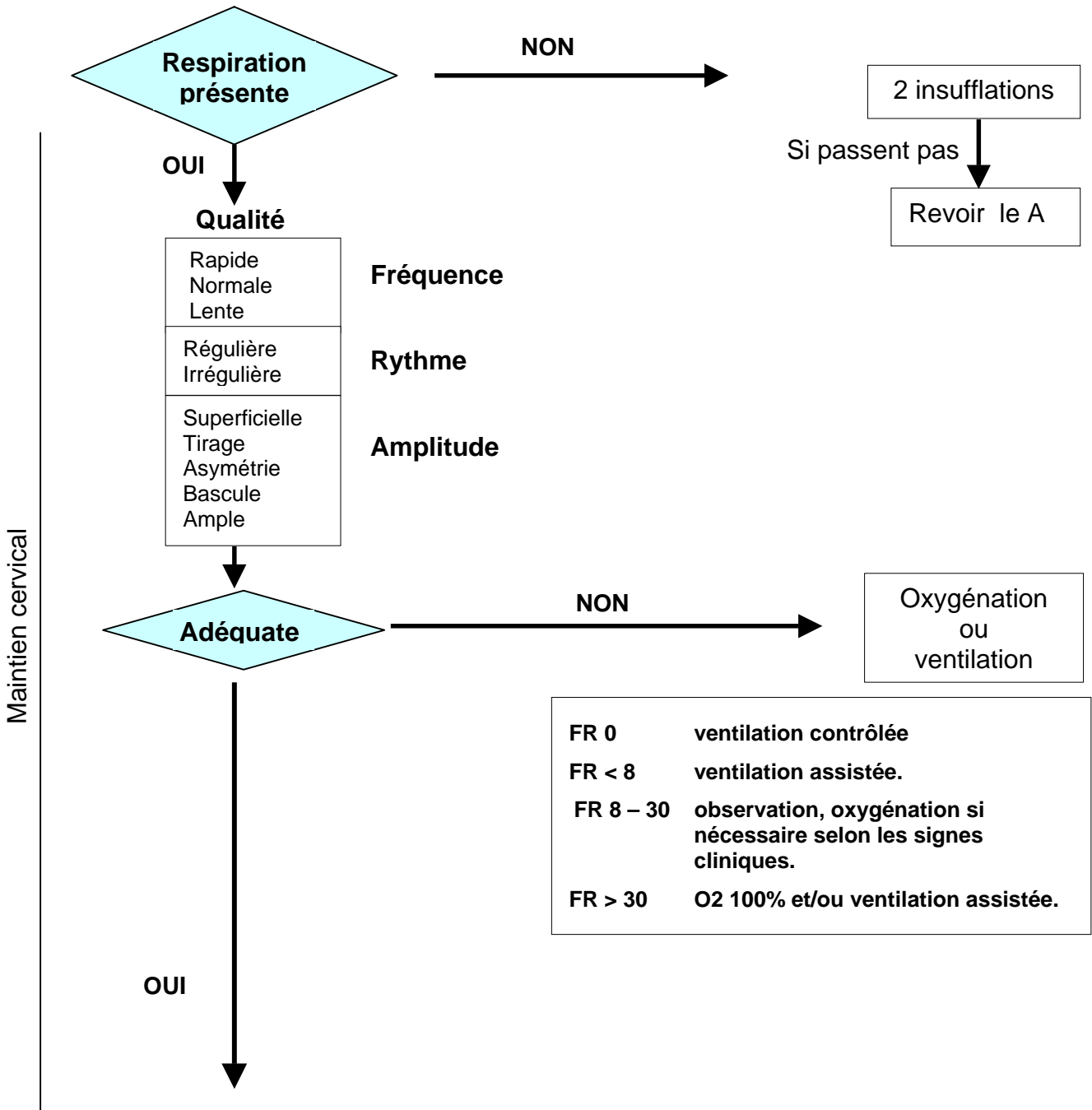
- Les priorités :**
- 1. Maintenir la colonne cervicale dans l'axe**
 - 2. Evaluer l'état de conscience**
 - 3. Effectuer les manœuvres pour permettre la libération des voies aériennes (Retournement, retrait du casque)**

3. A. Airway (Liberté des voies aériennes = LVA)



- Les priorités :**
- 1. S'assurer de la liberté des voies aériennes**
 - 2. Désobstruer les voies aériennes**
 - 3. Maintenir la liberté des voies aériennes**

4. B Breathing : respiration

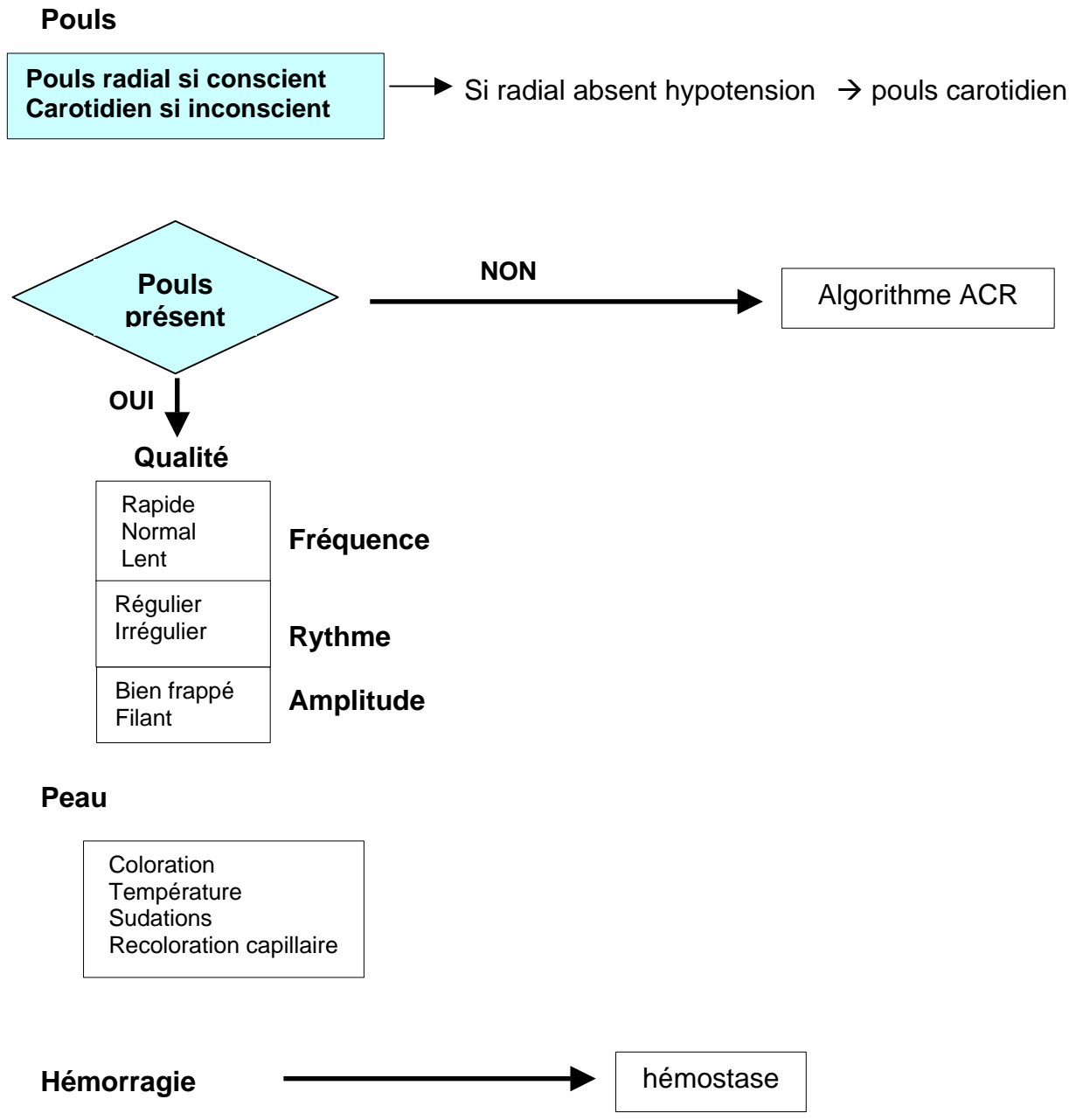


- Les priorités :**
1. **S'assurer de la présence d'une respiration**
 2. **Evaluer sa qualité**
 3. **Suppléer ou soutenir la respiration**

5. C Circulation



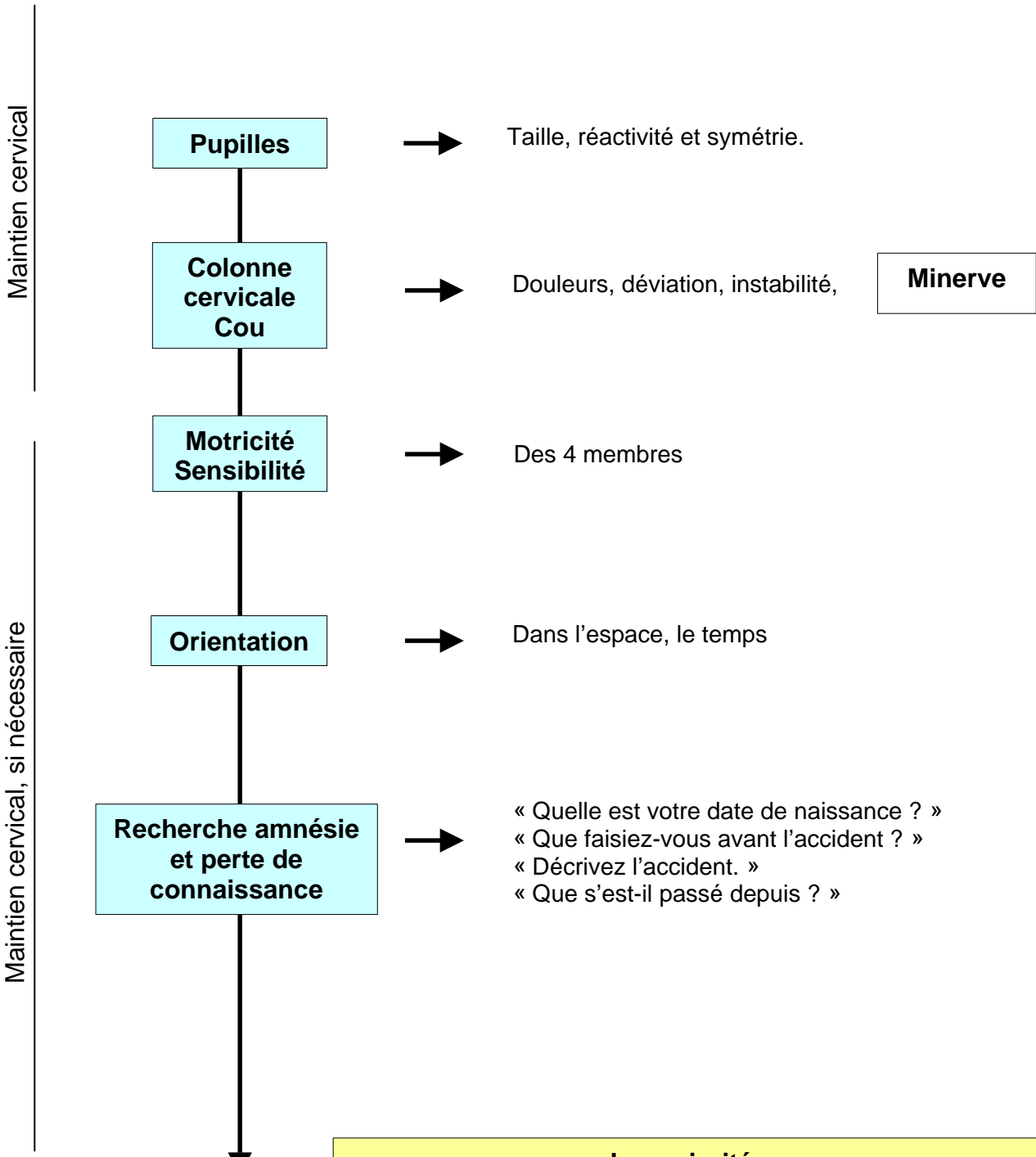
Maintien cervical



- Les priorités :**
1. S'assurer de la présence d'un pouls
 2. Evaluer sa qualité
 3. Evaluer les hémorragies
 4. Suppléer ou soutenir la circulation



6. D Déficit neurologique



- Les priorités :**
- 1. Contrôle cou et rachis cervical**
 - 2. Pose d'un collier cervical**
 - 3. Evaluation rapide du déficit neurologique**

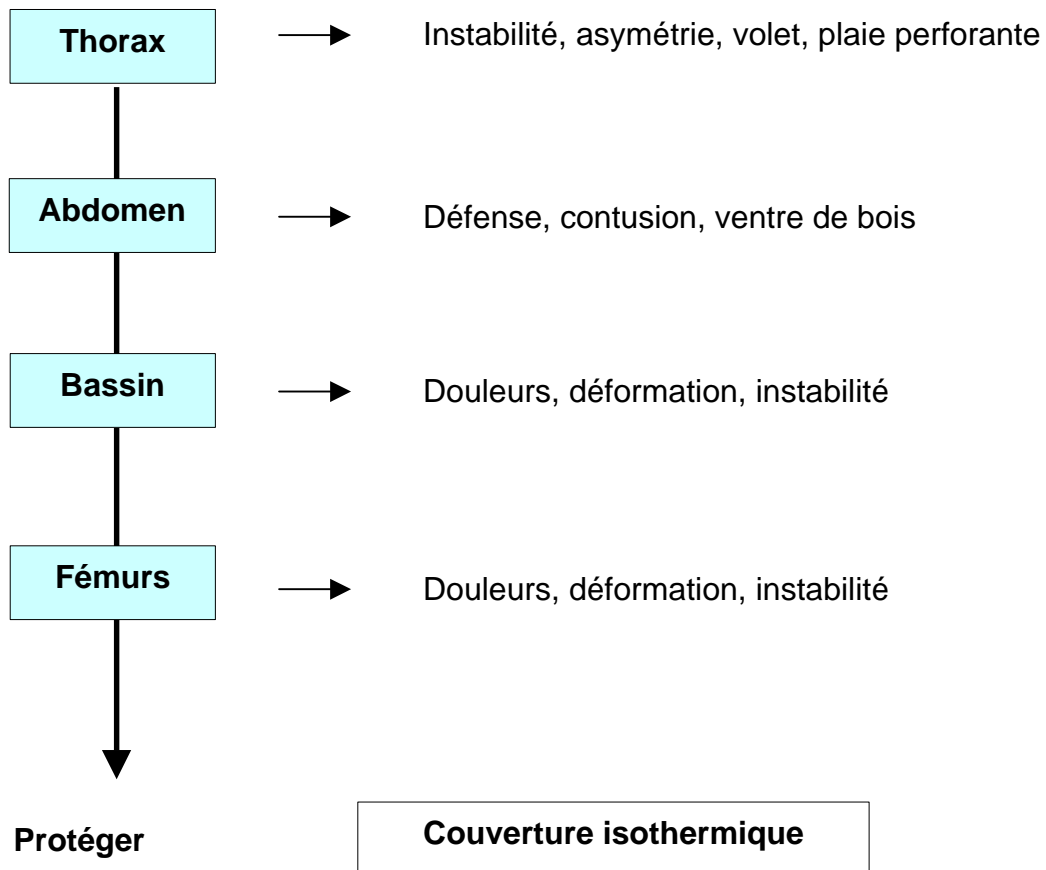
7. E Exposer et Protéger



Exposer uniquement les régions anatomiques essentielles, si nécessaire

Palper et examiner (DCAPP – BTLS – TIC p.2)

Maintien cervical, si nécessaire



- Les priorités :**
1. **Faire un bilan rapide des lésions - des parties vitales du corps**
 2. **Protéger, couvrir**
 3. **Respecter l'intimité de la personne**
 4. **A ce stade, pas de mesures thérapeutiques sauf suppléance des fonctions vitales**
 5. **Prise de décision selon degré de gravité**

8. patient traumatisé instable



Intervention limitée sur le site
Considérer l'évacuation rapide – privilégier l'immobilisation

9. Immobilisation sélective

Indication pour une immobilisation corps entier selon protocoles en vigueur (document Corfa suivra)

10. Transport

Objectif : Compression du temps en préhospitalier.
En regard des soins à apporter → destination appropriée
(bloc opératoire – plateau technique, etc.)

11. Evaluation secondaire

Signes vitaux

Mesure de la fréquence respiratoire (FR) – volume inspiré
Mesure de la saturation en oxygène (SpO₂)

Mesure de la fréquence cardiaque (FC) : au pouls la première fois avec vérification de la concordance avec le monitoring cardiaque.

Mesure de la tension artérielle (TA).
Monitoring cardiaque

Glasgow

Si nécessaire

Température
Glycémie

Tête aux pieds



Examen systématique et approfondi de la tête aux pieds de la victime pour déceler les lésions ou signes que l'examen initial n'aurait pas encore révélés (selon DCAPP – BTLS – TIC).

Partie anatomique Région Observations

Tête	Face Crâne	Plaies Douleurs Instabilité Hématomes
	Mandibule	Instabilité
	Oreilles	Plaies Ecoulement (sang/LCR)
	Yeux	Plaies Hématomes Corps étrangers
	Nez	Plaies Déformation Ecoulement (sang/LCR)
	Bouche	Sang Corps étrangers Dents cassées
Cou	Nuque	Douleurs Déformation
	Cou/Trachée	Position Plaies Turgescence jugulaires Coloration de la peau
Thorax		Douleurs Instabilité Plaies Emphysème sous-cutané Respiration paradoxale Volet thoracique
	Auscultation (4 plages)	Symétrie - bruits

DCAPP – BTLS - TIC



Abdomen		Douleurs Défense Plaies Eviscération	DCAPP – BTLS - TIC
Bassin		Douleurs Instabilité « Open book »	
Dos	(si possible avant retournement)	Douleurs Plaies	
Bras et Jambes		Douleurs Instabilité Déformation Plaies Hématomes	

S-A-M-P-L-E et O-P-Q-R-S-T

Cf p.2

12 Réévaluation

Dès que le transport a été initié faire une réévaluation rapide

- Signes vitaux
- ABCD

13 Transmission orale/écrite

Radio

Entreprise/service – délai d'arrivée – sexe – âge –
circonstances – problème-s principal-aux – éléments
importants



Orale SACPACT

Sexe
Age
Circonstances
Problème(s) principal (aux)

Antécédents pertinents : médico-chirurgicaux, traitements
médicamenteux
Constantes pertinentes
Traitements entrepris
Réponse aux traitements
Evolution

Ecrite

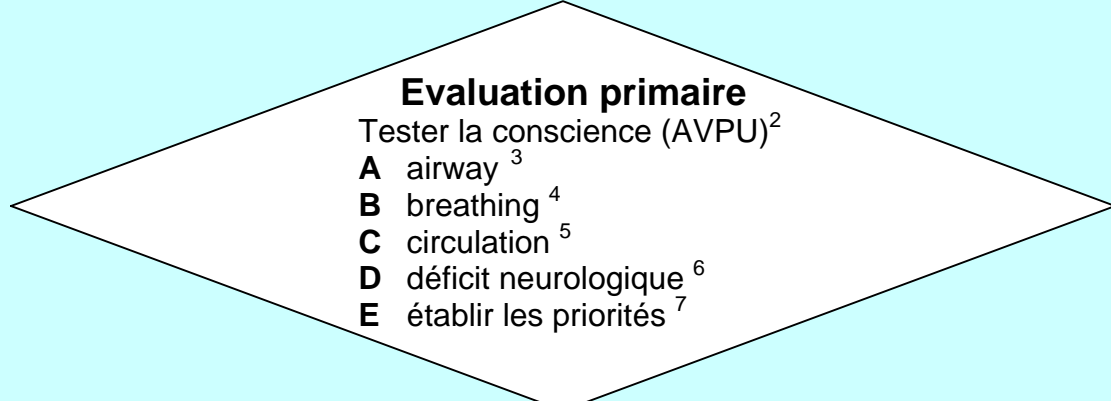
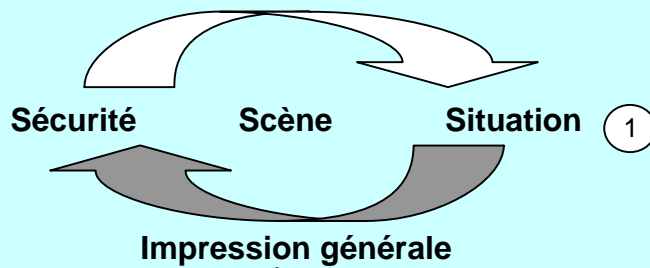
FIP
Priorité au patient (surveillance, relation)

Sous réserve des nouvelles directives SSMUS

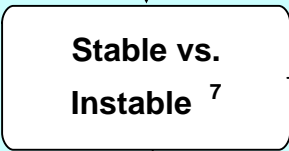
Références

Patient Assessment, Bob Elling, Kristen M. Elling, Thomson Delmar Learning
PHTLS 5^{ème} édition, assessment and management, Mosby 2003
Principe d'évaluation du patient, Ecole de Soins Ambulanciers, Genève
Documents de MM. J.-M. Erb, Ecole de soins ambulanciers Bois-Cerf, Lausanne
AMLS, 2^{ème} édition, Brady 2003
ACLS, 2000

Prise en charge du patient non - traumatisé

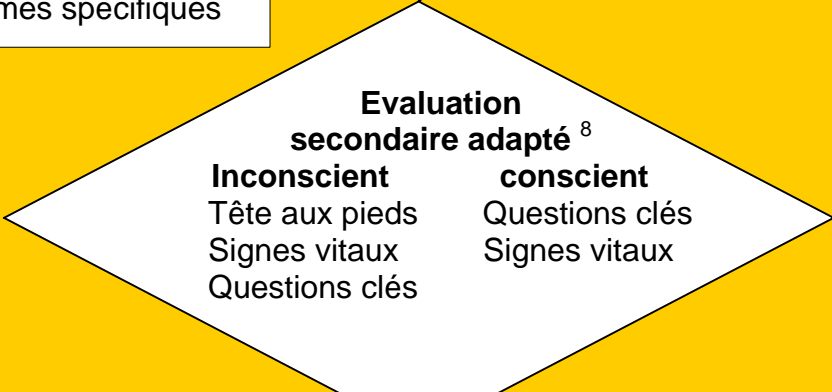


EVALUATION INITIALE

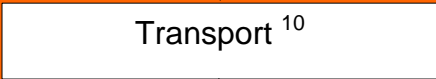
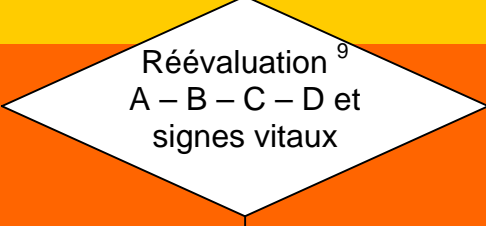


Médicalisation selon critères en vigueur
Si non disponible considérer évacuation rapide vers service d'urgence⁷

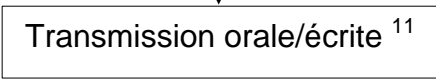
Soins et traitements selon algorithmes spécifiques



MISE EN CONDITION POUR LE TRANSPORT



TRANSPORT



1. SSS Evaluation des 3 S – impression générale

Recherche d'indices pour exclure une composante traumatique

Sécurité

En Particulier

Intervenants

Protection personnelle (gants, lunettes, masque, ...).

Risques pour les intervenants

- Patient agressif (psychiatrique, refus de soins)
- Famille, témoins agressifs

Environnement hostile

- Prise en charge dans des lieux publics, intervention suite agression, rixe
- Lieux confinés, chauffage défectueux
→ penser au monoxyde de carbone même dans des Immeubles récents ! (détecteur de CO)
- Odeurs particulières → gaz de ville
- Produits toxiques
- Autres : animaux
- ...

Victime

Mettre en sécurité. p.ex. CO détecté

Témoins

Mettre en sécurité et s'assurer une place de travail dégagée (sans pour autant exclure les proches).

Scène

En Particulier

Accès

Anticiper en vue de l'évacuation

- Escaliers, Ascenseur,
- Déclivité de la rue
- Obstacles (fils électriques, tram, bus)

Lieu

Observer l'environnement

- pension, appartement,...
- Environnement immédiat::
 - ✓ Lieu où se trouve le patient : Chambre, salon, cuisine...
 - ✓ Présence de témoins, famille
 - ✓ Propreté, contexte social.
 - ✓ Température ambiante, odeurs
 - ✓ Information sur l'alimentation (frigo, restes, cuisine)
 - ✓ Boite de médicament, O2 médical
 - ✓ écrits

Besoin de renfort

Pompiers, ambulanciers, médecins, ...

Situation

En Particulier

Position du patient

Donne des informations sur :

- Etat de conscience
- Liberté des VAS
- Traumatismes évidents
- Impotence fonctionnelle
- Clinique évocatrice

Réaction du patient à l'approche des ambulanciers (bouge, parle, crie...)

Donne des informations sur :

- Etat de conscience
- Liberté des VAS
- Qualité de la respiration

Identification de la plainte principale

Qualité de la réponse aux questions (phrases entrecoupées par la respiration, parle distinctement ou non, ...)

Autres observations

- Vomissements, perte d'urine,
- Odeurs particulières (acétone, feotor OH, urine)

Impression générale

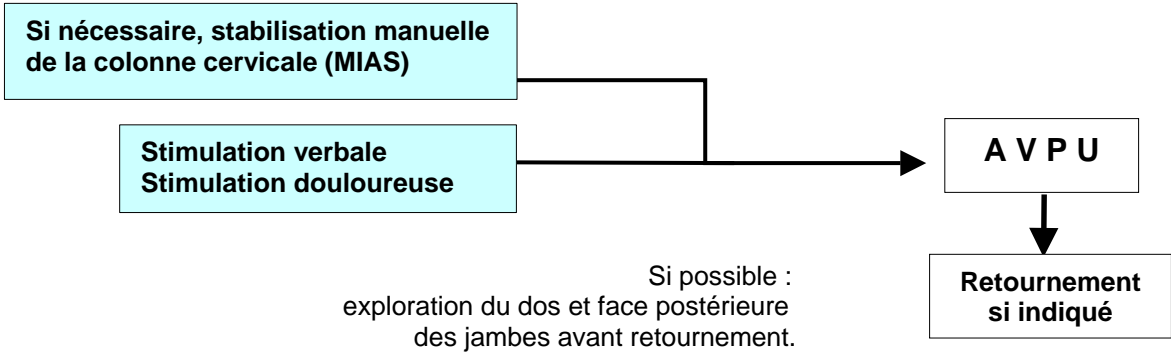
les priorités :

- 1. Déterminer les mesures de sécurité à prendre**
- 2. Identifier rapidement les menaces vitales et la plainte principale**
- 3. Recueillir des informations sur l'environnement permettant par la suite de mieux comprendre la situation**
- 4. Demander les renforts spécifiques**

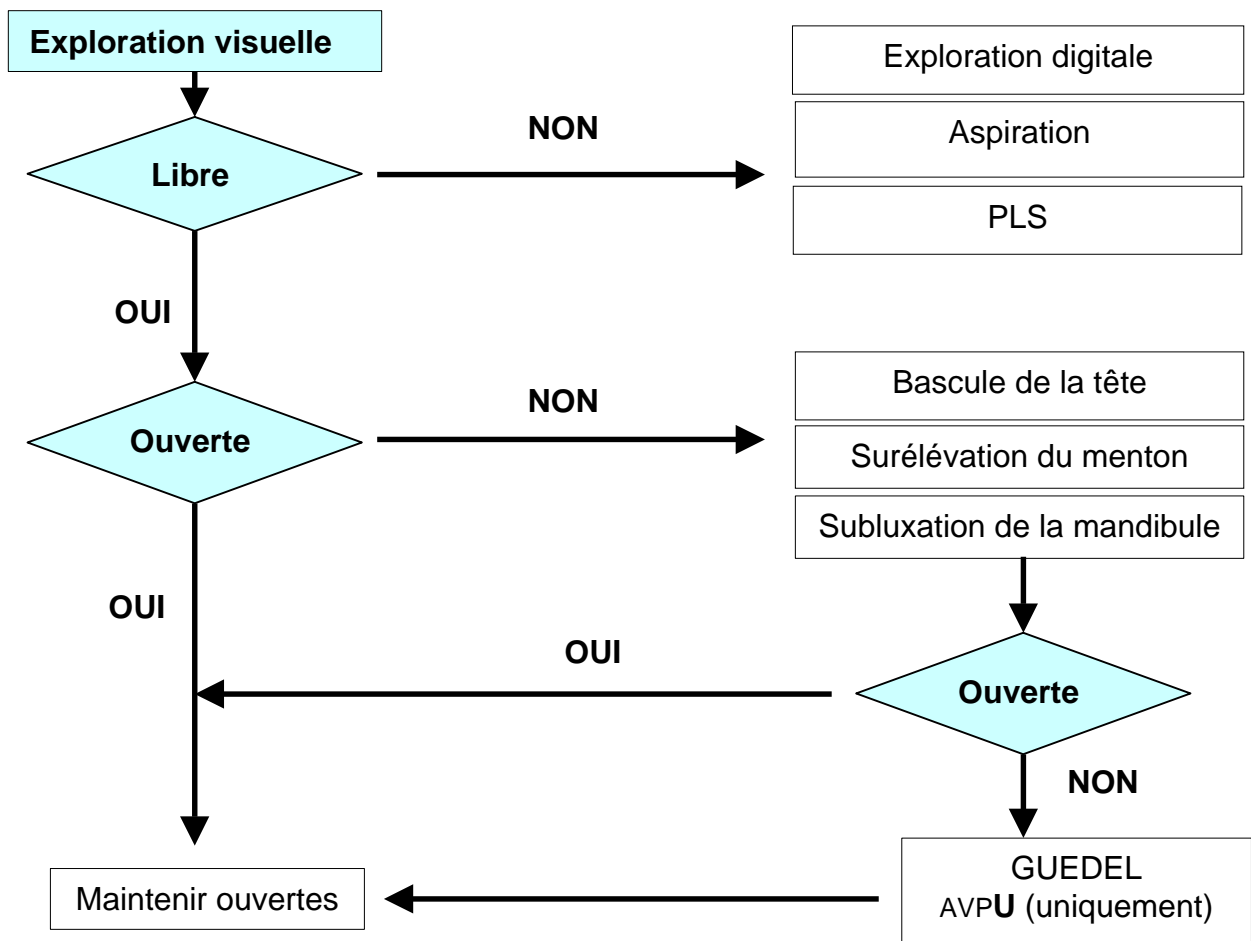
Evaluation primaire



2. Tester la conscience

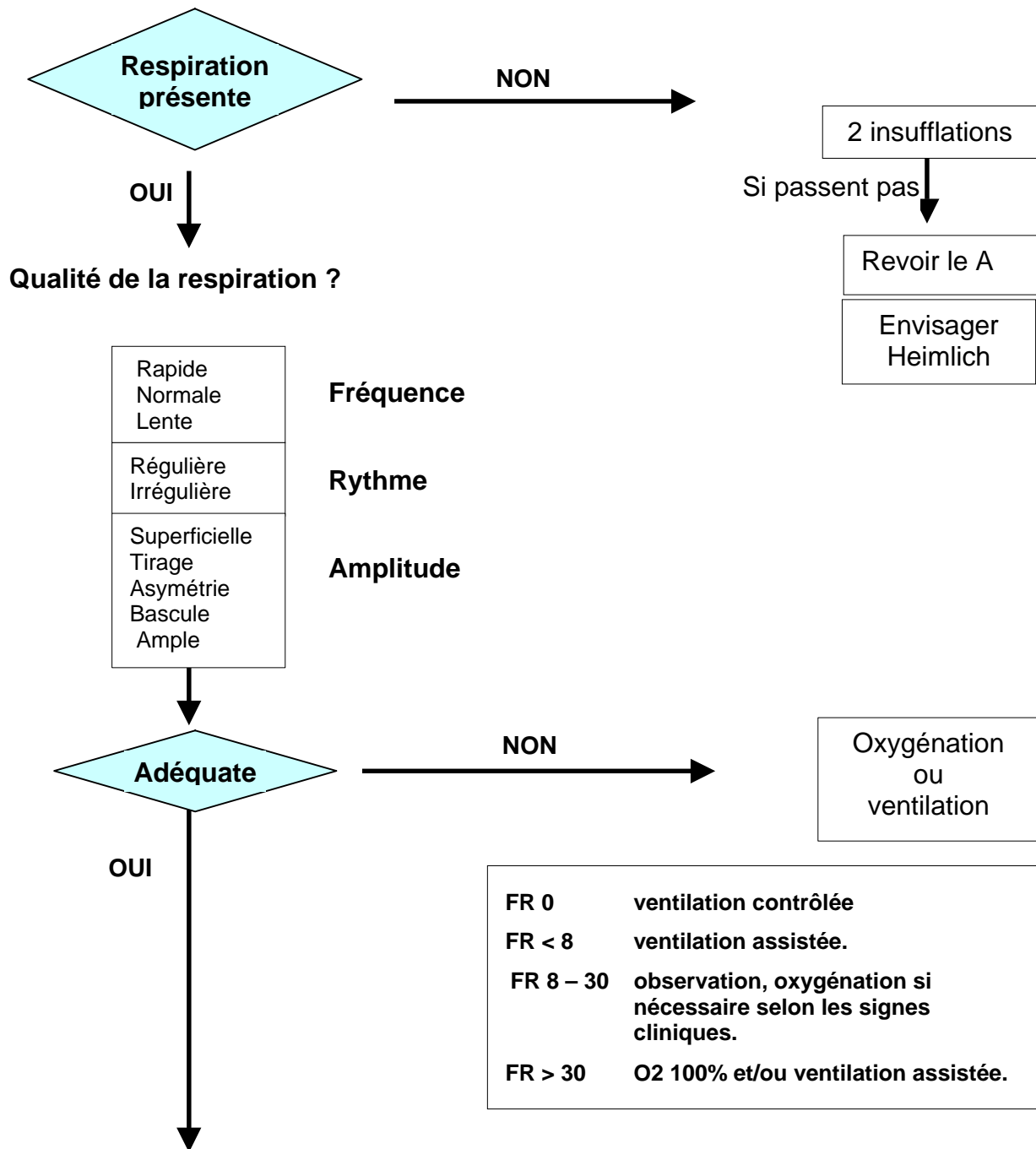


3. A Airway (Liberté des voies aériennes = LVA)



- Les priorités :**
1. S'assurer de la liberté des voies aériennes
 2. Désobstruer les voies aériennes
 3. Maintenir la liberté des voies aériennes

4. B Breathing : respiration



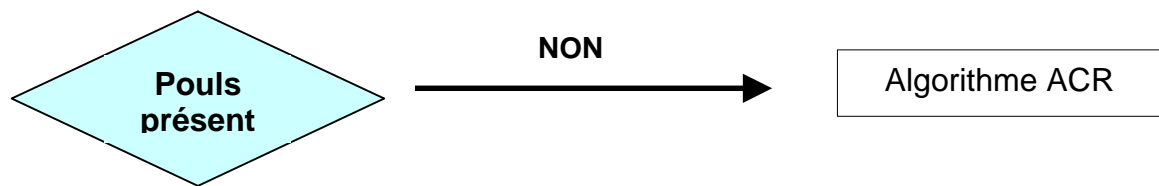
- Les priorités :**
1. S'assurer de la présence d'une respiration
 2. Evaluer sa qualité
 3. Suppléer ou soutenir la respiration

5. C Circulation



Pouls

**Pouls radial si conscient
Carotidien si inconscient** → Si radial absent hypotension → pouls carotidien



**OUI ↓
Qualité du pouls**

Rapide Normal Lent	Fréquence
Régulier Irrégulier	Rythme
Bien frappé Filant	Amplitude

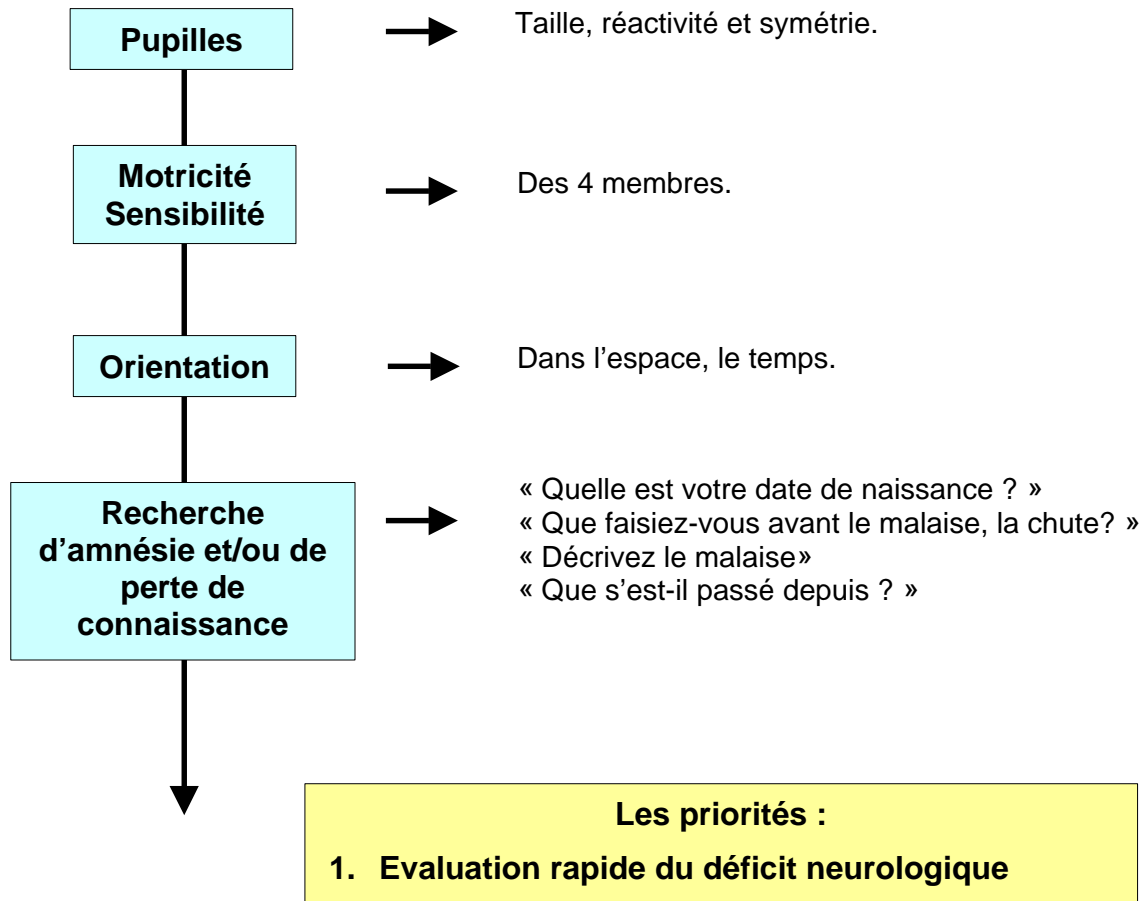
Peau

Coloration
Température
Sudations
Recoloration capillaire

Hémorragie → **suppléer** (rectangle)

- Les priorités :**
- 1. S'assurer de la présence d'un pouls**
 - 2. Evaluer sa qualité**
 - 3. Evaluer les hémorragies**
 - 4. Suppléer ou soutenir la circulation**

6. D Neurologique



7. E Etablir les priorités : stable/instable

Déterminer le degré d'urgence de la situation : patient stable vs instable.

Evaluer la nécessité de l'appel d'un médecin en renfort.

Les priorités de l'évaluation primaire :

1. Faire un bilan rapide des menaces vitales
2. A ce stade, pas de mesures thérapeutiques sauf suppléance des fonctions vitales
3. Prise de décision selon degré de gravité et d'urgence

8. Evaluation secondaire adaptée



Patient conscient vs inconscient

Patient conscient : Priorité à l'anamnèse et au récit du patient (moyens mnémotechniques: S-A-M-P-L-E et O-P-Q-R-S-T)
Examen focalisé
Signes vitaux

Patient inconscient : Recherche d'indices par un examen tête aux pieds
Signes vitaux
Questions et anamnèse auprès de la famille, des témoins...

Signes vitaux

Mesure de la fréquence respiratoire (FR)
Mesure de la saturation en oxygène (SpO₂)

Mesure de la fréquence cardiaque (FC) : au pouls la première fois avec vérification de la concordance avec le monitoring cardiaque.
Mesure de la tension artérielle (TA).
Monitoring cardiaque

Glasgow

Si nécessaire

Température
Glycémie

Tête aux pieds (principalement chez la personne inconsciente)



un traumatisme peut être la cause de l'inconscience

Partie anatomique	Région	Observations
Peau		Traces d'injection Oedèmes Pétéchies, purpura, ictère Cicatrices opératoires

Tête	Conjonctives	Pâle (anémie) Jaune (ictère)
	Bouche	Sang Déshydratation Cyanose
	Oreilles Nez	Ecoulements (LCR, sang)
Cou		Déviations trachéales Distension jugulaires Emphysème sous-cutané
Nuque		Rigidité
Thorax		Pace-maker
	Auscultation	Symétrie -bruits pathologiques
Abdomen		Souple - dur Défense Ascite Obésité
Membres		Oedèmes TVP Fistules (dialyse)

Questions-clés S-A-M-P-L-E et O-P-Q-R-S-T

Cf. page 2

9. Réévaluation

Dès que le transport a été initié réévaluation primaire rapide :

- Signes vitaux (cf page 23)
- ABCD

10. Transport



Il n'y a pas de directives ou de recommandations précises sur le lieu de destination du patient non-traumatisé. Pensez toutefois aux facteurs suivants :

- Proximité
- Centre de soins approprié
- Désirs du patient
- Traitement spécifique

11 Transmission orale/écrite

Radio :

- Entreprise/service
- Sexe
- Age
- Circonstances
- Problème-s principal-aux
- Eléments importants : intubation...
- Délai d'arrivée

Orale SACPACT

- Sexe
- Age
- Circonstances
- Problème-s principal-aux
- Antécédents pertinents : médico-chirurgicaux, traitements médicamenteux
- Constantes pertinentes
- Traitements

Ecrite

- FIP
- Priorité au patient (surveillance, relation), la FIP peut être remplie une fois aux urgences

Sous réserve des nouvelles directives SSMUS

Références

Patient Assessment, Bob Elling, Kristen M. Elling, Thomson Delmar Learning
 PHTLS 5^{ème} édition, assessment and management, Brady 2002
 Principe d'évaluation du patient, Ecole de Soins Ambulanciers, Genève
 Documents de MM. J.-M. Erb, Ecole de soins ambulanciers Bois-Cerf, Lausanne
 AMLS, 4^{ème} édition
 ACLS, AHA, 2000