

Fiche technique 02 FT 09 - 09/2019
Recherche d'une détresse vitale

Fiche technique 02 FT 09 - 12/2022
Fiche renommée
en Evaluation de la fonction neurologique

Création Fiche technique 02 FT 11 - 12/2022
Mesure de la douleur

Création Fiche technique 02 FT 12 - 12/2022
Recherche de lésions

Création Fiche technique 02 FT 13 - 12/2022
Réaliser un électro cardiogramme

CHAPITRE 5 - URGENCES VITALES

Fiche apport de connaissance 05 AC 01 - 11/2021
Arrêt cardiaque

Signes

L'identification des signes de l'arrêt cardiaque est réalisée en quelques secondes au cours du bilan d'urgence vitale. Elle doit aussi pouvoir être réalisée par le secouriste si celui-ci est chargé de la réception de l'alerte. Une victime est considérée en arrêt cardiaque si :

- Elle ne répond pas quand on l'appelle ou la stimule (perte de connaissance);
- Elle ne respire plus ou présente une respiration agonique

CHAPITRE 5 - URGENCES VITALES

Fiche apport de connaissance 05 AC 01 - 12/2022
Arrêt cardiaque

Signes

L'identification des signes de l'arrêt cardiaque est réalisée en quelques secondes au tout début (**2^e regard**) ou **lors de la surveillance de la victime si l'arrêt cardiaque survient secondairement**. Elle doit aussi pouvoir être réalisée par le secouriste si celui-ci est chargé de la réception de l'alerte. Une victime est considérée en arrêt cardiaque si :

- elle ne répond pas **et ne réagit pas** quand on l'appelle ou la stimule (perte de connaissance);
- **elle présente :**
 - Une absence de mouvements ventilatoires : aucun souffle n'est perçu, aucun bruit n'est entendu et ni le ventre et la poitrine ne se soulève durant la recherche de ventilation.
 - Ou une ventilation agonique : les mouvements ventilatoires sont inefficaces, bruyants, anarchiques et lents, c'est-à-dire moins de 1 mouvement en 10 secondes (< ou égal à 6 mouvements/minute).

Dans le tableau 10 intégration de non PLS chez une victime inconsciente traumatisée.

L'arrêt cardiaque peut survenir brutalement, il peut aussi chez l'adulte être précédée de signes annonciateurs, en particulier une douleur serrant la poitrine, permanente, angoissante, pouvant irradier dans le cou et les bras **et** parfois associée à une difficulté à respirer et des sueurs

L'arrêt cardiaque peut aussi être l'évolution ultime d'une détresse vitale.

Fiche de procédure 05 PR 01 – 06/2018 Arrêt cardiaque chez l'adulte.

- Débuter immédiatement une RCP en répétant des cycles de trente compressions thoraciques suivies de deux insufflations;
- Le port de gants par le secouriste est souhaitable, mais ne doit en aucun cas retarder ou empêcher une RCP.
- Mettre en œuvre, le plus tôt possible, le DAE et suivre les indications de l'appareil;

À deux secouristes sans DAE, un secouriste poursuit le massage cardiaque, le second demande un renfort médical et revient avec un DAE pour le mettre en œuvre.

À deux secouristes avec DAE, un secouriste poursuit le massage cardiaque, le second met en œuvre le DAE. Il demande un renfort médical immédiatement après la première analyse et la délivrance éventuelle du premier choc.

À trois secouristes ou plus, les trois actions (alerte, MCE et DAE) sont à réaliser simultanément.

La mise en place des électrodes du DAE sur la victime doit se faire sans interruption des manœuvres de RCP.

L'interruption des compressions thoraciques doit être limitée à son minimum au moment des insufflations.

- Poursuivre la RCP jusqu'à ce que le DAE demande son interruption;
- Reprendre la RCP immédiatement après la délivrance ou non d'un choc électrique sans attendre les instructions vocales du DAE;
- Administrer de l'oxygène par insufflation; L'apport d'oxygène à la victime sous ventilation artificielle doit être réalisé dès que possible, sans retarder la mise en œuvre des gestes de réanimation.
- Réaliser une aspiration des sécrétions, si nécessaire; Lorsque l'aspiration de sécrétions est réalisée, elle ne doit pas retarder ni interrompre les manœuvres de RCP ou la délivrance d'un choc électrique.
- Mettre en place une canule oropharyngée, si nécessaire; Une canule oropharyngée est mise en place en cas de ventilation artificielle inefficace par difficulté de maintien des voies aériennes de la victime libres.
- Poursuivre la réanimation entreprise jusqu'à l'arrivée des renforts médicalisés ou la reprise d'une respiration normale. Pour assurer une RCP efficace, les secouristes doivent se relayer toutes les deux minutes. Ce changement sera effectué lors de l'analyse du rythme cardiaque par le DAE, si celui-ci est en place.

Si la victime commence à se réveiller (bouge, ouvre les yeux et respire normalement):

- Cesser les compressions thoraciques et la ventilation;
- Réaliser un bilan d'urgence vitale et assurer une surveillance constante de la conscience et de la ventilation tout en gardant la victime sur le dos;
- Se tenir prêt à reprendre les manœuvres de RCP en raison du risque majeur de récurrence de l'arrêt cardiaque.

Fiche de procédure 05 PR 01 – 12/2022 Arrêt cardiaque chez l'adulte.

- Débuter immédiatement une RCP en répétant des cycles de trente compressions thoraciques suivies de deux insufflations;
- Mettre en œuvre, le plus tôt possible, le DAE et suivre les indications de l'appareil;
- Administrer de l'oxygène par insufflation;
- Réaliser une aspiration des sécrétions, si nécessaire;
- Mettre en place une canule oropharyngée, si nécessaire;
- Poursuivre la réanimation entreprise jusqu'à l'arrivée des renforts médicalisés ou la reprise d'une respiration normale. Pour assurer une RCP efficace, les secouristes doivent se relayer toutes les deux minutes. Ce changement sera effectué lors de l'analyse du rythme cardiaque par le DAE, si celui-ci est en place.

• **Surveiller régulièrement l'apparition d'un pouls carotidien ou fémoral pendant les insufflations à partir de 3 secouriste (localiser le pouls pendant les compressions thoraciques et maintenir la position lors des insufflations).**

• **D'autres signes de vie (la victime se met à respirer, bouge, ouvre les yeux)**

Adopter la conduite à tenir:

• **Le pouls carotidien ou fémoral est perçu (hors compression thoracique) et la ventilation est absente ou anormale (FR < ou égal à 6 mouvements/minute)**

- **Interrompre les compressions thoraciques**
- **Poursuivre les insufflations à une fréquence de 10 insufflations/min**
- **Contrôler le pouls carotidien ou fémoral en permanence**

• **La victime reprend une ventilation normale ou bouge ou ouvre les yeux:**

- **Cesser les compressions thoraciques et insufflations**
- **Réaliser une évaluation des fonctions vitales et assurer une surveillance constante de la conscience et de la ventilation tout en gardant la victime sur le dos**
- **Protéger la victime contre le froid, le chaud et les intempéries**
- **Se tenir prêt à reprendre les manœuvres de RCP en raison du risque majeur de récurrence de l'arrêt cardiaque.**

Dans les autres cas poursuivre la RCP jusqu'à l'arrivée de l'équipe médicale.

Fiche de procédure 05 PR 03 – 06/2018
Arrêt cardiaque chez l'enfant ou le nourrisson.

Fiche de procédure 05 PR 03 – 12/2022
Arrêt cardiaque chez l'enfant ou le nourrisson.

- Surveiller régulièrement l'apparition d'un pouls carotidien ou fémoral pendant les insufflations (localiser le pouls pendant les compressions thoraciques et maintenir la position lors des insufflations). D'autres signes de vie (la victime se met à respirer, bouge, ouvre les yeux)

- Adopter la conduite à tenir:

Le pouls carotidien ou fémoral est perçu (hors compression thoracique) et la ventilation est absente ou anormale (FR < ou égal à 6 mouvements/minute)

- Interrompre les compressions thoraciques
- Poursuivre les insufflations à une fréquence de 10 insufflations/min
- Contrôler le pouls carotidien ou fémoral en permanence

ÂGE DE LA VICTIME	FREQUENCES DES INSUFFLATIONS
Nourrisson	25 à 30 insufflations/min
Enfant	15 à 25 insufflations/min

- La victime reprend une ventilation normale ou bouge ou ouvre les yeux:
 - Cesser les compressions thoraciques et insufflations
 - Réaliser une évaluation des fonctions vitales et assurer une surveillance constante de la conscience et de la ventilation tout en gardant la victime sur le dos
 - Protéger la victime contre le froid, le chaud et les intempéries
 - Se tenir prêt à reprendre les manœuvres de RCP en raison du risque majeur de récurrence de l'arrêt cardiaque.
- Dans les autres cas poursuivre la RCP jusqu'à l'arrivée de l'équipe médicale.

Fiche de procédure 05 PR 04 – 06/2018
Arrêt cardiaque chez l'enfant
ou le nourrisson en sauveteur isolé

« relayer le sauveteur qui réalise les compressions thoraciques toutes les 2 minutes en interrompant le moins possible les compressions thoraciques. En cas d'utilisation d'une DAE, le relais sera réalisé pendant l'analyse. »

Si la victime commence à se réveiller (bouge, ouvre les yeux et respire normalement):

- Cesser les manœuvres de réanimation;
- Réaliser un bilan d'urgence vitale et assurer une surveillance constante des paramètres de la conscience et de la ventilation tout en gardant la victime sur le dos;
- Retenir prêt à reprendre les manœuvres de RCP en raison du risque majeur de récurrence de l'arrêt cardiaque.

Si les insufflations ne peuvent pas être effectuées (répulsion du sauveteur, vomissements...) ou si elles semblent inefficaces, le sauveteur doit immédiatement reprendre les compressions thoraciques

Fiche de procédure 05 PR 04 – 12/2022
Arrêt cardiaque chez l'enfant
ou le nourrisson en sauveteur isolé.

Rajout dans le paragraphe un tiers est présent :

« relayer le sauveteur qui réalise les compressions thoraciques toutes les 2 minutes en interrompant le moins possible les compressions thoraciques. En cas d'utilisation d'une DAE, le relais sera réalisé pendant l'analyse. **Si le tiers n'est pas formé, il est guidé par le secouriste.** »

Si la victime commence à se réveiller (bouge, ouvre les yeux et respire normalement):

- Cesser **les compressions thoraciques et la ventilation**;
- Réaliser **une évaluation des fonctions vitales** et assurer une surveillance constante des paramètres de la conscience et de la ventilation tout en gardant la victime sur le dos;
- Se tenir prêt à reprendre les manœuvres de RCP en raison du risque majeur de récurrence de l'arrêt cardiaque.

Si les insufflations ne peuvent pas être effectuées (répulsion du sauveteur, vomissements...) ou si elles semblent inefficaces, le sauveteur doit immédiatement reprendre les compressions thoraciques

Fiche Apport de connaissance 05 AC 02 – 06/2018 Détrousse circulatoire

Signes

Les signes de gravité essentiels qui traduisent une détresse circulatoire et une mauvaise distribution du sang sont :

- L'impossibilité de percevoir le pouls radial alors que le pouls carotidien est présent;
- La baisse de la pression artérielle systolique (< 90 mm Hg ou diminution de la PA habituelle de la victime hypertendue > 30 %). D'autres signes peuvent être présents lors d'une détresse circulatoire :
- Une fréquence cardiaque supérieure à 120 battements par minute (chez une personne au repos) ou inférieure à 40 battements par minute;
- Un temps de recoloration cutanée (TRC) supérieur à 3 secondes
- Une décoloration de la peau ou pâleur qui siège surtout au niveau des extrémités, de la face interne de la paupière inférieure et des lèvres;
- Des marbrures cutanées, alternance de zones pâles et de zones violacées donnant à la peau l'aspect marbré, prédominantes à la face antérieure des genoux;
- Une transpiration et un refroidissement de la peau (sueurs froides);
- Une sensation de soif;
- Une agitation, une angoisse de mort;
- L'impossibilité de rester assis ou debout qui se manifeste par l'apparition de vertiges, puis d'une somnolence avant la survenue d'une perte de connaissance

Fiche Apport de connaissance 05 AC 02 – 12/2022 Détrousse circulatoire – Réorganisation des signes

Signes

Une détresse circulatoire peut être identifiée :

1. Au début du bilan (2° regard) si la victime présente un arrêt cardiaque (voir arrêt cardiaque)

2. Lors de l'appréciation de la fonction circulatoire au cours du bilan (3° regard).

- La victime est le plus souvent agitée ou angoissée et parfois somnolente si elle n'a pas perdu connaissance

Elle présente

- Une décoloration de la peau ou pâleur qui siège surtout au niveau des extrémités, de la face interne de la paupière inférieure et des lèvres
- Des marbrures cutanées (alternance de zones pâles et de zones violacées donnant à la peau l'aspect marbré) prédominantes à la face antérieure des genoux

- **Elle est moite (transpiration)** et froide au toucher (sueurs froides)

- **Le pouls radial est imperceptible et le pouls carotidien lorsqu'il est perçu est rapide.**

3. La mesure des paramètres physiologiques peut confirmer cette détresse :

- Le TRC est supérieur à 2 secondes
- La fréquence cardiaque est supérieure à 120 battements/minute –chez une personne au repos ou inférieure à 40 battements par minute.
- La pression artérielle systolique est inférieure à 90 mm hg ou diminuée de plus de 30 % de la valeur de la PA habituelle si la victime est hypertendue.

4. La détresse circulatoire peut ne pas être évidente et si elle est en cours de constitution, elle doit être suspectée devant :

- L'apparition progressive d'un ou plusieurs signes détaillés ci-dessus
- L'impossibilité pour la victime de rester debout ou assis (vertiges)
- Une sensation de soif

Enfin les mesures répétées des paramètres physiologiques (surveillance) : une accélération du pouls, un allongement du TRC, et un pincement puis une chute progressive de la PA doivent faire évoquer l'installation d'une détresse circulatoire (même si ces mesures restent dans la limite de la normale).

Fiche de procédure 05 PR 04 – 06/2018 Arrêt cardiaque chez l'enfant ou le nourrisson en sauveteur isolé

La victime est consciente

- Administrer de l'oxygène en inhalation si nécessaire; En l'absence de saturomètre, administrer de l'oxygène en inhalation et adapter cette administration après avis du médecin;
- Couvrir la victime et éviter de la laisser directement sur le sol pour limiter son refroidissement;
- Compléter le bilan d'urgence vitale, si nécessaire

Fiche de procédure 05 PR 05 – 12/2022 Détrousse circulatoire.

La victime est consciente

- Administrer de l'oxygène en inhalation si nécessaire, **puis adapter l'administration à la valeur de la SpO2.**
- En l'absence de SpO2, poursuivre l'administration d'O2 jusqu'à avis médical
- **Protéger la victime contre le froid, les intempéries et la réchauffer car l'hypothermie aggrave l'état de la victime;**
- **Poursuivre le bilan et surveiller attentivement son niveau de conscience, la fréquence cardiaque et la pression artérielle.**

Fiche Apport de connaissance 05 AC 03 - 06/2018 Détrousse neurologique - Réorganisation des signes.

Signes.

La détresse neurologique est identifiée au cours du bilan d'urgence vitale.

La victime a perdu connaissance, elle ne réagit pas quand on lui parle, quand on la secoue délicatement au niveau des épaules ou si on lui demande d'ouvrir les yeux ou de serrer la main. La victime est consciente si elle réagit.

Toutefois, elle peut présenter des signes d'une atteinte neurologique comme :

- Une altération plus ou moins profonde de son état de conscience (sommolence, retard de réponse aux questions ou aux ordres);
- Des convulsions;
- Une désorientation;
- Une amnésie de l'accident ou du malaise (la victime ne se souvient plus de cet événement);
- Une perte de connaissance temporaire;
- L'impossibilité de bouger un ou plusieurs membres (paralysie);
- Une asymétrie du visage;
- Une asymétrie des pupilles (à l'ouverture des yeux, les pupilles sont de diamètre différent);
- Une absence de réaction des pupilles à la lumière;
- Une anomalie de la parole

Fiche Apport de connaissance 05 AC 03 - 12/2022 Détrousse neurologique - Réorganisation des signes.

Signes.

La détresse neurologique est identifiée :

1. Dès le début du bilan (2^e regard) si la victime présente ne répond pas quand on lui parle, n'exécute pas un ordre simple et ne réagit pas quand on la secoue délicatement au niveau des épaules.

Une victime qui ne répond pas et ne réagit pas et dont la ventilation est arrêtée ou anormale (ventilation agonique) doit être considérée en arrêt cardiaque.

Une victime qui ne répond pas et ne réagit pas mais qui respire doit être considérée à haut risque de détresse respiratoire car ses voies respiratoires sont menacées.

2. Lors de l'appréciation de la fonction neurologique au cours du bilan (3^e regard) et si la détresse neurologique est évidente. La victime :

- Est somnolente ou présente un retard aux questions et aux ordres.
- Est désorientée. Elle ne se rappelle plus de son nom, du lieu où elle se trouve, en quelle année nous sommes.
- Ne s'exprime pas, elle ne parle plus

Si elle peut s'exprimer, la victime peut se plaindre

- De ne plus pouvoir bouger un ou plusieurs de ses membres (paralysie)
- D'une perte de la vue d'un ou deux yeux

Le secouriste peut aussi constater

- Des convulsions généralisées
- Une asymétrie évidente du visage de la victime
- Une asymétrie des pupilles (à l'ouverture des yeux, les pupilles sont de diamètres différents) et une absence de réaction des pupilles à la lumière

3. Lors de la mesure des paramètres neurologiques :

L'évaluation du niveau de la conscience (Score EVDA ou Glasgow) (4^e regard) peut venir confirmer cette détresse.

Une victime qui a perdu connaissance et qui n'est plus réactive à la voix est considérée en détresse neurologique.

La mesure de la glycémie peut venir confirmer une hypoglycémie. L'hypoglycémie est une des causes de la détresse neurologique. Elle doit être corrigée rapidement.

4. Enfin la détresse neurologique peut ne pas être évidente si elle est en cours de constitution. Les signes suivants doivent faire évoquer l'installation d'une détresse neurologique :

- Aggravation progressive du niveau de conscience
- Perte de connaissance passagère indiquée par l'entourage ou suspectée devant une amnésie de l'accident ou du malaise
- Trouble de la parole isolée (la victime a du mal à trouver ses mots ou déforme spontanément les mots).

Si on suspecte un accident vasculaire cérébral (paralysie, trouble de la parole, de la vue etc.) et si ces manifestations sont aléatoires (les signes apparaissent et disparaissent), la réalisation d'un score de l'AVC peut dévoiler cette détresse.

Fiche de procédure 05 PR 06 - 06/2018 Détrousse neurologique

La victime est consciente

- Allonger la victime tout en assurant une protection thermique et en l'isolant rapidement du sol;
- Administrer de l'oxygène en inhalation si nécessaire; En l'absence de saturomètre, administrer de l'oxygène en inhalation et adapter cette administration après avis du médecin.
- Compléter le bilan d'urgence vitale;
- Réaliser un bilan complémentaire à la recherche d'autres signes ou lésions et réaliser les gestes de secours nécessaires;
- Demander un avis médical en transmettant le bilan;
- Surveiller la victime, particulièrement son état neurologique.

Fiche de procédure 05 PR 06 - 12/2022 Détrousse neurologique

La victime est consciente

- Allonger la victime;
- Administrer de l'oxygène en inhalation si nécessaire.
Si la victime présente une hypoxie (mesure de la SpO2)
- En l'absence de valeur de la SpO2, administrer de l'oxygène en inhalation jusqu'à l'obtenir un avis médical.
- **Protéger la victime contre le froid, le chaud et les intempéries**
- Poursuivre le bilan et surveiller attentivement son état neurologique.

Fiche Apport de connaissance 05 AC 04 - 06/2018 Détrousse respiratoire

Les signes.

Les signes de détresse respiratoire sont identifiés au cours du bilan d'urgence vitale. Toute victime ayant perdu connaissance et qui ne respire pas ou qui présente une respiration anormale doit être considérée en arrêt cardiaque. Toute victime ayant perdu connaissance et qui respire doit être considérée à haut risque de détresse respiratoire car ses voies aériennes sont menacées. Lorsque la victime est consciente, les signes de détresse respiratoire sont repérés par le secouriste, grâce aux dires de la victime si elle parle, mais aussi à ce qu'il voit et à ce qu'il entend.

Ce que la victime dit (plaintes):!

- « je suis gênée » ou « j'ai du mal à respirer »;
- « j'étouffe »;
- « j'ai mal quand je respire ».

Ce que le secouriste voit (signes):

- La victime refuse de s'allonger mais cherche à rester en position assise, ce qui rend moins pénible la respiration;
- La victime fait des efforts pour respirer, se tient la poitrine, les muscles du haut de son thorax et de son cou se contractent;
- La victime est couverte de sueurs, en l'absence d'effort ou de fièvre, ce qui traduit un défaut d'épuration du dioxyde de carbone (CO2) contenu dans le sang;
- La victime présente une coloration bleutée (cyanose), surtout au niveau des doigts, du lobe des oreilles et des lèvres. Cette coloration traduit un manque d'oxygénation du sang;
- La victime est confuse, somnolente, anxieuse ou agitée, ce qui traduit un manque d'oxygénation du cerveau et une accumulation du CO2;
- Le battement des ailes du nez et le tirage (creusement au-dessus du sternum ou au niveau du creux de l'estomac à l'inspiration) chez l'enfant. Ce que le secouriste entend (signes):
- Une difficulté ou une impossibilité pour parler;
- Un sifflement traduisant une gêne au passage de l'air dans des voies aériennes rétrécies (asthme);
- Des gargouillements traduisant un encombrement des voies aériennes par des sécrétions ou des vomissements;
- Des râles traduisant la présence de liquide dans les poumons (noyade, insuffisance cardiaque).

Fiche Apport de connaissance 05 AC 04 - 12/2022 Détrousse respiratoire - Réorganisation des signes

Les signes.

Les signes d'une détresse respiratoire sont identifiés:

- 1. Lors de la recherche de respiration: si la ventilation est absente ou agonique**
- 2. Lors de l'appréciation de la respiration si la détresse respiratoire est évidente**

La victime:

- À perdu connaissance, est confuse, somnolente, anxieuse ou agitée. Ces signes traduisent un manque d'oxygénation du cerveau et une accumulation de CO2.
- Refuse de s'allonger mais cherche à rester en position assise, ce qui rend moins pénible la respiration.
- Se plaint d'avoir des difficultés à respirer « j'ai du mal à respirer », « j'étouffe », « j'ai mal quand je respire ».

Le secouriste peut entendre en écoutant la respiration:

- Un sifflement traduisant une gêne au passage de l'air dans les voies aériennes rétrécies.
- Des gargouillements traduisant un encombrement des voies aériennes par des sécrétions ou des vomissements.
- Des râles traduisant la présence de liquide dans les poumons.

Le secouriste constate que la victime fait des efforts pour respirer, se tient la poitrine et ne peut pas parler. Elle présente:

- **Une ventilation rapide voire superficielle, il est difficile de voir facilement le ventre et la poitrine de la victime se soulever.**
- Une contraction des muscles du haut du thorax et du cou (**tirage**).
- Un battement des ailes du nez et un creusement au-dessus du sternum ou au niveau du creux de l'estomac à l'inspiration s'il s'agit d'un enfant.
- Des sueurs en l'absence d'effort ou de fièvre, ce qui traduit un défaut d'épuration du dioxyde de carbone (CO2) contenu dans le sang.
- Une coloration bleutée (cyanose) surtout au niveau des doigts, du lobe de l'oreille et des lèvres. Cette coloration traduit un manque d'oxygénation du sang.