

MODULE 4

MODULE 4**ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE LA VICTIME****OBJECTIF GÉNÉRAL DU MODULE 4****Évaluer l'état de la victime****OBJECTIFS SPÉCIFIQUES**

- 4.1 Décrire les étapes de la séquence d'approche clinique préhospitalière.
- 4.2 Faire l'évaluation primaire de la victime.
- 4.3 Prendre les signes vitaux de la victime.
- 4.4 Faire l'évaluation secondaire de la victime.

DURÉE

Aspect théorique : 2 heures

Ateliers pratiques : 1 heure

APPROCHE PÉDAGOGIQUE

Exposé magistral avec support médiatique

Démonstrations

Ateliers pratiques

ÉVALUATION

Théorique

Pratique

4. ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE LA VICTIME

Une fois auprès de la victime et après s'être assuré que les dangers sont sous contrôle, le premier répondant doit procéder à une évaluation de l'état de la victime. Cette évaluation ne se fait pas n'importe comment. La séquence d'intervention permet de porter d'abord attention aux éléments qui risquent de mettre immédiatement en danger la vie de la victime. Dès l'évaluation primaire, certaines techniques de stabilisation doivent même parfois être initiées. L'évaluation de l'état de la victime comprend l'examen primaire et l'examen secondaire (dans les cas de traumatisme).

4.1 DÉCRIRE LES ÉTAPES DE LA SÉQUENCE D'APPROCHE CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE

4.1.1 Définition

Le protocole d'approche clinique préhospitalière (1 RÉP/ACP) est à la base de toute intervention du premier répondant.

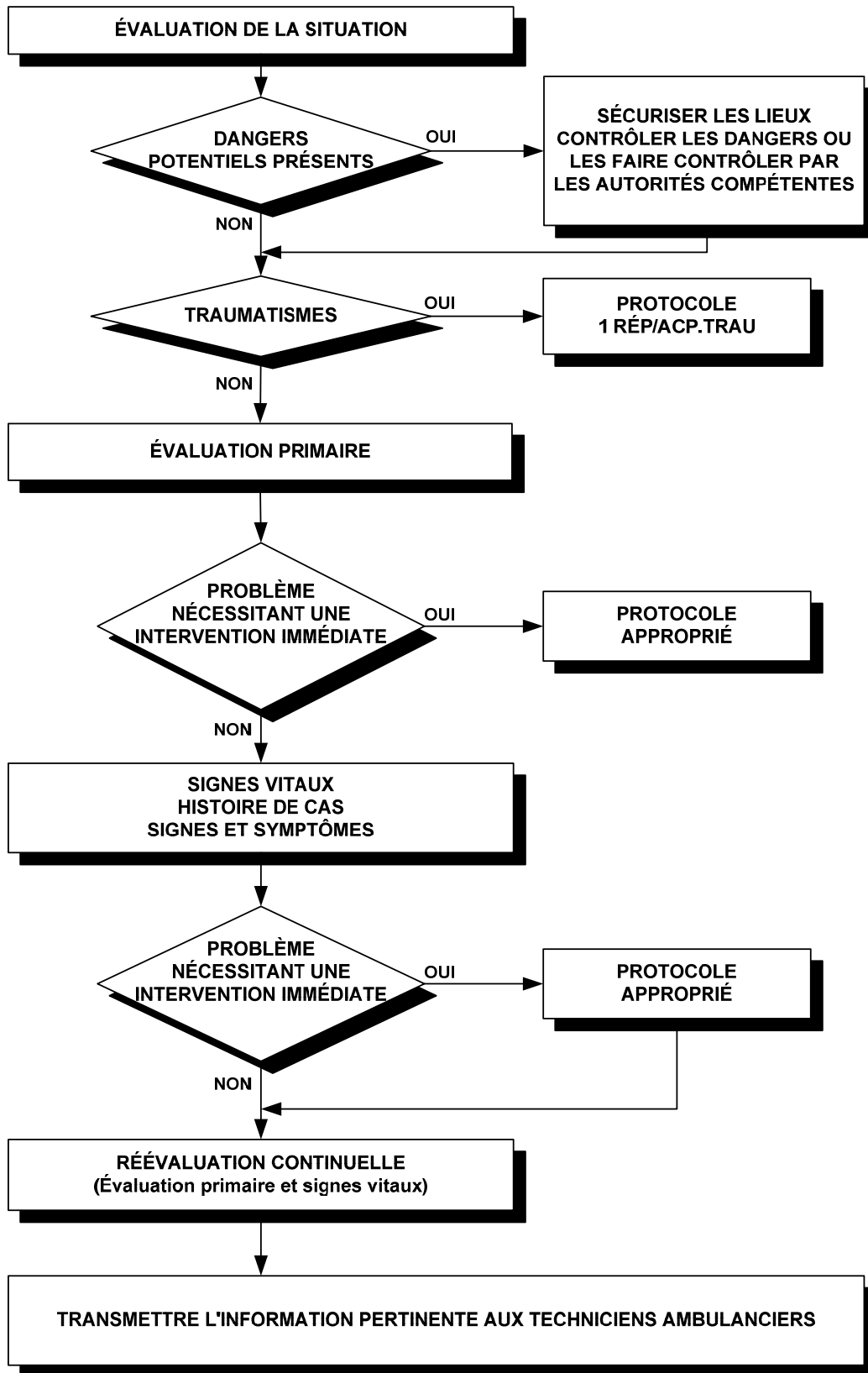
Les autres protocoles, spécifiques à des situations particulières, s'insèrent dans le protocole d'approche clinique préhospitalière (1 RÉP/ACP).

Le principe de ce protocole est simple et doit être maîtrisé. Il se divise en 9 étapes :

- Évaluation de la situation;
- Contrôle des dangers potentiels;
- Traumatismes;
- Évaluation primaire;
- Problème éprouvé durant l'évaluation primaire : application du ou des protocoles appropriés;
- Prise des signes vitaux et histoire de cas (signes et symptômes);
- Problème éprouvé durant l'évaluation : application du ou des protocoles appropriés;
- Réévaluation en attente des techniciens ambulanciers;
- Transmission de l'information pertinente aux techniciens ambulanciers.

Voir le protocole 1 RÉP/ACP à la page suivante.

APPROCHE CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE 1 RÉP/ACP



4.1.2 Description sommaire des étapes à suivre

Évaluation de la situation et contrôle des dangers potentiels

Cette première étape consiste à évaluer si la situation présente des dangers potentiels pour les intervenants; si oui, les lieux doivent être sécurisés avant de passer à l'étape suivante. Ces dangers peuvent être de natures diverses: produits dangereux, incendie, patient agressif, etc.

Il faut donc à cette étape : sécuriser les lieux, évaluer le nombre de victimes, sécuriser les espaces de travail et demander des ressources supplémentaires si nécessaire.

Si l'événement comporte plusieurs victimes, il peut être nécessaire de procéder d'abord au triage de celles-ci afin de déterminer quelle victime doit être secourue en premier. Le module 12 précise la conduite à tenir dans ce genre de situation.

Traumatisme

En présence de traumatisme, se référer au protocole 1 RÉP/ACP.TRAU.

Évaluation primaire

Il s'agit d'évaluer la stabilité de la victime. Pour ce faire, il convient d'utiliser la séquence L'ABCDE qui est détaillée plus loin dans ce même module. Cette méthode permet d'évaluer, dans un ordre précis, certains paramètres vitaux de la victime et de déterminer si elle est stable ou instable.

Problème éprouvé durant l'évaluation primaire : application du ou des protocoles appropriés

Si la victime est jugée instable et nécessite une intervention immédiate, le protocole approprié doit être appliqué immédiatement et le reste de l'évaluation sera faite lorsque cette instabilité sera « corrigée ».

Prise des signes vitaux et histoire de cas (signes et symptômes)

Prise des signes vitaux

Il s'agit d'évaluer le pouls et la respiration.

En fonction des renseignements obtenus, un ou des protocoles spécifiques devront être utilisés si indiqué.

Histoire de cas (signes et symptômes)

Les sigles OPQRST et SAMPLE permettent de structurer le questionnaire de la victime afin d'obtenir une histoire plus complète.

| | |
|---|-------------------------|
| O | Début (Onset) |
| P | Provocation |
| Q | Qualité |
| R | IrRadiation (Radiation) |
| S | Sévérité |
| T | Temps |

| | |
|---|------------------------------|
| S | Signes et Symptômes |
| A | Allergies |
| M | Médicaments |
| P | Passé médical pertinent |
| L | Le dernier repas (Last meal) |
| E | Événements déclencheurs |

Par exemple, si l'intervention se situe dans un contexte de douleur thoracique :

- Quand la douleur a-t-elle débuté, à quelle heure? (O);
- Qu'est-ce qui provoque ou empire cette douleur? Un effort? Une inspiration profonde? L'ingestion d'aliment? (P);
- De quel type de douleur s'agit-il? Brûlement? Serrement? Point? Pesanteur? (Q);
- La douleur irradie-t-elle ailleurs? Dans le dos? Dans le cou? Dans les bras? (R);
- La douleur est-t-elle sévère? Augmente-t-elle? Diminue-t-elle? Échelle de 1 à 10 (S);
- Combien de temps a-t-elle duré? (T);
- Y-a-t-il d'autres malaises que la douleur? Essoufflement? Sueurs? Vomissement? (S);
- La victime est-elle allergique à quelque chose? (A);
- La victime fait-elle usage de médicaments? (M);
- Quel est le passé médical pertinent? La victime a-t-elle déjà fait des maladies cardiaques? Des troubles digestifs? (P);
- Quelle est l'heure du dernier repas? (L);
- La victime a-t-elle remarqué ce qui aurait pu déclencher le malaise? (E).

Problème éprouvé durant l'évaluation : application du ou des protocoles appropriés

Le ou les protocoles appropriés doivent être appliqués selon les signes et symptômes présentés par la victime.

Réévaluation en attente des techniciens ambulanciers

Comme les premiers répondants sont affectés que sur des appels correspondant à des urgences vitales potentielles, la clientèle est particulièrement à risque d'être instable. L'état de la personne peut donc varier rapidement. C'est pourquoi, même avec une évaluation initiale faite consciencieusement (évaluation primaire et prise de signes vitaux), la victime doit être réévaluée régulièrement afin de détecter toute éventuelle détérioration de son état et réagir immédiatement si besoin il y a. Les fonctions vitales (L'ABCDE) et les signes vitaux (pouls, respiration) doivent être réévalués au moins aux cinq minutes.

D'autre part, lorsque le temps le permet, il est utile de recueillir d'autres renseignements venant préciser l'histoire du problème de santé. À cet effet, il faut compléter l'OPQRST, SAMPLE. Ce sont des sigles qui facilitent la mémorisation (comme pour L'ABCDE).

Transmission de l'information aux techniciens ambulanciers

Dès leur arrivée sur les lieux, les techniciens ambulanciers devront être informés de l'état de la victime par le premier répondant responsable de celle-ci. L'histoire de cas ainsi que les soins prodigués devront donc être mentionnés. À ce moment, les techniciens ambulanciers prennent en charge la victime. Les premiers répondants doivent assister les techniciens ambulanciers à leur demande. Il peut être utile aussi d'informer les techniciens ambulanciers qui sont en route vers le site d'intervention, via le Centre de communication santé, des éléments les plus importants de la situation, si c'est la procédure en vigueur dans la région.

Rédaction du rapport d'intervention préhospitalière

Ce formulaire doit être complété pour chaque assignation qu'il y ait eu intervention ou non. Les renseignements fournis devront comprendre l'énumération des protocoles utilisés et les interventions faites auprès de la victime.

De plus, ce formulaire peut servir à protéger les intervenants. Il peut arriver que des victimes portent plainte prétextant ne pas avoir reçu les soins adéquats alors que le rapport d'intervention indique clairement la nature des interventions posées, ou encore le refus de la personne à recevoir des soins.

Il importe que tout refus à recevoir des soins soient noté et, à moins que cela soit impossible, signé par la personne elle-même.

Également, toutes difficultés particulières à dispenser des soins doit aussi être notées : espace exigü, famille ou curieux susceptibles de gêner le travail.

4.2 FAIRE L'ÉVALUATION PRIMAIRE DE LA VICTIME : L'ABCDE

L'évaluation primaire a pour but d'aider à déceler rapidement les éléments qui risquent de mettre la vie de la victime en danger afin de stabiliser immédiatement ses fonctions vitales.

L'ABCDE est une méthode facile à mémoriser et dont l'application est primordiale à toute intervention de premiers répondants (les ambulanciers et même les médecins des salles d'urgences utilisent cette même façon de procéder). Chacune des lettres de ce sigle a une signification :

- L' : L'état de conscience (protection cervicale si traumatisme);
- A : (Airway) ouverture des voies respiratoires;
- B : (Breathing) respiration;
- C : (Circulation) pouls;
- D : (Disability) état neurologique – niveau de conscience;
- E : (Exposure) exposition, visualisation.

De plus, le classement de ces paramètres n'a pas été formulé au hasard mais, détermine l'ordre dans lequel ils doivent être évalués et corrigés. Ainsi, l'état de conscience doit être vérifié avant l'évaluation de la perméabilité des voies respiratoires car l'individu qui est conscient n'est généralement pas en obstruction complète des voies respiratoires, cependant un individu inconscient est particulièrement à risque d'une obstruction des voies respiratoires (ces éléments seront détaillés plus loin dans le texte). Il en est de même pour chacun des autres éléments de L'ABCDE, c'est-à-dire que la phase A doit être évaluée avant le B, le B avant le C, etc. L'ABCDE doit être complété rapidement. De plus, il est souvent nécessaire de refaire cette séquence à plus d'une reprise chez la même victime.

Imaginons une victime en détresse respiratoire, initialement consciente mais qui, pendant l'intervention, perd soudainement connaissance. Est-elle en arrêt cardiaque? En arrêt respiratoire sans arrêt cardiaque? A-t-elle seulement perdu connaissance sans arrêt respiratoire ou cardiaque? Donc, devant le changement de l'état de cette personne, il faut refaire L'ABCDE. Le premier répondant ne doit jamais oublier que :

L'ABCDE est la base de toute évaluation de l'état d'une victime

La progression de la formation de premier répondant, permettra d'apprendre et de faire des interventions spécifiques pour des problèmes de santé bien définis. Avec l'acquisition d'expérience en situations réelles, il est possible de développer la tendance à faire uniquement ces interventions spécifiques et à oublier la base même de l'évaluation : L'ABCDE. Cet oubli constituerait une faute grave qui pourrait, dans certains cas, avoir des conséquences fatales.

L'ABCDE permet aussi de juger de l'état de stabilité ou d'instabilité de la victime.

4.2.1 L'état de conscience

- « L' » : – L'ÉTAT DE CONSCIENCE
 – POSITION DE LA VICTIME
 – PROTECTION CERVICALE (si traumatisme)

Cette première étape consiste à déterminer si la victime est consciente ou non. Elle peut être inconsciente pour diverses raisons mais la cause de son inconscience importe peu à ce stade-ci de l'évaluation. Une victime inconsciente peut présenter certaines complications qu'il faut connaître. La reconnaissance de cet état chez une victime permet donc d'anticiper les gestes qui devront être posés afin de contrecarrer les complications possibles.

Les principales complications chez une victime inconsciente sont l'obstruction des voies respiratoires, par la langue, par les vomissures ou l'aspiration.

Entre l'état d'éveil normal et l'inconscience (l'individu ne répond à aucune stimulation), une gamme d'altérations de l'état de conscience plus ou moins sévères est possible.

Cependant, à l'étape « L » de L'ABCDE, le niveau de conscience n'a pas à être déterminé, ce sera fait à l'étape « D ». Il faut déterminer si la victime est consciente ou pas.

Chez l'individu inconscient, l'obstruction des voies respiratoires par la langue peut se produire en raison d'une perte de tonus de tous les muscles du corps, y compris des muscles de la langue. Lorsque la langue perd son tonus, elle a tendance à « tomber » dans le fond de la gorge et peut ainsi obstruer les voies respiratoires, empêchant la respiration.

De plus, l'individu inconscient est particulièrement à risque de vomissements et le problème est d'autant plus grave car, s'il vomit, il est évident qu'il ne pourra pas s'asseoir ou se tourner pour expulser les vomissures de sa bouche. Il y a donc danger que, s'il vomit alors qu'il est couché sur le dos, les vomissures viennent obstruer ses voies respiratoires. Le phénomène qui se produit lorsque des vomissures pénètrent dans la trachée et les bronches s'appelle l'aspiration (cette notion sera revue plus loin dans le cours). L'aspiration peut avoir des conséquences très graves sur l'état de la victime.

IMPORTANT

S'il y a le moindre doute de traumatisme, se référer au protocole : 1 RÉP/ACP.TRAU (ex. : accident d'automobile, chute, coup sur la tête), il faut s'assurer de ne pas bouger le cou de la victime pendant l'évaluation et la stabilisation car si elle avait une fracture de la colonne cervicale, les mouvements risqueraient de déplacer cette fracture et de provoquer une paralysie.

Position de la victime

Une victime inconsciente qui est couchée sur le ventre ne facilite pas la tâche d'un premier répondant, lorsqu'il faut lui appliquer la respiration artificielle ou encore, le massage cardiaque. Aussi, déplacer inutilement une personne consciente sans même lui demander si elle ressent des douleurs peut entraîner de graves problèmes. Il suffit d'avoir un bon jugement pour chaque situation qui se présente.

Dans le cas où une victime inconsciente ne répondrait pas à l'appel soit par les stimuli verbaux ou douloureux et que la présence de la respiration ou du pouls soit mis en doute, il ne faut pas hésiter à la placer soigneusement dans une position qui facilitera le reste de l'évaluation, soit idéalement couchée sur le dos (décubitus dorsal). Cependant, il faut se méfier de la possibilité de vomissements et de leurs conséquences possibles (aspiration, obstruction des voies respiratoires). Une victime inconsciente couchée sur le dos doit être constamment surveillée afin de pouvoir réagir immédiatement advenant l'apparition de vomissements. Si après avoir complété L'ABCDE, il s'avère que le reste de l'évaluation est normal, il sera préférable de coucher plutôt la victime sur le côté (décubitus latéral) à moins de suspicion de traumatisme cervical. La position de décubitus latéral est plus sécuritaire chez l'individu inconscient car s'il vomit, le drainage de vomissures se fait beaucoup plus facilement. De plus, la langue risque moins de basculer dans le fond de la gorge.

4.2.2 L'ouverture des voies respiratoires

- « A » :– AIRWAY
– OUVERTURE DES VOIES RESPIRATOIRES

Cette deuxième étape consiste à s'assurer qu'il n'y a pas d'obstruction des voies respiratoires. Encore une fois, chez l'individu conscient et qui parle, il est évident que les voies respiratoires sont dégagées. Cependant, cela n'est pas toujours aussi évident.

Il importe de distinguer, à ce stade-ci, la perméabilité des voies respiratoires et la présence de respiration. Ce sont deux concepts entièrement différents : bien qu'il soit évident qu'un individu qui a une obstruction complète des voies respiratoires ne peut pas respirer, celui qui n'a pas d'obstruction ne respire pas nécessairement.

L'étape « A » consiste donc à s'assurer qu'il n'y a pas d'obstruction (totale ou partielle) des voies respiratoires, si tel est le cas, il faut corriger ce problème immédiatement.

Il existe deux méthodes d'ouverture des voies respiratoires chez l'individu inconscient. Ces méthodes ont pour but de lever l'obstruction qui pourrait être causée par la langue. Il s'agit :

- Du soulèvement du menton, en basculant la tête vers l'arrière et en soulevant le menton (ne pas utiliser dans les cas de traumatisme);
- De la traction mandibulaire ou subluxation de la mâchoire.

Ces deux méthodes ont pour but de déplacer la langue vers l'avant et ainsi l'empêcher de bloquer le passage de l'air vers les poumons. Voir les illustrations ci-après. Ces méthodes sont simples mais doivent être effectuées chez une victime en décubitus dorsal.

Soulèvement du menton (Head Tilt-Chin Lift)

Manœuvre qui a pour but de dégager la langue des voies respiratoires chez la victime inconsciente avec perte du tonus musculaire.



Soulèvement du menton

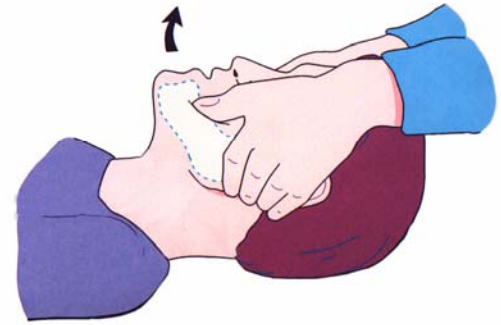
Source : Advance cardiac life support 1996

On provoque une extension postérieure de la tête de la victime en plaçant une main sur le front et le bout de ses doigts sous le menton, la personne étant couchée sur le dos. Le menton est soulevé vers l'avant et la tête basculée légèrement vers l'arrière, ce qui a pour effet de soulever ainsi la langue qui autrement, provoquerait une obstruction au niveau du pharynx.

Cette méthode ne doit pas être utilisée si l'on suspecte un traumatisme de la colonne.

Subluxation mandibulaire (Jaw Thrust)

Cette manœuvre a aussi pour but de dégager l'obstruction des voies respiratoires qui pourrait être provoquée par la langue. Cependant, elle ne nécessite pas d'extension postérieure de la tête et est donc particulièrement indiquée lorsqu'il y a suspicion de traumatisme de la colonne cervicale et que le cou doit être immobilisé.



Subluxation mandibulaire

La technique exige l'utilisation des deux mains et consiste à élever la mâchoire en plaçant les doigts de chacune des mains aux angles de la mâchoire et en poussant vers le haut.

La subluxation de la mâchoire est la technique qui doit être appliquée chez les victimes pour lesquelles on soupçonne une blessure ou une fracture cervicale.

Ces techniques seront enseignées au module 5 (Arrêt cardiorespiratoire - réanimation).

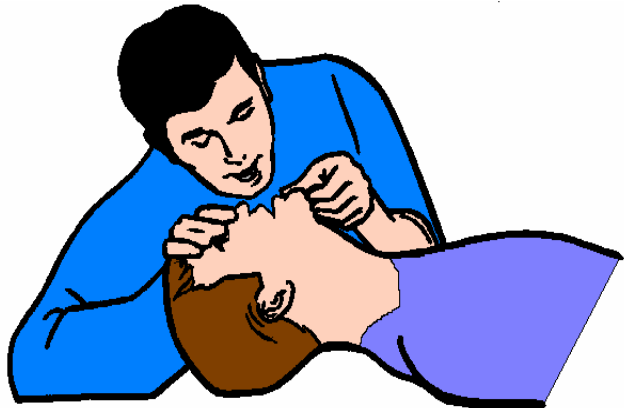
4.2.3 La respiration

« **B** » : – BREATHING
– RESPIRATION

L'étape « B » consiste à déterminer si la victime respire spontanément ou non.

Tout en maintenant les voies respiratoires ouvertes, le premier répondant doit placer sa tête près de la tête de la victime de façon à regarder la cage thoracique et à positionner son oreille près de la bouche. De cette façon, il est possible de :

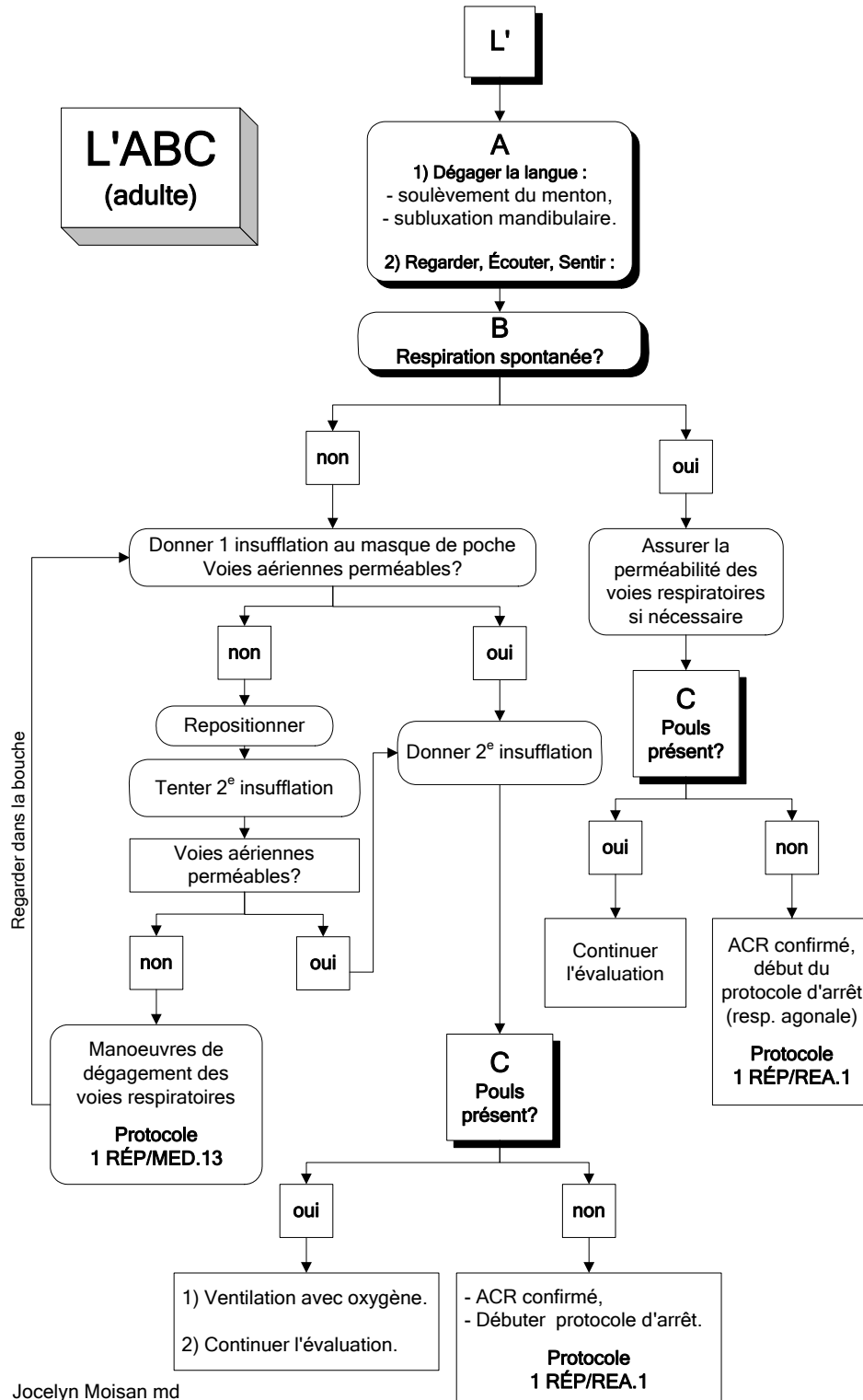
- Regarder : s'il y a mouvement de la cage thoracique;
- Écouter : si on entend de l'air sortir de la bouche et/ou du nez de la victime;
- Sentir : si on sent l'air frapper notre joue.



Si la victime respire spontanément, passer à l'étape C.

Si la victime ne respire pas spontanément, tenter 2 insufflations avec masque de poche; si elles passent bien, passer à l'étape C. Cependant, si la première insufflation au masque de poche ne passe pas, refaire une manœuvre de dégagement de la langue (soulèvement du

menton ou subluxation mandibulaire) et tenter 2 insufflations à nouveau. Si à ce moment les voies aériennes ne sont toujours pas perméable, il faut croire qu'il y a obstruction des voies aériennes par autre chose que la langue et alors procéder à des manœuvres de dégagements des voies respiratoires (protocole 1 RÉP/MED.13 ou 1 RÉP/PED.4).



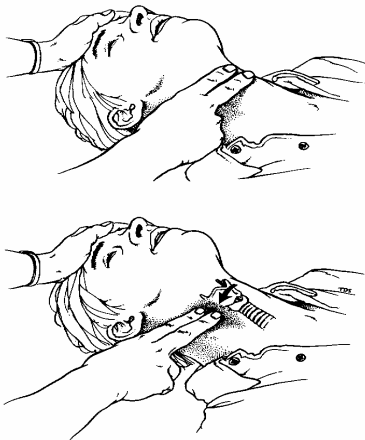
4.2.4 La prise du pouls

- « C » : – CIRCULATION
 – POULS ou PULSATION

Cette étape consiste à déterminer si le pouls est perceptible ou non. S'il n'est pas perceptible, c'est que l'individu est en arrêt cardiaque.

Le pouls carotidien est celui qui est le plus facile à percevoir chez l'adulte. Tout en maintenant la tête en extension, à l'aide de deux doigts, localiser la pomme d'Adam au niveau du cou et glisser les doigts dans le sillon sur le côté afin de détecter un pouls (maximum 10 secondes).

Chez le bébé, le meilleur site pour vérifier la présence de pouls est l'artère brachiale, située au bras, côté interne, entre le biceps et le triceps.



Prise du pouls chez l'enfant et adulte
 Source : JAMA 1992



Prise du pouls chez le bébé
 Source : JAMA 1992

Tout individu retrouvé inconscient et sans pouls palpable doit être considéré comme étant en arrêt cardiaque. Le terme « arrêt cardiaque » signifie qu'il n'y a pas de circulation sanguine efficace.

S'il y a présence de pouls, revenir à l'étape « B » et assurer la ventilation si la respiration est absente. S'il n'y a pas de pouls, commencer immédiatement la réanimation cardiorespiratoire (R.C.R.).

Au cours de l'étape « C » le premier répondant devra vérifier s'il y a présence d'hémorragie sévère ou perte de sang considérable provenant d'une blessure quelconque. Ceci ne veut pas dire qu'il faut perdre du temps à faire un examen minutieux mais plutôt faire un examen rapide « QUICK LOOK » de la victime et vérifier la présence de sang par terre ou suintant à travers les vêtements (éviter de bouger inutilement la victime).

S'il y a présence d'hémorragie, la contrôler rapidement avant de passer à une autre étape.

4.2.5 Le niveau de conscience

- « D » : – DISABILITY
– INCAPACITÉ, NIVEAU DE CONSCIENCE

Alors qu'à l'étape « L » il faut déterminer si la victime est consciente ou non, à l'étape « D » il faut préciser son niveau de conscience. Le sigle AVPU est utilisé à cet effet :

- A : (Alert) alerte
V : (Verbal) réagit aux stimuli verbaux
P : (Painful) réagit aux stimuli douloureux
U : (Unresponsive) aucune réaction

Ainsi, l'individu bien éveillé est alerte, son niveau de conscience est A.

L'individu dont l'état de conscience est altéré mais qui réagit lorsqu'on l'appelle (ex. : qui ouvre les yeux lorsqu'on l'interpelle) son niveau de conscience est V.

Celui qui ne réagit pas aux stimuli verbaux mais qui réagit à la douleur, soit en grimaçant, soit en bougeant, son niveau de conscience est P.

Finalement, celui dont l'état de conscience est altéré à un tel point qu'il ne réagit pas aux stimuli verbaux ou douloureux, son niveau de conscience est U.

4.2.6 Exposer la partie affectée

- « E » : – EXPOSE
– EXPOSER, DÉCOUVRIR LA PARTIE AFFECTÉE SEULEMENT

Cette étape consiste à visualiser la partie du corps de la victime lorsque c'est utile à l'évaluation. Par exemple, dans le cas d'un homme qui s'est brûlé les deux jambes, il y aurait lieu de couper ses vêtements de manière à visualiser la gravité des brûlures. Découvrir la partie affectée seulement.

4.3 PRENDRE LES SIGNES VITAUX DE LA VICTIME

Les signes vitaux comprennent :

- La respiration;
- Le pouls.

4.3.1 La respiration

Au moment de l'évaluation primaire, s'il a été noté que la victime ne respirait pas spontanément (B) et que le pouls était présent (C), une assistance respiratoire devrait avoir été débutée immédiatement.

Il peut cependant arriver qu'une victime respire spontanément mais qu'elle nécessite quand même une assistance respiratoire. C'est le cas de la victime adulte dont la fréquence respiratoire est inférieure à 8 respirations par minutes.

Par conséquent, dès que l'évaluation primaire est terminée, il importe de mesurer la fréquence respiratoire de la victime qui respire spontanément et de débiter une assistance respiratoire avec oxygène si la fréquence est inférieure à 8 respirations par minute.

Chez la victime non adulte, bébé ou enfant, la fréquence respiratoire doit aussi être mesurée. Cependant, la décision de débiter ou non une assistance respiratoire malgré une respiration spontanée ne sera pas basée sur une valeur minimale de cette fréquence, mais plutôt sur un ensemble de signes (qui seront vues ultérieurement dans cette formation) indiquant que la respiration spontanée est insuffisante.

Après la mesure de la fréquence respiratoire et le début d'une assistance respiratoire avec oxygène si indiqué, il faut mesurer le pouls.

La fréquence respiratoire chez un adulte au repos est habituellement entre 12 et 20 respirations par minute. Chez l'enfant au repos elle est habituellement de 30 par minute et chez le nouveau-né, de 40 par minute.

Mesure de la fréquence respiratoire

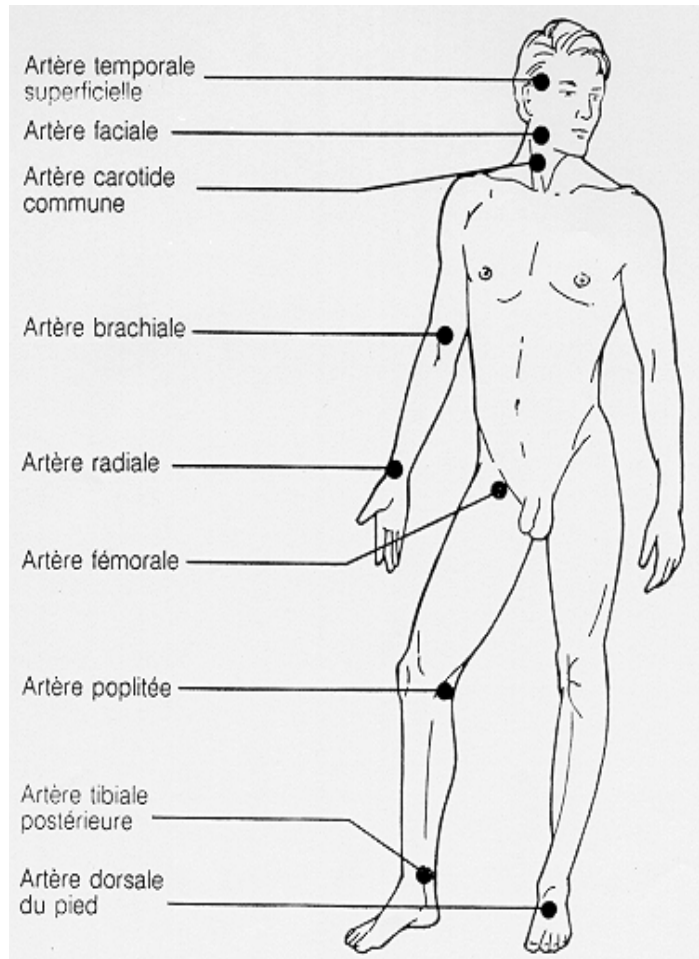
Pour mesurer adéquatement la respiration, la victime doit être au repos et ne pas s'apercevoir qu'on mesure sa respiration. Cela peut être plus difficile avec les enfants. Une victime adulte consciente chez qui on mesure la fréquence respiratoire, peut involontairement en modifier le rythme.

Le meilleur moment pour calculer la fréquence respiratoire est après la prise du pouls. Après le calcul du pouls, il suffit de continuer à tenir le poignet de la victime comme si la prise de pouls se poursuivait et de calculer le nombre de fois que sa poitrine ou son abdomen s'élève. Il est possible de le sentir avec la main ou encore de le voir. Le soulèvement et l'abaissement de l'abdomen ou de la poitrine correspondent à une seule respiration parce que la respiration inclut l'inspiration et l'expiration. Le calcul se fait sur 15 secondes et est multiplié par quatre ou encore, sur 30 secondes et est multiplié par deux afin d'obtenir la fréquence respiratoire pour une minute. La fréquence respiratoire correspond au nombre de respirations par minute. Si la respiration est irrégulière, le calcul doit être fait pendant une pleine minute.

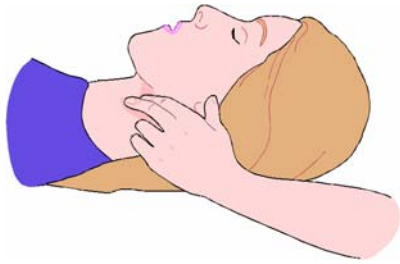
4.3.2 Le pouls

Le pouls d'une personne est le reflet de la qualité de la circulation sanguine et correspond à des ondes que l'on peut sentir à la palpation des artères. Il peut se palper sur certaines zones superficielles du corps, par exemple, là où une artère passe à côté d'un plan osseux ou repose sur celui-ci; à chaque contraction, le cœur provoque une onde qui se transmet ensuite à tout le système circulatoire.

Le pouls peut se prendre à différents sites; les artères utilisées sont : les artères temporales, carotidiennes, humérales, radiales, fémorales, poplitées, tibiales et pédieuses (voir l'illustration ci-contre). Les deux sites suivants seront utilisés pour calculer la fréquence cardiaque chez l'adulte : les carotides (au cou) et les radiales (au poignet).



Source : Guide de formation Premiers répondants 1995, Ministère de la Santé du Québec



Le pouls carotidien

Le pouls carotidien se prend sur le côté du cou. En maintenant la tête en extension, à l'aide de deux doigts, localiser la pomme d'Adam au niveau du cou et glisser les doigts dans le sillon sur le côté afin de détecter un pouls.

Le pouls radial



Le pouls radial est perceptible à la partie antérieure du poignet, du côté du pouce. C'est la façon la plus courante de prendre le pouls, car il est d'un accès facile et peu dérangerant pour la victime. Cependant, son absence ne confirme pas un arrêt cardiaque. C'est l'absence du pouls carotidien chez l'adulte et l'absence de pouls brachial chez le bébé qui confirme un arrêt cardiaque.

La pulsation se prend surtout pour évaluer la fréquence, le rythme, l'amplitude et la tension du pouls, susceptibles de révéler un problème majeur (ex. : une fréquence cardiaque ralentie).

Le premier répondant se limite à en évaluer la présence et la fréquence.

Mesure de la pulsation

La palpation du pouls se fait à l'aide de l'index et du majeur. Le pouce n'est pas utilisé, car notre propre pulsation pourrait être perçue.

Lorsque le pouls est localisé, les battements doivent être comptés. Pour un pouls régulier, il suffit de compter le nombre de battements sur 15 secondes et de multiplier par quatre ou, sur 30 secondes et de le multiplier par deux. Dans le cas d'un battement irrégulier, compter le nombre de battements sur une minute (60 secondes), ce qui donne la fréquence par minute.

4.3.3 Histoire de cas (signes et symptômes)

Après avoir évalué la scène, assuré sa propre protection et celle de la victime, fait l'évaluation primaire et la prise des signes vitaux, l'évaluation doit se continuer par l'obtention de l'histoire de cas et par l'observation des signes que peut présenter la victime.

Dans les faits, ces deux étapes peuvent se faire simultanément puisqu'il est possible de poser des questions à la victime (ou aux proches) tout en recherchant des signes physiques pertinents à l'identification du problème.

Précisons cependant que cette recherche de signes physiques n'est pas un examen de la tête aux pieds comme celui qui doit être fait chez les victimes de traumatisme majeur, mais plutôt la recherche de signes permettant l'identification du problème. Ces signes étant principalement :

- Cyanose;
- Éruption cutanée;
- Tirage respiratoire;
- Œdème de la langue;
- Paralyse;
- Révulsion des yeux;
- Mouvements tonico-cloniques (convulsions);
- Bruits respiratoires audibles sans instrument;
- Blancheur d'une extrémité (ex. : engelure).

Bref, il s'agit simplement de porter une attention particulière pour remarquer et noter ce qui est facilement observable et significatif.

L'histoire de cas se fait en questionnant la victime ou ses proches (OPQRST – SAMPLE).

Ce qu'il importe de bien comprendre c'est que la cueillette des signes (observation physique) et des symptômes (questionnaire – histoire de cas) doit être faite dans le but d'identifier correctement le problème de la victime afin d'appliquer le protocole spécifique s'il y a lieu.

Par exemple, devant quelqu'un qui présente une difficulté respiratoire :

- Y a-t-il une histoire de contact avec un allergène?
- Y a-t-il un œdème de la langue?
- Y a-t-il une éruption cutanée?

Ces éléments, et d'autres, identifiables par l'observation (signes) et le questionnaire (symptômes – histoire de cas) permettront d'identifier s'il s'agit ou non d'une réaction allergique anaphylactique, ce qui commanderait l'utilisation d'un protocole spécifique à ce problème (1 RÉP/MED.17).

4.4 FAIRE L'ÉVALUATION SECONDAIRE DE LA VICTIME

L'évaluation secondaire de la victime se fait uniquement dans les cas de traumatisme (voir Module 7, Urgences traumatiques).