

**L'exemple des voies aériennes (A) :** Maintien des voies aériennes ouvertes en fonction de l'intervenant.

Voici des exemples de geste/dispositifs permettant de libérer les voies aériennes. Chaque intervenant pourra prendre en charge son patient en fonction de ses compétences et de son cadre d'exercice.

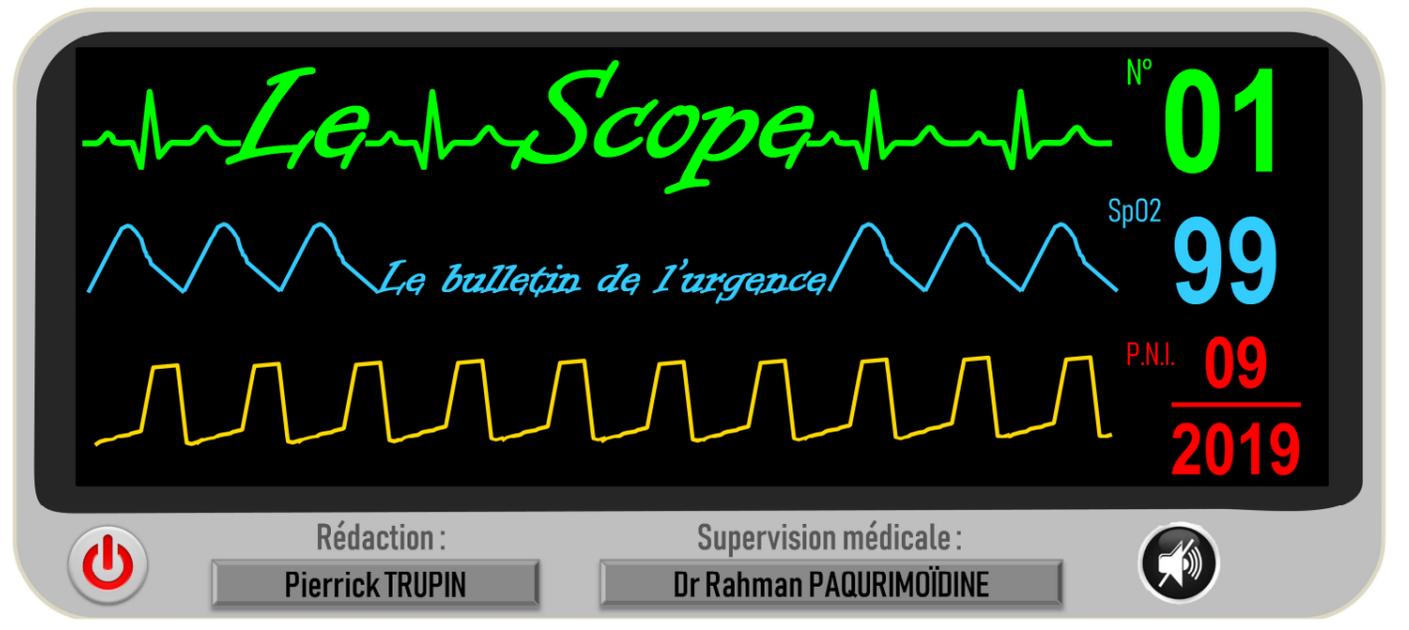
Bascule de la tête – élévation du menton – Désobstruction manuelle – Claques dans le dos – Compression abdominales/thoraciques – Aspiration – Tube laryngé – masque laryngé – Intubation trachéale – Trachéotomie.

Le bilan d'urgence vitale comprend le traitement des deux urgences vitales qu'il faut traiter sans délai. Ces deux actes de secourisme de base peuvent limiter une situation critique à court terme.

Juste après, intervient le bilan circonstanciel plus complet, avec la recherche des signes de gravité et les actions mises en place. Chaque intervenant : secouriste, paramedic, infirmier, médecin... pourra rechercher des signes de gravité et entreprendre des actions en fonction de ses compétences (exemple ci-dessus). Il recherchera ensuite les antécédents du patient, qu'il mettra en lien avec les signes. Enfin, il surveillera les différentes fonctions jusqu'à la fin de la prise en charge, ou sa continuité par d'autres intervenants.

Le bilan A.B.C.D.E. est un outil à double avantage, il permet de prioriser les actions de secours, de la plus essentielle à la plus complémentaire, et il permet également à l'aide de ses répétitions de prendre en charge une victime dans la globalité. Véritable guide opérationnel il permettra de ne pas perdre le fil sur les interventions plus complexes, où on a parfois du mal à prioriser son action. Pratique pour la traumatologie, il reste à adapter pour les pathologies plus médicales. En France, il n'est pas la référence dans les pratiques courantes et se voit plus usité chez les professionnels de terrain. Toutefois, son utilisation controversée par les médecins, impose l'emploi d'un autre outil de transmission qui admet qu'il n'est pas à l'heure actuelle totalement universel.

Rendez-vous le mois prochain pour le thème : Le damage Control



## Le bilan A.B.C.D.E.

Depuis quelques mois, quasiment tous les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (S.D.I.S.) ont changé leur méthode de prise en charge de victime en introduisant le bilan A.B.C.D.E. Véritable outil d'aide à l'évaluation de l'état clinique d'un patient, il permet de prioriser ses actions, de manière à apporter efficacement de l'aide à la victime.

Largement utilisé dans les pays Anglo-saxons par les Paramédics, l'utilisation récente de cette forme de bilan permettrait de «rattraper notre retard» dans le domaine de l'évaluation préhospitalière. Elle favoriserait même l'unification des pratiques sur le plan international. Mais le bilan A.B.C.D.E. est-il réellement universel? Est-il véritablement l'outil qu'il manquait aux professionnels de l'urgence?



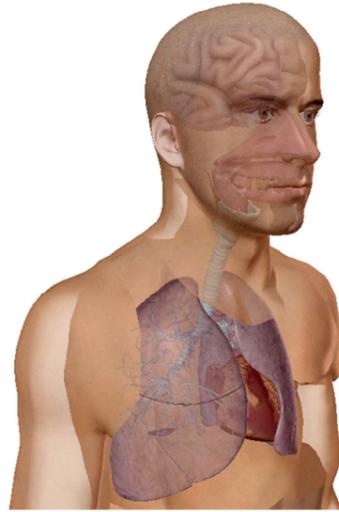
Tiré du Pré Hospital Life Trauma Support (P.H.T.L.S.), le bilan A.B.C.D.E. arrive au galop dans les services de secours Français. Il remplace le bilan «Neuro Respi Cardio Lésionnel» bien installé dans les procédures depuis bon nombre d'années. Outre un moyen mnémotechnique des plus évidents à retenir, il balaye complètement l'état de santé de la victime de manière plus complète que les anciens bilans.

### Changement de philosophie : Traiter en premier ce qui va tuer en premier. «Treat first what kill first»

Car la véritable révolution est là! Il faut garder à l'esprit que l'avantage du bilan A.B.C.D.E. est de traiter en premier, ce qui risque de compromettre la victime à plus brève échéance. Ce qui anciennement consistait à évaluer l'état d'une victime pour définir l'idée de manœuvre d'une action de secours se résume aujourd'hui en un «jeu de piste».

A chaque étape de la prise en charge, le rôle de l'intervenant va être de vérifier une fonction vitale selon un ordre défini (rappelé par l'abréviation A.B.C.D.E. – voir encadré page suivante). Selon le résultat de la vérification, soit il passe à la fonction suivante lorsqu'elle est correcte, soit il met en place des actions pour la traiter. Au final, la criticité d'une victime pourra se déterminer en fonction du nombre d'actions mises en place pour traiter une fonction ou par l'incapacité de passer à la fonction suivante.

## La méthodologie A.B.C.D.E.



La méthodologie A.B.C.D.E. suit le chemin de l'oxygène dans l'organisme, de manière à ce qu'il puisse alimenter les cellules. Il peut se synthétiser par une suite de questions chronologiques.

**A – Airways** (Voies aériennes supérieures) : L'oxygène extérieur parvient-il à entrer dans les poumons ? Cette vérification consiste à s'assurer qu'aucun corps étranger n'obstrue les voies aériennes supérieures.

**B – Breathing** (La respiration) : L'oxygène présent dans les poumons passe-t-il dans le sang ? On peut ici vérifier la qualité de la fonction ventilatoire.

**C – Circulatory** (La circulation) : L'oxygène présent dans le sang est-il transporté dans l'ensemble du corps ? Des signes de gravité pourraient apparaître soit par défaillance de la pompe cardiaque, soit par perte importante de sang.

**D – Disability** (litt. «Handicap») Représente la fonction neurologique : Le cerveau contrôle-t-il le fonctionnement de l'organisme ?

**E – Exposure** (Exposition) : L'organisme a-t-il été soumis à une attaque extérieure ? Sont considérées comme attaques extérieures les sources de traumatisme. On entend donc ici comme attaques ; les atteintes traumatiques osseuses et articulaires (fractures, luxations...), les variations de température (brûlures, gelures), les électrisations et tous les éléments extérieurs.

Cette organisation de pensée permet de garder le fil chez un patient présentant plusieurs types de problèmes (défaillance, douleur...) et permet de rappeler les priorités chez une personne critique. Dans les recommandations secouristes, on peut retrouver cette même logique. Dans un arrêt cardiaque chez l'adulte, l'étiologie est généralement cardiaque. Une fois les voies aériennes libérées (A), la priorité sera de pratiquer une réanimation cardio-pulmonaire (C) pour rétablir l'irrigation cérébrale. Mais chez l'enfant, où les causes sont plus souvent respiratoires, il est recommandé de commencer par des insufflations (B).



**Accident de V.T.T. avec traumatisme facial**



Au mois de juin dernier les secours sont appelés pour un homme de 18 ans, en arrêt cardio-respiratoire suite à un accident de V.T.T. Les témoins ont débuté une réanimation cardio-pulmonaire. Sont au départ 1 V.S.A.V., 1 V.P.R., 1 V.L.I. et 1 planche à masser. Un S.M.U.R. est également engagé.

A l'arrivée sur les lieux, la victime est allongée sur le dos, au sol, en cours de massage cardiaque. Les pompiers prennent le relais des premiers intervenants. Le D.S.A. est mis en place. Les voies aériennes sont obstruées par une importante déformation de la face qui saigne abondamment. L'os maxillaire en plusieurs éclats et la mandibule fracturée, sont extraits pour permettre la ventilation à l'aide d'une sonde de boussignac de type B-card. Pendant ce temps, l'infirmier de sapeurs-pompiers met en place une voie veineuse de 18 G et commence à administrer de l'adrénaline toutes les 4 minutes. Le scope montre une asystolie. La planche à masser est mise en place et prend le relais du massage cardiaque. Une aspiration régulière permet d'aspirer environ 200 cc de sang.

Environ 15 minutes après, le S.M.U.R. se présente sur les lieux et prend la suite de la prise en charge. Le médecin décide d'intuber pour libérer les voies aériennes, cause probable de la persistance de l'arrêt cardiaque. Après une grosse séance d'aspiration qui aura permis d'évacuer 300 cc supplémentaires, le médecin est parvenu à intuber la victime.

S'en est suivi une reprise d'activité cardiaque dans un délai de deux minutes. Le médecin a alors demandé l'injection d'une ampoule d'Atropine. Après la pose d'une seconde voie de 16 G, la victime est hélicoptérée vers le *Trauma Center* adapté le plus proche. Après un séjour en réanimation, le pronostic vital du V.T.T.iste n'est plus engagé.

Pour ce cas, le recentrage du bilan A.B.C.D.E. montrait que la libération des voies aériennes était le problème à résoudre pour pouvoir passer à l'étape suivante. L'origine de l'arrêt cardiaque étant traumatique, la solution de libérer les voies aériennes s'annonçait comme la meilleure stratégie. C'est pour cela qu'il en a découlé une augmentation de la capnométrie, attestant que la fonction circulatoire était correcte.



**Idée reçue : l'A.B.C.D.E. est universel...**

S'il est un autre adjectif qui caractérise le bilan A.B.C.D.E., c'est qu'il est universel. Mais dans quel sens faut-il comprendre le mot «universel» ?

Si on regarde les différentes pratiques internationales : françaises, suisses ou canadiennes, et même entre deux départements français, les pratiques sont différentes et des variantes existent. Certains utilisent l'A.B.C.D.E. tels que nous l'avons décrit, en incluant par exemple les antécédents dans les catégories correspondantes. Par exemple, on parlera de l'hypertension dans la catégorie C ou de l'épilepsie dans la catégorie D. Pour d'autres, on voit apparaître la lettre F, pour *Family*. Cette catégorie regroupe l'ensemble des antécédents familiaux, personnels ou les facteurs de risques, comme le tabac ou l'alcool. Dans certains départements français, on a vu apparaître le bilan X.A.B.C.D.E. Le X permet de rappeler à l'intervenant de prendre en charge les actions du *Damage control*, et plus particulièrement l'arrêt du saignement actif. La suite du bilan se fait ensuite normalement, en tenant compte de l'autre type d'urgence vitale : l'obstruction des voies aériennes, qui rentre dans le A. En fonction de la région du monde, il existe donc plusieurs adaptations de cet outil mnémotechnique. Même si la base reste la même il existe des variantes, mais le fait que la trame soit la même, permet toutefois de se faire comprendre.

Si maintenant on regarde entre les différents corps de métier d'un même pays, encore une fois, difficile de faire entendre un même son de cloche. Le bilan A.B.C.D.E. est plus largement utilisé par les intervenants pré-hospitaliers, qui n'ont pas de médecin à leur côté. Il est donc très fréquemment utilisé par les sapeurs-pompiers et les infirmiers de sapeurs-pompiers. Quant aux médecins, certains savent l'utiliser, mais d'une manière générale ils ne se servent pas de cet outil pour faire leur bilan ou guider leur prise en charge. Par ailleurs, beaucoup d'assistants de régulation médicale ne sont pas correctement formés à la prise du bilan A.B.C.D.E. Ils ne sont donc pas à l'aise avec cet outil et il perd de son intérêt lorsqu'il faut communiquer un état de santé. Les ambulanciers privés, ne sont pas non plus formés à l'utilisation de cet outil, et restent dans les mêmes guides que les bilans secouristes « neuro - respi - cardio -trauma ». D'un point de vue pluridisciplinaire, le bilan A.B.C.D.E. n'est pas non plus une référence universelle au sein des différents corps de métier destinés à travailler ensemble dans un même secteur géographique.

Enfin, si on regarde maintenant les différents types de situations qu'il est possible de rencontrer, l'A.B.C.D.E. serait-il le moyen universel de prendre en charge les victimes ? Eh bien non ! Et la prise en charge de l'arrêt cardiaque en est un bon exemple. Certes il est nécessaire de libérer les voies aériennes pour permettre un massage efficace, mais plusieurs sociétés savantes en médecine d'urgence nous ont apporté la preuve que le massage devait primer sur les autres gestes. Si les voies aériennes sont libres, l'intubation n'est pas pertinente...surtout si elle génère du No Flow en arrêtant le massage. L'arrivée de la sonde de boussignac de type B-card offre une alternative de plus en plus choisie lors de la prise en charge des arrêts cardio-respiratoires, mais ce qui est sûr c'est que l'ordre des lettres est bien changé : d'A.B.C. il passe à A.C.B. Par ailleurs, les deux urgences vitales à prendre en compte, sont incluses dans le A et le C.

Malgré les différents points de vues : en fonction des différents professionnels de santé d'un même pays, en fonction d'un même corps de métier de différents pays ou en fonction des pathologies rencontrées, le bilan A.B.C.D.E. ne peut pas se qualifier d'universel. N'oublions pas que chaque patient est unique et que rien ne vaut la clinique !



**Pas si bête que ça !**

Il est possible de suivre le bilan A.B.C.D.E. pour chaque bilan d'une action de secours. Il serait alors répété à quatre reprises pour le bilan d'urgence vitale - le bilan complémentaire - les antécédents familiaux - la surveillance. La fin d'un bilan entraîne le début du suivant en répétant le bilan de surveillance jusqu'à l'hôpital.