

Processus général d'intervention et d'évaluation du patient



Table des matières

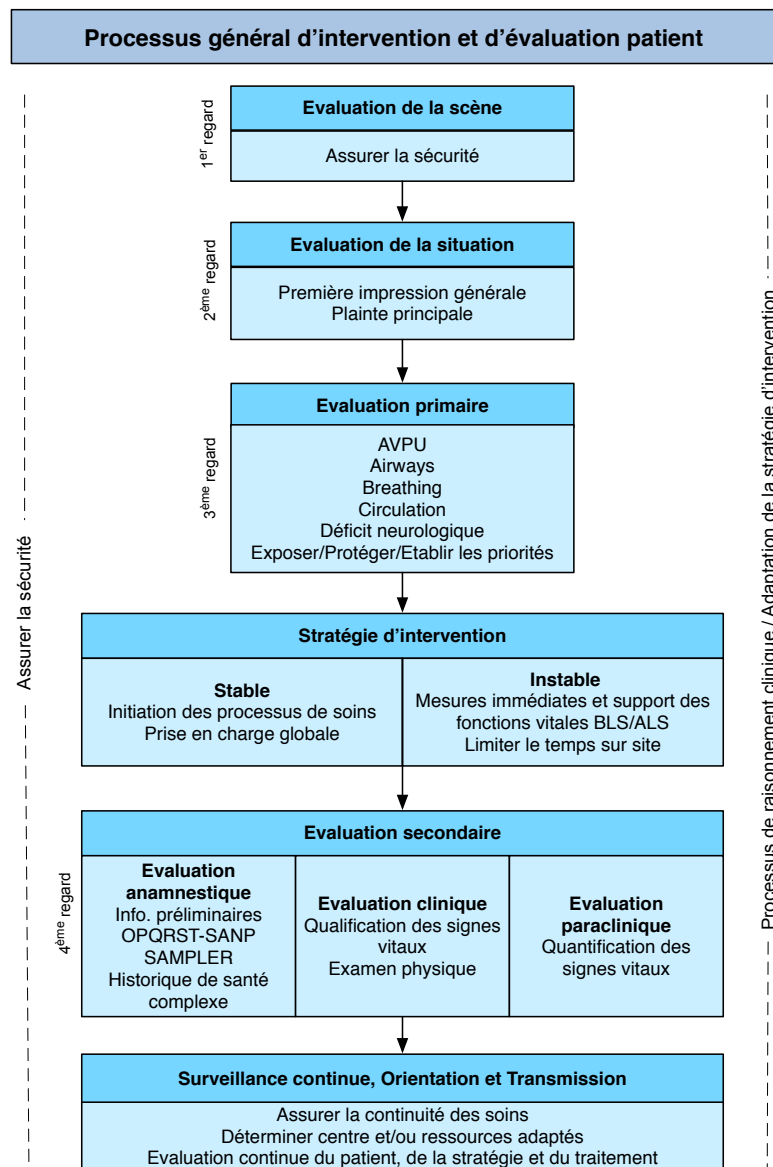
Introduction	3
Processus général d'intervention et d'évaluation patient	3
Le processus de raisonnement clinique	4
La technique des quatre regards	5
1^{er} regard – Évaluation de la scène	6
Assurer la sécurité.....	7
2^{ème} regard – Évaluation de la situation	8
Première impression générale.....	8
Plainte principale.....	9
3^{ème} regard - Évaluation primaire	10
Spécificités de l'évaluation primaire médicale.....	11
Spécificités de l'évaluation primaire traumatique.....	11
Spécificités de l'évaluation primaire pédiatrique.....	11
Spécificités de l'évaluation primaire obstétricale.....	11
Stratégie d'intervention	12
4^{ème} regard - Évaluation secondaire	13
Évaluation anamnestique.....	13
<i>Informations préliminaires</i>	14
<i>SAMPLER</i>	14
<i>OPQRST</i>	15
<i>SANP</i>	17
<i>Historique de santé complexe</i>	17
Évaluation clinique - Qualification des signes vitaux et examen physique.....	18
<i>Qualification des signes vitaux</i>	18
<i>Examen physique</i>	19
Évaluation paraclinique - Quantification des signes vitaux.....	23
Surveillance continue et orientation	24
Déterminer le centre et/ou les ressources adaptées.....	24
Évaluation continue du patient, de la stratégie et du traitement.....	24
Assurer la continuité des soins.....	24
<i>Transmissions</i>	24
Élaboration du document et membres GT évaluation du patient :.....	28
Références :	28
Annexe 1 : Processus général d'intervention et d'évaluation du patient	30

Introduction

L'évaluation peut être définie par une multitude de compétences complexes qui ont pour but d'identifier les problématiques prioritaires, d'avancer des hypothèses de diagnostics sur les perturbations présentes chez un patient. Elle facilite et oriente vers une stratégie pertinente, des actions efficaces et enfin un transport adapté pour tous les types d'interventions.

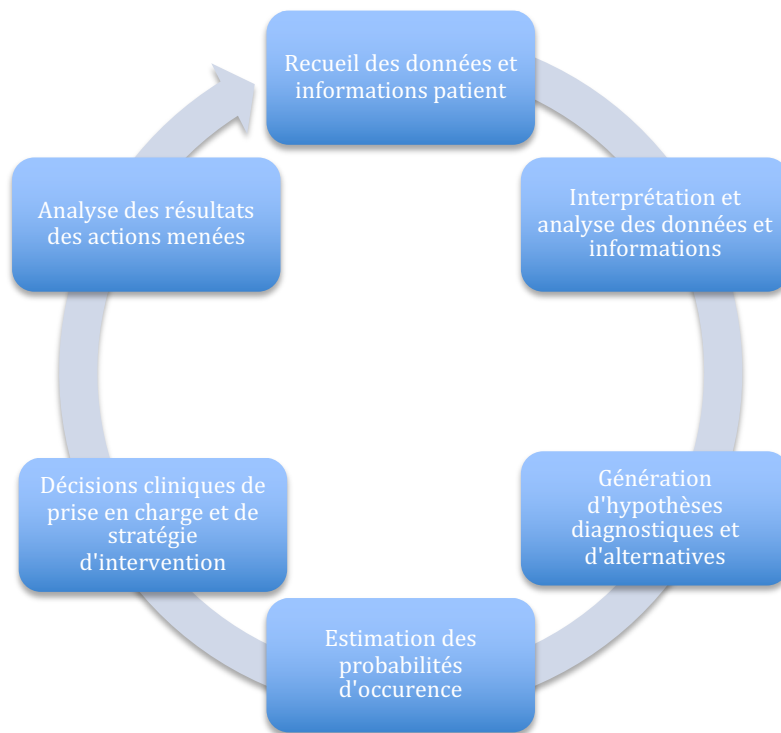
Pour un intervenant de l'urgence, l'évaluation est la compétence centrale et le pilier de toutes les autres. Elle implique tous les sens avec l'observation, le toucher, l'odorat et l'écoute. Passant par une phase de recueil clinique et paraclinique, l'évaluation demande un esprit objectif, curieux, critique et capable de synthèse. Il est de première nécessité que l'ambulancier la maîtrise pour pouvoir gérer l'ensemble de la prise en charge de façon optimale.

Processus général d'intervention et d'évaluation patient



Le processus de raisonnement clinique

Le raisonnement clinique est un « *processus cognitif de pensée et de prise de décision permettant aux intervenants de proposer une prise en charge dans un contexte spécifique de résolution de problème de santé* » (De Alencastro et al., 2017). Il s'agit de recueillir, puis d'analyser les informations concernant le patient dans le but de générer des hypothèses (diagnostics différentiels). Une fois ces hypothèses formulées et les probabilités d'occurrence estimées, le processus amène à la prise de décision clinique avec les actions s'y référant. Enfin la démarche implique une (ré)évaluation de l'état du patient avec les résultats des actions menées. Voici le cycle complet :



Recueil des données et informations patient

Il s'agit de toutes les informations recueillies lors de la prise en charge, du 1^{er} regard au 4^{ème} regard.

Interprétation et analyse des données

Il s'agit d'un processus cognitif consistant à comprendre et à regrouper les données en fonction des connaissances de l'intervenant sur les pathologies en lien avec les signes et symptômes.

Génération d'hypothèses diagnostiques et d'alternatives

Il s'agit du processus d'élimination des diagnostics possibles. Dès le début d'une prise en charge, les intervenants relient généralement la situation à un grand nombre de diagnostics possibles. Suite à l'interprétation/analyse globale, l'intervenant élimine les problèmes improbables pour ne parvenir qu'à quelques diagnostics possibles (appelés diagnostics différentiels ou hypothèses de diagnostics).

Estimation des probabilités d'occurrence

Lorsque l'intervenant parvient à délimiter les hypothèses de diagnostics, il en estime leurs probabilités d'occurrence. Cette estimation se base sur le sens clinique, qui est d'une part subjective. Elle dépend de l'expérience et de biais cognitifs de genre, de représentation, de fixation de la première impression ou de confirmation (mise en évidence uniquement des indices qui confirment la première hypothèse). D'autre part, elle se fait sur une médecine basée sur les preuves (evidence based medicine) en travaillant à l'aide de scores pronostics, d'estimation des risques et de dépistage.

Décisions cliniques de prise en charge et stratégie d'intervention

Lorsque l'intervenant parvient à délimiter quelques problèmes possibles, il doit ensuite estimer leur probabilité d'occurrence : élevée, modérée ou basse. Il prendra alors la décision la plus cohérente sur la stratégie et les traitements à appliquer. Toute décision est basée sur l'hypothèse la plus élevée et la plus menaçante pour la vie. Cependant, l'intervenant doit s'assurer que cette décision n'est pas contre-indiquée ou délétère par rapport à un autre problème dont souffrirait le patient. Certaines stratégies sont établies au travers d'algorithmes décisionnels. Cependant, ceux-ci sont également susceptibles d'induire des biais cognitifs.

Analyse des résultats des actions menées

Une fois les actions mises en place, l'intervenant surveille, analyse et évalue les résultats attendus de façon continue. Face aux résultats et au travers de nouvelles boucles de processus de raisonnement clinique, il adapte au besoin sa stratégie et les traitements.

La technique des quatre regards

Le processus général d'intervention est conçu autour de « quatre regards » et est effectué par étapes tout au long de la prise en charge. Ces quatre « moments » permettent d'obtenir au final une vision globale de la situation.

- Le premier regard se fait depuis l'alarme jusqu'à l'approche sur le site d'intervention (rayon de 50 à 5 mètres). Il s'agit de l'évaluation de la scène et a pour but d'assurer la sécurité des intervenants.
- Le second regard se fait à l'approche du patient (rayon de 5 mètres autour de celui-ci). L'évaluation de la situation a pour objectifs de créer une première impression générale, d'assurer la sécurité du patient et de son entourage et d'identifier rapidement la plainte principale.
- Le troisième regard consiste en l'évaluation primaire du patient, à la reconnaissance des menaces vitales immédiates et à l'application des mesures de base (Basic Life Support – ci-après « BLS »).
- Le quatrième regard se focalise sur l'évaluation secondaire avec un recueil anamnestique, clinique et paraclinique. Il a pour objectif d'identifier les problématiques et diagnostics possibles.

1^{er} regard – Évaluation de la scène

L'évaluation de la scène est une appréciation de la zone de l'événement (50 mètres à 5 mètres autour du patient). Débutant dès la réception du message d'alarme, elle évolue selon l'environnement, le contexte de prise en charge et l'état du patient. Cette évaluation permet de mettre en évidence les dangers évidents ou latents et les obstacles possibles au bon déroulement de l'intervention. Elle se fait de manière continue et transversale à celle-ci.

Dans ce processus d'évaluation de la scène, il s'agira de déterminer :

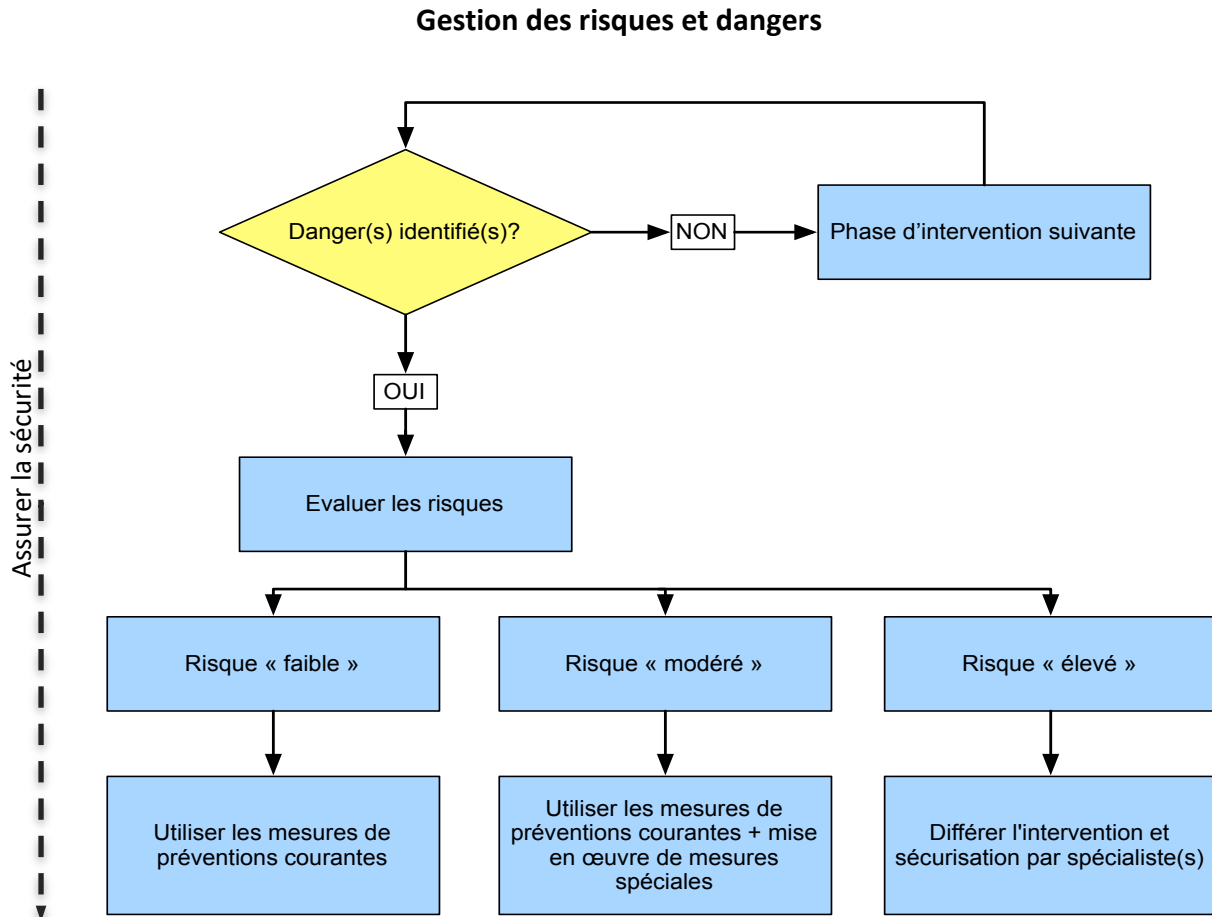
- Le type d'événement (traumatique/maladie/événement majeur/autre)
- Le nombre de patients et/ou d'impliqués et leur emplacement
- La présence d'une menace pour l'équipe d'intervention
- Les facteurs météorologiques (température, conditions extrêmes, pluie, neige, etc.)
- La présence de témoins ou de sources d'aide possible durant l'intervention
- L'accès au patient (type de terrain, présence de plan d'eau, avalanche, etc.)
- La présence de substances NRBC (nucléaire, radiologique, biologique, chimique) ou d'électricité
- L'espace de travail disponible
- Les odeurs, la salubrité générale
- La présence de signes évocateurs de violence ou d'actes criminels
- Les possibilités de renforts et voies de communication
- La possibilité d'évacuation du patient : (du site à l'ambulance, à l'hôpital, type de structure hospitalière et distance)
- etc.

Buts de l'observation de la scène

- Définir l'environnement de l'intervention
- Déterminer le type d'événement
- Identifier les risques avérés ou potentiels
- Déterminer les mesures de sécurité et les ressources adaptées à la situation

Assurer la sécurité

L'évaluation dynamique des risques et dangers doit être un processus continu. Sur une intervention, les risques doivent être évalués et des actions mises en place pour les éliminer ou les réduire au maximum. Voici un schéma résumant les différentes approches possibles.



Mesures de prévention courantes

Par mesures de prévention courantes, on entend celles qui sont utilisées quotidiennement comme par exemple le port de l'uniforme, de gants, de lunettes, l'utilisation de boîtes à aiguilles, le port de la ceinture de sécurité, etc.

Mesures de prévention spéciales

Lors d'interventions à risques plus élevés, l'intervenant détermine seul et/ou en collaboration avec les partenaires les mesures spéciales à adopter. Les mesures peuvent être personnelles ou collectives et très variées : chasubles, gilet anti-lame, casque, triopans, isolement, désinfection, fermeture temporaire de voies de circulation, extincteur, etc.

Intervention différée

Lorsque les risques dépassent un seuil acceptable ou qu'ils ne sont pas maîtrisables, l'intervenant préférera différer ou limiter son intervention et se mettre en retrait. Il déterminera les renforts nécessaires et collaborera avec les différents partenaires. Les exemples sont également très variés : police, pompier, médecin, électricien, spécialiste des chemins de fers, etc.

2^{ème} regard – Évaluation de la situation

L'évaluation de la situation est une appréciation du lieu de soins (le patient et son environnement immédiat) à la recherche d'informations concernant :

Les dangers évidents ou latents pour l'équipage, le patient et son entourage et/ou un obstacle dans la zone d'intervention. Il s'agit de prendre les mesures nécessaires à une prise en charge sécuritaire et efficace.

Les menaces vitales à travers un schéma ABCDE. L'intervenant tente déjà d'identifier s'il y a des perturbations avec menace vitale évidente. S'il y a lieu, il priorise une stratégie ou des actions en lien avec cette évaluation d'approche au patient.

La plainte principale du patient. Selon la situation, l'intervenant recherche le problème prioritaire identifié par le patient ou/et son entourage. Ces informations sont souvent très pertinentes sur l'historique du trouble et pour en déterminer déjà dans cette phase la gravité.

Buts de l'observation de la situation

- Sécuriser le patient et son entourage
- Identifier les menaces vitales et la plainte principale
- Définir une première approche du patient, ainsi que les priorités et stratégie de prise en charge (évacuation, réanimation cardio-respiratoire, prise en charge traumatique, etc.)
- Définir les rôles de chaque intervenant
- Initier l'évaluation et les actions prioritaires
- Considérer l'aide proposée
- Débuter le processus de raisonnement clinique

Première impression générale

La première impression générale est à la fois objective et subjective. Elle a pour but de déterminer si la situation semble stable ou instable. Cette impression se construit sur l'apparence clinique du patient au travers d'un ABCDE à distance qui pourrait mettre en évidence par exemple : obstruction des voies aériennes, détresse respiratoire massive, hémorragie sévère, vigilance altérée, etc. De plus elle repose sur un intervenant au travers entre autre de son regard, son jugement, son expérience et ses biais cognitifs. Enfin les observations et données recueillies jusqu'alors ne sont pas forcément claires, franches, ou indiquant les bonnes problématiques. Il est donc important que les éléments mis en évidence lors de cette première impression générale soient vérifiés durant la prise en charge, que cette impression soit bonne, mitigée ou mauvaise.

Plainte principale

L'anamnèse débute déjà dans ce second regard par l'identification de la plainte primaire et principale de l'appel aux secours préhospitaliers. Le motif peut être parfois circonscrit par le mot-clé d'appel. Cependant, l'intervenant veillera à éviter une vision « tunnel » en ne se fiant qu'à celui-ci car cela pourrait l'orienter à tort ou de façon incomplète.

La plainte principale peut également être mise en évidence par l'observation du patient dans cette phase d'approche avec par exemple : un non-verbal douloureux, une difficulté respiratoire, une vigilance altérée, etc.

De façon générale et selon la situation, l'intervenant, après s'être présenté, questionne sommairement et rapidement le patient afin qu'il s'exprime sur le motif d'appel. Souvent, il se manifeste par une douleur, un inconfort, un changement dans l'état habituel, un dysfonctionnement d'un système majeur du corps humain ou une observation inhabituelle. Pour être efficace, les questions posées sont simples, ouvertes et limitées avec par exemple :

- « Que vous arrive-t-il ? »
- « Que s'est-il passé ? »
- « Selon vous, quelle est l'origine du problème ? »

Les réponses obtenues sont souvent pertinentes pour identifier le problème principal.

La plainte principale peut également être recherchée dès le premier contact avec l'entourage du patient et cela avant même d'avoir vu le patient. Alors qu'il se dirige vers le patient, l'intervenant profitera de questionner l'entourage avec les mêmes questions citées ci-dessus, sur l'historique évènementiel et sur l'état de la victime. Il est important de garder à l'esprit que le patient peut ne pas être la personne ayant appelé, voire même qu'il ne soit pas en accord avec l'appel.

La plainte principale correspond aux signes et/ou symptômes généraux observés par le patient ou par l'entourage et celle-ci doit être différenciée des observations de l'intervenant. Elle demeure subjective, partielle et partiale et peut induire une mauvaise orientation sur le réel problème de santé. Les exemples d'erreurs sont nombreux au quotidien et les hypothèses ou diagnostics de travail ne seront définis qu'après avoir effectué une évaluation clinique, paraclinique et anamnétique.

3^{ème} regard - Évaluation primaire

L'évaluation primaire est un bilan des systèmes physiologiques assurant la vie à court terme. Elle est basée sur une approche ABCDE qui permet de traiter les perturbations vitales une à une sur le principe de « ce qui tue en premier ». Avec systématique, l'intervenant recherche, identifie, traite et évalue l'efficacité du traitement avant de passer aux prochaines problématiques. Les actions posées sont basées sur des algorithmes BLS ou manœuvres vitales immédiates. Au terme de ce bilan, l'intervenant établit les priorités en lien avec les problématiques et la situation.

Buts de l'évaluation initiale

- Identifier les menaces vitales immédiates ou potentielles
- Mettre en œuvre les mesures immédiates pour maintenir la vie (BLS)
- Déterminer le niveau d'instabilité des fonctions vitales

AVPU	Alert / Verbal / Pain / Unconscious → Capacité protection des voies aériennes supérieures
Airways	<ul style="list-style-type: none"> • Liberté des voies aériennes supérieures
Breathing	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquence • Rythme • Amplitude • Symétrie
Circulation	<ul style="list-style-type: none"> • Pouls : central / périphérique <ul style="list-style-type: none"> - Fréquence - Rythme - Amplitude - Symétrie • Téguments : <ul style="list-style-type: none"> - Coloration - Température - Diaphorèse - Temps de recoloration capillaire • Hémorragies : <ul style="list-style-type: none"> - Recherche et qualification
Déficit neurologique	<ul style="list-style-type: none"> • Pupilles : isocorie / réactivité / taille • Motricité / sensibilité 4 membres • Orientation : espace / temps / personne • Perte de connaissance • Amnésie circonstancielle / antérograde / rétrograde
Exposer / Protéger Établir les priorités	<ul style="list-style-type: none"> • Exposer la zone de la plainte principale • Protéger contre le froid/ le chaud • Établir les priorités

Spécificités de l'évaluation primaire médicale

- AVPU : Maintien de l'axe tête-cou-tronc jusqu'à exclusion d'un contexte traumatique.
- B : En cas de perturbation recherche de signes de gravité en auscultant, exposant, observant les mouvements de la cage thoracique.
- C : En cas d'hémorragie non maîtrisable, privilégier le transport.
- D : En cas de perturbation effectuer score de Glasgow et évaluation FAST (Face-Arm-Speech-Time) / Cincinnati.

Spécificités de l'évaluation primaire traumatique

- AVPU : Effectuer un maintien de l'axe tête-cou-tronc, maîtriser les hémorragies massives.
- B : En cas de perturbation exposer, palper et ausculter à la recherche d'asymétries, déformations, de mouvements ou bruits anormaux, de plaies, etc.
- C : Effectuer un « Quick-check » : exposer et palper le thorax, l'abdomen, le bassin et les fémurs à la recherche d'instabilités et d'hémorragies (Sauf abdomen et bassin si plainte ou évidence d'instabilité).
- D : Rechercher une lésion de la colonne et localiser la zone. Si perturbation effectuer score de Glasgow.
- E : Protéger contre le froid est primordial.

Spécificités de l'évaluation primaire pédiatrique

- Débuter l'évaluation par un TEP (Triangle d'évaluation pédiatrique) avec une première impression visuelle :
 - L'aspect général de l'enfant (conscience, interactivité et tonus).
 - La respiration.
 - L'hémodynamique (coloration des téguments).
- B : En cas de perturbation, exposer et ausculter à la recherche de signes de gravité au niveau du thorax, du cou et du visage.
- C : Chez le nourrisson :
 - Le temps de recoloration capillaire se fait de préférence sur le front.
 - Examiner les fontanelles.
 - Prise de pouls en brachial.
- D : Adapter le score de Glasgow en fonction de l'âge.

Spécificités de l'évaluation primaire obstétricale

- AVPU : Privilégier l'installation de la patiente en tilt gauche.
- B : En cas de perturbation exposer et ausculter à la recherche de signes de gravité. Envisager une assistance ventilatoire dès < 10/min et non < 8/min.
- C : Évaluer les saignements vaginaux.
- E : Examiner la vulve (avec le consentement de la patiente). Gérer l'environnement (en particulier : température, l'intimité, salubrité).
- F : Estimer la hauteur du fond utérin (au-dessus ou au-dessous de l'ombilic).
- G : Gérer les priorités : sur place, transport, renforts.

Stratégie d'intervention

La stratégie de prise en charge va différer d'une situation à l'autre selon la nature des problèmes du patient, des priorités établies en fonction de l'instabilité, du contexte, des moyens disponibles et de plusieurs autres considérations. L'intervenant détermine dans cette phase, avec une vision globale et structurée, les étapes de la prise en charge : les traitements, les moyens, la relève, le transport et le centre adapté pour les soins définitifs.

Buts de la stratégie d'intervention

- Identifier les besoins du patient en termes de soins préhospitaliers et définitifs.
- Etablir avec structure la stratégie de prise en charge en fonction des priorités et de la situation.
- Mettre en œuvre la stratégie : soins, moyens, renforts, transport et centre adapté.

Une stratégie d'intervention peut être également basée sur le concept de situation médicale versus traumatique. Par exemple, un des standards de prise en charge traumatique recommande une stratégie de type « load and go » (charger et partir) lors d'instabilité vitale et un transport rapide vers un centre de soins adapté. Dans cette situation, seuls les soins et moyens apportant un réel bénéfice seront effectués sur place et pendant le transport avec comme principe de limiter au maximum le temps jusqu'à la salle d'opération.

A contrario, sur une situation stable avec par exemple une fracture isolée d'une extrémité, l'intervenant mettra en place une stratégie de type « stay and play » (rester et traiter) avec notamment des soins optimaux de gestion de la douleur, d'immobilisation et de confort.

	Définition	Stratégies
Stable	Patient dont le pronostic vital n'est pas engagé.	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier la problématique - Effectuer les soins nécessaires - Mobiliser les ressources adaptées - Assurer le confort
Instable	<p>Patient nécessitant des mesures constantes pour le maintien des fonctions vitales.</p> <p>Patient dont les fonctions vitales sont maintenues (compensation) mais dont le pronostic vital est engagé à court terme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rétablir, stabiliser et/ou maintenir les fonctions vitales - Initier les traitements - Limiter le temps sur place - Rendre le patient transportable

4^{ème} regard - Évaluation secondaire

L'évaluation secondaire consiste en une évaluation clinique, paraclinique, ainsi qu'une recherche anamnestique auprès du patient et de son entourage (famille, témoins, autres professionnels de la santé, etc.). Une évaluation secondaire circonstanciée se construit efficacement suite à une évaluation systématique et complète des trois regards précédents.

Buts de l'évaluation secondaire

- Recueillir et évaluer les informations afin d'identifier ou de préciser le problème principal, les troubles associés ainsi que les menaces vitales déjà identifiées ou non.
- Quantifier et qualifier les signes vitaux de l'examen secondaire avec approfondissement.
- Recueillir les éléments nécessaires à la transmission.

Les différents points de l'évaluation secondaire doivent s'adapter selon :

- La stabilité du patient et les priorités de prise en charge
- Les problèmes principaux et secondaires mis en évidence
- Les plaintes et l'historique du patient
- La capacité à communiquer, les différences culturelles...
- Le contexte, le lieu, la situation, les moyens, etc.

Évaluation anamnestique

L'anamnèse en préhospitalier est généralement centrée sur les problèmes principaux du patient, identifiés à partir du motif d'appel et de la plainte à l'arrivée. La récolte d'informations dans cette phase s'appuie entre autres sur différents outils mnémotechniques tel que le SAMPLER/OPQRST et le SANP développés ci-dessous.

L'intervenant dans son recueil doit rester dans un premier temps centré sur les besoins primaires afin de mettre en place une stratégie pertinente et des soins appropriés. Toutefois, il est indispensable afin de s'orienter vers les bonnes hypothèses de diagnostic, de questionner de façon large et sans interprétation préalable. Lors de situation stable par exemple, cette anamnèse doit être étendue afin de recueillir le plus d'éléments nécessaires à la transmission. Cette extension peut également offrir l'opportunité de référer le patient auprès de structures appropriées ou encore de faire de l'éducation thérapeutique. Au contraire, sur une situation instable, le recueil se limitera à l'essentiel et sera focalisé sur les problèmes vitaux.

Informations préliminaires

La documentation d'intervention doit contenir les informations permettant d'identifier le patient avec son genre, son âge et les différentes sources du recueil d'informations avec, par exemple, le récit des témoins. Les autres éléments sont secondaires mais sont d'une utilité essentielle pour la suite : état civil, adresse, assurance maladie ou accident, médecin traitant, activité professionnelle, nom de l'employeur, nom du représentant légal, etc.

SAMPLER

S : Signes & symptômes

Ceux-ci sont récoltés tout au long de l'intervention et ont pour but de déterminer les signes perturbés et les symptômes exprimés par le patient. Les symptômes sont les ressentis et la description du problème par ce dernier et se doivent d'être restitués sans interprétation et considération. Les signes sont les observations qualifiables/quantifiables recueillies par l'intervenant avec le questionnement, l'observation, la prise de paramètres, etc.

A : Allergies

A pour but de déterminer si le patient souffre d'allergies ou d'intolérances médicamenteuses. Plus précisément, cette recherche doit permettre de déterminer si un traitement envisagé ne peut être administré en préhospitalier (par exemple : morphinique) ou lors de la prise en charge par le centre receveur et enfin potentiellement pour effectuer un lien avec la situation actuelle. Il est fréquent que les patients confondent allergies, intolérances et effets secondaires et l'intervenant cherchera à les distinguer.

M : Médicaments

La recherche des médicaments pris par le patient a pour but de les lister dans un premier temps. S'il y a lieu, l'intervenant effectue les liens possibles entre la médication, les pathologies, les signes/symptômes et la problématique actuelle. La médication est également une aide pour déterminer ou confirmer les maladies ou antécédents, surtout en l'absence d'informations claires. Il est souvent essentiel de bien les documenter avec leur nom commercial, les dosages, leur schéma de prise, les suivis par le patient et le médecin, etc. Il peut être nécessaire selon la situation d'apporter tous les contenants médicamenteux à l'hôpital avec le patient. Enfin il faut distinguer les médicaments prescrits par un médecin, pris en automédication ou encore sous couvert de médecine alternative.

P : Passé médico-chirurgical

Le questionnement a pour but de déterminer les antécédents et d'effectuer les possibles liens avec la situation et l'état actuel du patient. Les exemples sont quotidiens sur une décompensation d'une pathologie connue. Toutefois, l'intervenant doit être prudent en regard de ces antécédents dans son analyse et ne pas s'enfermer dans une vision « tunnel ». De plus, il faut distinguer les informations importantes du passé médical de celles qui n'ont pas de liens mais sont utiles pour la transmission ou celles qui n'ont aucun intérêt. Cette recherche peut également être dirigée selon les besoins sur le contexte de vie et les antécédents psychologiques/sociaux.

L : Last oral intake (dernière ingestion)

La recherche de l'heure du dernier repas (ou ingestion de liquide/solide) a pour but de déterminer si le patient est à jeun ou pas. En premier lieu, elle renseigne sur les risques de broncho-aspiration en cas d'inconscience, lors d'intubation en urgence ou en salle d'opération. Elle peut également orienter sur les liens possibles avec la perturbation actuelle avec par exemple un diabétique qui s'est peu alimenté, des troubles digestifs avant ou après les repas, une malnutrition, une réaction allergique alimentaire, etc.

E : Événement

La recherche a pour but de déterminer les raisons et l'historique de l'évènement qui a déclenché l'appel des secours. L'intervenant recueille ce que le patient faisait à ce moment, sous quelle forme et comment est apparu le « problème ». Souvent le patient exprime rapidement l'épisode dans la plainte principale ou encore l'évènement est clairement observable (accident). Toutefois, l'intervenant doit questionner davantage afin de parfaire son anamnèse sur l'apparition du trouble.

R : Risk Factors (facteurs de risques)

L'identification de ces facteurs a pour but de les corréliser ou non avec la situation actuelle et de définir la probabilité des pathologies à risque d'être développées. Ces risques sont liés directement ou indirectement au patient, à son sexe, à son âge, à son environnement, à sa culture, à son mode vie, ses liens sociaux, etc. Ces derniers sont nombreux et variés et en voici quelques exemples : obésité, hypercholestérolémie, diabète, hypertension, tabac, alcool, antécédent familiaux, maladie auto-immune, cancer, environnement à risque de chute, isolement social, dépendance dans les activités de la vie quotidienne, etc.

OPQRST

L'OPQRST est un moyen mnémotechnique utilisé pour explorer de manière simple, complète et claire la plainte principale du patient. Il permet à l'intervenant de circonscrire la problématique dans son historique, son origine et sa zone d'effet. Les questions posées doivent être orientées en laissant la possibilité au patient de s'exprimer librement sur ses symptômes.

O : Onset (survenue des symptômes)

Il s'agit de rechercher comment est apparue la perturbation avec l'objectif d'identifier sa rapidité d'apparition et son évolution. Certaines de ces informations pourraient être capitales dans la confirmation de certaines hypothèses de diagnostic.

- Apparue progressivement ou soudainement ?
- Y a-t-il une évolution ou non ?
- L'évolution est-elle lente ou rapide ?
- Y a-t-il diminution ou augmentation de l'intensité du trouble ?

P : Provoqué par (provocation / palliation)

Il s'agit d'établir les facteurs qui pèjorent ou améliorent les symptômes/douleurs (position, prise d'un traitement médicamenteux, etc.)

- Y a-t-il quelque chose qui soulage ou accentue vos symptômes ?
- Est-ce que le fait de changer votre position affecte vos symptômes/douleurs ?
- Avez-vous pris des médicaments pour diminuer vos symptômes/douleurs ? Si oui, ont-ils eu un effet positif ?

Q : Qualité

Il s'agit d'apporter des caractéristiques aux troubles ressentis en les précisant, afin d'orienter les hypothèses de diagnostic. L'intervenant oriente les questions mais il est essentiel de laisser exprimer le patient sur ses perceptions sans les interpréter.

- Pourriez-vous me décrire vos symptômes, vos sensations ?
La perception est-elle :
 - Aiguë ou sourde ?
 - Par intermittence, lancinante ou en continu ?
 - Comme un écrasement, une brûlure, un coup de couteau, des fourmillements, une crampe, un sentiment d'étouffement ?

R : Région / Radiation / Référence / Réurrence

Région/Radiation : Il s'agit de localiser précisément la région des perturbations avec ses irradiations possibles dans une autre zone du corps.

Référence/Réurrence : Il s'agit d'identifier si les troubles/symptômes présents sont reliés à une problématique déjà connue et s'ils reviennent de façon occasionnelle ou régulière. Par exemple sur une douleur :

- Où la douleur se situe-t-elle ?
- Est-ce que la douleur irradie quelque part ? Est-ce que la douleur se déplace ?
- Est-ce la première fois que vous ressentez ces douleurs ?
- Ces douleurs reviennent-elles de façon régulière ? Ce sont toujours les mêmes douleurs ?
- Associez-vous cette douleur à un problème connu ?

S : Sévérité

Il s'agit de quantifier la perception de l'intensité des symptômes afin d'établir des hypothèses et d'adapter une stratégie efficace. Elle s'appuie sur différents outils pouvant apporter une valeur d'intensité au ressenti du patient (de faible à intense). Les exemples sont nombreux avec notamment l'échelle numérique, visuelle ou pédiatrique. Il est important que l'intervenant respecte les propos du patient sans interprétation et jugement. L'évaluation de la sévérité s'adapte à la plupart des symptômes pouvant être exprimés, cependant elle est souvent associée à la douleur.

- Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant l'absence de douleur et 10 étant la pire imaginable, quelle note donneriez-vous à votre douleur ?
- Les douleurs sont-elles supportables ou insupportables ?
- Votre difficulté à respirer, pourriez-vous la noter sur une échelle de 1 à 10... ?
- Les fourmillements que vous ressentez sont-ils plutôt faibles, modérés ou intenses ?

T : Temps

Il s'agit de déterminer l'heure d'apparition des symptômes et le temps écoulé depuis. Encore ici, les informations récoltées pourront avoir un impact sur l'analyse des troubles par l'intervenant, sur la stratégie à appliquer et parfois sur le devenir du patient. Le temps peut être un élément essentiel dans la prise en charge définitive notamment des accidents vasculaires cérébraux et infarctus du myocarde.

- A quelle heure, à quel moment les symptômes sont-ils apparus ?
- Combien de temps s'est écoulé depuis ?
- Combien de temps ont duré ces symptômes ?
- Combien de temps entre les épisodes ?

SANP

SA : Symptômes associés

L'intervenant recherche les symptômes qui pourraient être associés à la plainte principale de façon plus large. Il s'agit d'inclure ou d'exclure certaines pathologies des hypothèses/diagnostics de travail en lien avec la reconnaissance des symptômes. Par exemple, si un patient présente une douleur thoracique, l'intervenant se renseigne s'il présente une difficulté respiratoire, des nausées ou tout autre symptôme permettant de cibler plus précisément un organe.

NP : Négatifs pertinents

L'intervenant recherche l'absence de signes et symptômes associés découlant d'un diagnostic afin de l'exclure de ses hypothèses de travail. Par exemple, l'absence de difficulté respiratoire, de nausée ou de vomissement sera significatif lors de douleur thoracique.

Historique de santé complexe

Une part importante de l'anamnèse est la prise d'informations concernant les antécédents du patient et son état de santé habituel (SAMPLER). Ce moyen est un recueil de base et doit être souvent approfondi. L'intervenant s'appuiera sur ses connaissances et son expérience pour rechercher et préciser les différents éléments de l'anamnèse recueillie. Par exemple sur un historique de santé complexe, les antécédents seront davantage explorés afin d'éclaircir les troubles actuels en lien avec le passé médical du patient. De surcroît, les facteurs de risques cardio-vasculaires devraient être systématiquement investigués.

Historique familial et social

L'historique familial et social peut s'avérer une source d'information non négligeable dans certaines situations. Il peut fournir des indices sur des prédispositions à certaines maladies, un risque familial ou expliquer les craintes formulées par le patient.

Habitudes personnelles

Dans certaines situations, l'intervenant prendra le temps de rechercher les habitudes personnelles du patient. Celles-ci peuvent orienter sur le mode de vie ou facteurs de risques associés à la problématique actuelle. Il peut s'agir par exemple de tabagisme, de consommation d'alcool, de drogue, du suivi d'un régime particulier, de manque de sommeil chronique, de manque d'exercice, d'un isolement social, de pauvreté, des croyances religieuses, d'une sexualité à risque, etc.

Facteurs environnementaux

Tout comme les habitudes personnelles, certains facteurs environnementaux dans lesquels le patient évolue au quotidien peuvent être à risque et sources d'indices :

- Le domicile : l'état de propreté, la présence d'animaux, la température, le lieu du domicile (quartier pauvre ou criminalité importante), etc.
- L'activité professionnelle : exposition à la chaleur ou au froid, exposition à des toxiques industriels, symptômes similaires chez des collègues, etc.
- Voyage récent : exposition à des maladies contagieuses, résidence dans des pays tropicaux, accès difficile à l'eau potable, toutes autres sources d'infection, etc.
- Antécédents militaires : exposition à des armes NRBC, fuite d'un pays en guerre, etc.

Évaluation clinique - Qualification des signes vitaux et examen physique

Qualification des signes vitaux

La qualification des signes vitaux permet d'évaluer la qualité de l'état respiratoire et circulatoire du patient. Elle est effectuée par l'observation et le toucher. Aucune prise de paramètres n'est effectuée à l'aide d'appareils à cette étape de l'évaluation. Elle est de l'appréciation de l'intervenant. Elle consiste dans un premier temps à apprécier la fonction respiratoire qui sera évaluée par une inspection visuelle consistant à observer la présence d'utilisation des muscles accessoires, ainsi que sa qualité, son amplitude et sa régularité. Une respiration superficielle et laborieuse est un indice d'atteinte respiratoire. L'état circulatoire sera apprécié par la prise du pouls et le toucher de la peau. Une bonne ondulation du pouls au niveau brachial est un indicateur d'une pression artérielle suffisante, tandis qu'une peau sèche et tempérée démontre une bonne perfusion périphérique. L'état circulatoire est effectué en parallèle de l'examen physique. Il sera évalué à plusieurs reprises pour différentes parties du corps se situant de la tête jusqu'aux pieds. Notez bien que l'appréciation des signes vitaux est en partie réalisée dès le 2^e regard et le 3^e regard du processus d'évaluation. La qualification des signes vitaux en 4^e regard permet d'affiner

l'évaluation en prenant plus de temps et en impliquant d'avantages le ressentit de l'intervenant.

Examen physique

L'examen physique consiste à rechercher des lésions cachées ou des causes qui n'ont pas pu être identifiées lors de l'évaluation primaire. L'examen complète aussi l'anamnèse permettant l'inclusion ou l'exclusion de diagnostics et servant également à affiner la stratégie. L'évaluation est réalisée de manière séquentielle, débutant par la tête et se terminant par le bout des orteils. Tout au long de l'évaluation, vous devez vous assurer que les fonctions de l'organisme (respiratoire, cardiovasculaire, neurologique, etc.) soient aussi évaluées.

Le temps et l'endroit consacrés à cette évaluation doivent être en adéquation avec le contexte et l'instabilité du patient. Pour ce faire, il existe deux types d'examen physiques ; L'examen physique complet et l'examen physique focalisé.

Examen physique complet (tête aux pieds)

L'examen physique complet est une évaluation systématique de l'ensemble du corps, débutant à la tête et se terminant par les pieds. Elle est destinée pour tous patients soumis à un mécanisme lésionnel traumatique, une personne inconsciente ou dans un état instable. Selon la gravité, il est possible de réaliser l'examen durant le transport. Si une lésion du rachis est suspectée ou que le patient répond aux critères d'immobilisation, l'axe tête-tronc doit être maintenu durant l'examen.

Examen physique focalisé ou dirigé (ciblé sur le problème principal)

L'examen physique focalisé est destiné au patient conscient présentant une pathologie médicale et qui n'a pas été victime de mécanisme lésionnel significatif. L'examen se base sur la plainte principale et/ou la présentation cardinale. Par exemple, lors de douleur en colique au ventre, l'attention de l'évaluation physique sera focalisée sur l'abdomen et le dos. Statistiquement, les plaintes les plus fréquentes concernent la tête, le cœur, les poumons et l'abdomen.

L'état du patient dicte le temps et la minutie accordés à l'évaluation, mais est aussi régulé par le champ de compétences des intervenants ainsi que les outils à disposition (p.ex. : marteaux réflexe, otoscope, etc.). Comme outils, l'intervenant utilisera ses sens (le toucher, la vision, l'odorat et l'ouïe) et un stéthoscope afin de procéder à l'examen clinique. Par ses sens, l'intervenant procédera à une inspection visuelle, une auscultation, une palpation et une éventuelle percussion. L'intervenant se doit d'être rassurant en expliquant les gestes à effectuer tout en garantissant l'intimité du patient.

- **L'inspection** est une évaluation visuelle à la recherche d'anomalies. Même si elle est inscrite dans l'évaluation secondaire, l'inspection débute déjà dans les premières phases du processus d'évaluation. Elle permet d'évaluer la gravité du patient et de relever également des éléments pertinents comme l'habillement, l'hygiène ou la posture qui pourront être complémentaires à l'anamnèse. L'inspection doit permettre d'identifier les blessures importantes et d'affiner les diagnostics. Elle permet également de prendre des

Principes d'évaluation du patient

mesures complémentaires de sécurité lors d'observation d'éléments de contagion comme des éruptions cutanées ou zones purulentes.

- **L'auscultation** est l'évaluation des bruits de l'organisme à l'aide d'un stéthoscope. Les poumons, les artères, le cœur et l'abdomen sont les régions anatomiques propices à une auscultation. L'auscultation pulmonaire est un outil rapidement mis en place pour exclure des menaces vitales comme le pneumothorax et qui permet d'affiner les diagnostics lors de détresse respiratoire. L'écoute des bruits intestinaux permet d'exprimer la fonction de la motilité intestinale afin d'identifier une occlusion intestinale en l'absence de bruits. Les personnes compétentes en auscultation cardiaque pourront identifier des anomalies valvulaires ou repérer un souffle carotidien. Le bruit du flux sanguin lors de la prise de la tension artérielle requiert également l'auscultation de l'artère brachiale.
- **La palpation** consiste à toucher physiquement une ou des régions du corps permettant de rechercher des anomalies ou rechercher des informations. Il est important de rappeler que cette technique d'examen demande l'accord du patient si le contexte le permet et elle doit être respectueuse de l'intimité du patient. La palpation permet d'identifier des instabilités osseuses et repérer des menaces vitales comme une hémorragie abdominale. La palpation des différents quadrants abdominaux permet d'orienter les diagnostics différentiels de la douleur abdominale. Il est très important de débiter la palpation par les régions éloignées de la douleur pour terminer sur la zone douloureuse. Cette technique donne à l'intervenant la possibilité de qualifier la température, la texture de la peau et les mouvements altérés du corps.
- **La percussion** qui est rarement utilisée en milieu préhospitalier, consiste à percuter doucement les régions du corps contenant une cavité. Les ondes sonores provoquées par la percussion varient en fonction de la densité du tissu traversé. Elle est utile lors de l'exploration abdominale car elle permet de suspecter une présence de liquide important lors d'une matité ; au contraire un son tympanique suggèrera la présence d'air.

Le tableau ci-dessous propose une liste (non exhaustive) des éléments à rechercher en utilisant une systématique (tête aux pieds) d'évaluation. Les éléments à rechercher sont classifiés en deux catégories :

- Les éléments de base qui sont à rechercher d'emblée
- Les éléments complémentaires qui permettent d'affiner des diagnostics différentiels destinés à un examen focalisé ou dirigé et selon les compétences et connaissances de chaque intervenant.

Principes d'évaluation du patient

Régions anatomiques	Éléments de base	Éléments complémentaires
Visage / face	<ul style="list-style-type: none"> - Tuméfactions - Lacérations - Contusions - Déformation - Instabilité - Asymétrie - Brûlures 	<ul style="list-style-type: none"> - Emphysème sous-cutané - Liquides
Yeux	<ul style="list-style-type: none"> - Corps étrangers - Pupilles : taille / réactivité / isocorie 	<ul style="list-style-type: none"> - Sclères - Hyphéma - Enophtalmie - Exophtalmie - Lentilles de contact - Paupières et pourtour de l'œil - Trouble visuel (flou, diplopie, etc.) - Écoulement
Nez	<ul style="list-style-type: none"> - Écoulement de sang - Déviation cloison nasale - Battements des ailes du nez 	<ul style="list-style-type: none"> - Mucus
Oreilles	<ul style="list-style-type: none"> - Écoulements de LCR - Écoulement de sang - Ecchymose 	<ul style="list-style-type: none"> - Signe de Battle
Bouche / gorge	<ul style="list-style-type: none"> - Hémorragies - Muqueuses - Œdème - Ptose - Cyanose - Morsure de langue - Corps étrangers - Haleine - Brûlures - Prothèses dentaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Dentition gâtée - Dents branlantes - Déviation luette - Suie
Cou / nuque	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilité - Douleur - Utilisation muscles accessoires - Déviation de la trachée - Distension des jugulaires - Emphysème sous-cutané - Ecchymose - Plaies / Lacérations - Brûlures 	<ul style="list-style-type: none"> - Ganglions - Souffle carotidien - Signe de Brudzinsky

Principes d'évaluation du patient

Thorax	<ul style="list-style-type: none"> - Ecchymose - Tuméfaction - Asymétrie ventilatoire - Volet thoracique - Utilisation muscles accessoires - Dispositifs médicaux (pace maker, cathéters, patch médicamenteux) - Cicatrices - Brûlures - Plaie pénétrante - Plaie soufflante 	<ul style="list-style-type: none"> - Forme du thorax - Bruits cardiaques - Craquements de Hamann - Emphysème sous-cutané
Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> - Ecchymoses - Lacérations - Distension - Détente - Défense - Éviscérations - Traces d'injections - Ventre de bois - Dispositifs médicaux (pompe à insuline, stomie, etc.) - Cicatrices - Brûlures 	<ul style="list-style-type: none"> - Hauteur utérine - Signe de Murphy - Signe de McBurney - Signe de Rovsing - Masses pulsatiles - Pouls fémoraux - Hernie - Ascite - Balance thoraco abdominale
Bassin	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilité - Hématome - Crépitement osseux 	
Dos/colonne	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilité - Douleur - Déformation - Ecchymose - Perforation - Plaie soufflante - Asymétrie ventilatoire - Volet thoracique - Cicatrices - Brûlures 	<ul style="list-style-type: none"> - Emphysème sous-cutané - Courbure rachidienne
Organes génitaux / Anus	<ul style="list-style-type: none"> - Perte d'urine - Perte sanguine - Écoulement - Masse - Sonde urinaire - Incontinence 	<ul style="list-style-type: none"> - Inflammation - Éruptions - Liquide amniotique - Apparition de la tête, d'un membre ou cordon du fœtus

Principes d'évaluation du patient

Extrémités	<ul style="list-style-type: none"> - Crépitements osseux - Inflammation - Asymétrie - Lacérations - Ecchymoses - Déformations - Œdèmes - Traces d'Injections - Bracelets médicaux - Fonctions motrices et sensibles - Pouls distaux - Paresthésie - Cicatrices - Brûlures 	<ul style="list-style-type: none"> - Amplitude articulaire - Rougeur - Chaleur accrue - Atrophie - Ganglions - Dilatation veineuse - Ataxie - Signe de Babinski - Pouls paradoxaux - Pression différentielle - Fistule
Peau / ongles / cheveux	<ul style="list-style-type: none"> - Cicatrices - Couleur - Chaleur - Humidité (sèche, diaphorétique, pli cutané) - Tuméfactions, lésions - Brûlures - Trace d'injection - Cicatrices 	<ul style="list-style-type: none"> - Plaies d'escarres - Perte ou croissance anormale de cheveux - Stries, couleur et épaisseurs des ongles - Pétéchies - Purpura - Zone de décoloration - Ictère

Évaluation paraclinique - Quantification des signes vitaux

L'évaluation paraclinique est la mesure quantifiable des signes vitaux. Elle sert à identifier et à focaliser sur les perturbations. De plus, elle complète le recueil d'informations en se liant aux hypothèses crédibles.

La quantification des signes vitaux inclut la fréquence de la respiration et du pouls ainsi que la tension artérielle, la température corporelle et d'autres éléments mesurables. Ces paramètres doivent être évalués régulièrement durant la prise en charge. Même si initialement le patient ne présente pas de menaces vitales, il peut se péjorer. Les signes vitaux peuvent être évalués en parallèle de l'examen physique, selon le nombre d'intervenants composant l'équipage et les priorités d'intervention.

D'autres paramètres peuvent être quantifiés à l'aide d'instruments spécifiques permettant d'assister l'intervenant dans l'affinage des diagnostics et l'aide à la surveillance du patient. Voici ci-dessous une liste non exhaustive :

- Oxymétrie du pouls
- Glycémie capillaire
- Échelle de cotation des accidents vasculaires cérébraux (Cincinnati, Los Angeles, etc.)
- Électrocardiogramme
- Capnographie
- Temps de recoloration capillaire
- Etc.

Surveillance continue et orientation

Déterminer le centre et/ou les ressources adaptées

Il est de la responsabilité des intervenants préhospitaliers de déterminer le centre et/ou les ressources adaptées pour prendre en charge le patient de manière performante dans une optique d'économicité des ressources. Un transport systématique du patient vers un centre d'urgence hospitalier implique une surcharge de celui-ci. D'autres structures de soins peuvent être sollicitées pour prendre en charge de manière plus appropriée le patient. Il peut s'agir par exemple du médecin traitant, du médecin de garde, des permanences médicales, des équipes d'urgences sociales, des services de soins à domicile, etc.

Cette prise de décision sur l'orientation s'appuie sur différents paramètres mais doit principalement répondre aux besoins du patient. Les différents scénarios de situations, de régions, de moyens disponibles sont à considérer vivement. La Suisse a mis en place une politique de santé publique visant à concentrer les interventions complexes dans des centres de Médecine Hautement Spécialisée (MHS). Par exemple, un patient polytraumatisé instable sera dirigé vers un centre reconnu en traumatologie tandis qu'un patient avec un traumatisme mineur pourrait être laissé sur place après un contact téléphonique avec le médecin traitant. Enfin, la décision repose également sur des directives explicites/implicites, des consignes de service, d'ordres médicaux et de directives hospitalières, tel qu'un algorithme régional impliquant un transport direct dans le centre universitaire du canton voisin lors d'AVC probable.

Pour diriger le patient dans le bon centre ou vers la bonne ressource, l'intervenant doit toutes les connaître dans sa région et de rafraîchir son inventaire régulièrement.

Évaluation continue du patient, de la stratégie et du traitement

L'intervenant garantit une surveillance continue du patient et de ses signes vitaux tout au long de l'intervention. Il identifie tout changement et porte un regard particulier sur les constantes perturbées en adéquation avec l'évolution attendue. Il modifie sa stratégie et adapte les traitements suite aux changements d'état (aggravation ou amélioration) ou d'apport de nouvelles informations.

Assurer la continuité des soins

Que ce soit pour un transfert inter-hospitalier ou une remise aux urgences, les différents partenaires se doivent d'assurer la continuité dans les soins en lien avec les besoins du patient. Avec l'objectif commun de soins définitifs, l'intervenant s'assure de recueillir toutes les informations nécessaires et de les transmettre adéquatement à la personne qui prend la responsabilité du patient. Celui qui prend la relève doit disposer de suffisamment de renseignements sur le patient : ses soins, son traitement, sa condition actuelle et les changements récents, pour pouvoir appliquer au mieux ses compétences professionnelles. La rupture des soins peut entraîner des conséquences économiques, sociales, médicales, de temps, des séquelles et même potentiellement le décès du patient.

Transmissions

Les transmissions sont des transferts interactifs d'informations relatives à un ou plusieurs patients d'un professionnel à un autre. Elles ont également comme objectif la remise

Principes d'évaluation du patient

(temporaire ou définitive) ou le partage de la responsabilité médico-légale d'un patient et/ou d'une situation pour en assurer la continuité des soins en toute sécurité. Enfin la transmission peut être utilisée pour demander l'avis d'un spécialiste (médicaux/partenaires) afin d'orienter la prise en charge de façon plus spécifique.

Nombreuses sont les études qui ont démontré l'importance de la qualité des transmissions sur la survie, les séquelles et la diminution des risques d'erreurs. Une commission (États-Unis d'Amérique) considère que les défaillances de communication figurent parmi les facteurs contributifs de plus de 70 % des incidents survenus¹. De surcroît, la qualité de la communication durant les transmissions fait partie des 5 challenges prioritaires en termes de sécurité patient définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)².

Pour être efficaces, les transmissions doivent se baser sur un langage commun, compréhensible et permettant d'élaborer une représentation complète et partagée d'une situation et de ce qui a été entrepris. Les qualités d'une bonne transmission sont nombreuses : complètes, synthétiques, courtes, précises, objectives, structurées et mettant en évidence :

- Qui est en charge du patient et qui est le patient
- Quels sont les problèmes et comment sont-ils survenus
- Quels sont les observations et les résultats de l'évaluation
- Quel est le passé médical du patient
- Quels traitements ont été initiés
- Quels sont leurs résultats

Buts des transmissions

- Remettre ou reprendre la responsabilité de prise en charge d'un patient ou d'un collectif de patients
- Élaborer une représentation partagée et commune de la situation

Il est essentiel que les partenaires se comprennent et retrouvent les informations pour une continuité adéquate. Afin de limiter les erreurs possibles, les intervenants privilégieront une communication tenant compte des biais (illusion de savoir, représentativité, conservatisme, ancrage mental, disponibilité, stéréotypes ou influence des pairs) et le récepteur devra reformuler les éléments compris durant la transmission.

ISOBAR/ I-PASS/ SACPACT

Il existe une multitude d'outils mnémotechniques à la transmission (préhospitalier vs hospitalier) qui reprennent généralement les mêmes items avec une structure semblable. Depuis de nombreuses années, les acteurs du préhospitalier romand utilisent le SACPACT enseigné dans les écoles. Toutefois, il s'agit d'un outil uniquement documenté en Suisse romande, qui présente quelques problèmes structuraux et qui n'a jamais fait état d'études

¹ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel Event Alert. Oak. Brook Ill: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2004 n°30.

² World Health Organization. (2013, décembre). The High 5s Project - Interim Report. Consulté à l'adresse http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/High5_InterimReport.pdf

Principes d'évaluation du patient

comparativement aux autres outils. L'ISOBAR et l'I-PASS sont des outils largement répandus, référencés et qui ont démontré une diminution du nombre d'incidents. De surcroît, ces outils sont en passe de devenir la norme dans les hôpitaux de Suisse romande. Les items du SACPACT se retrouvent dans l'ensemble des autres outils.

ISOBAR

Cette mnémotechnique est une aide structurée afin de transmettre les éléments pertinents d'une situation lors d'une collaboration entre intervenants dans un contexte d'intervention interdisciplinaire (p.ex. : médicalisation, services du feu, de police, etc.)

	Items	Exemples (collaboration avec un médecin)
I	Identification : Intervenant, Nom et âge du patient Instabilité : Niveau de stabilité	Bonjour, je suis Eva, ambulancière Je vous présente M. Bolomey, 66 ans, instable
S	Situation : Problème principal motivant l'appel et la survenue du problème (OPQRST)	Présente depuis 6h ce matin un état fébrile avec des troubles de la vigilance
O	Observations : Éléments cliniques et paracliniques pertinents	Tachypnée à 32/min, râles crépitants, saturation à 92% sous O ₂ , tachycarde à 110/min et TA à 140/70, un état fébrile à 39,7°C. Glasgow à 10 (2/3/5), glycémie capillaire à 6.5 mmol/l
B	Background (Contexte/Antécédents) : Éléments significatifs du SAMPLER	Il est connu pour une bronchite asthmatique chronique et un tabagisme actif. Il présente depuis 3 jours une toux productive en aggravation. Depuis ce matin, il est fébrile et faible avec une dyspnée en augmentation. Il prend au besoin du Ventolin. Le traitement mis en place est : O ₂ 2 l/min aux lunettes, VVP, paracétamol 1 gr IV en 10/min il y a 15/min
A	Appréciation (assessment) : Évaluation et problèmes identifiés, hypothèses diagnostiques, motifs de préoccupation et traitements	Je suspecte un état infectieux d'origine pulmonaire
R	Requête : Exposition des besoins Recommandation et propositions Récapitulation des informations par le receveur	J'aurais besoin de second avis sur la situation et d'une aide décisionnelle sur la mise en place d'une CPAP ainsi que la structure hospitalière où l'orienter Compris. Il s'agit de M. Bolomey, 66 ans

I-PASS

Cette mnémotechnique est utilisée essentiellement pour la transmission du patient dans une structure hospitalière, tel un service d'urgence par exemple.

	Items	Exemples
I	<p>Identification : Intervenant, Nom et âge du patient</p> <p>Instabilité : Niveau de stabilité</p>	Bonjour, je suis Eva, ambulancière. Il s'agit d'une situation instable pour M. Bolomey, 71 ans
P	<p>Problème principal : Problème principal motivant l'appel et la survenue du problème (OPQRST)</p>	Il présente une hémiplégié D avec aphasie depuis 2h de temps associé à un épisode de convulsions d'une durée de 2 minutes
A	<p>Aperçu des constantes : Éléments paracliniques pertinents</p> <p>Antécédents : Éléments significatifs du passé médical et traitements</p> <p>Actions : Traitements effectués et leurs résultats</p>	<p>Tachypnée à 26/min, saturation à 97% sous O₂, tachycarde à 110/min et hypertension à 190/110 mmHg. Glasgow à 12 (3/4/5), glycémie à 5.5 mmol/l</p> <p>Connu pour cardiomyopathie depuis 2012 et hyper-cholestérolémie. Il est traité par Aspirine Cardio et Atorvastatin.</p> <p>Il a reçu 1 mg de Rivotril en IV pour traiter les convulsions pour lequel il a bien réagi</p>
S	<p>Sécurité : Éléments significatifs de sécurité concernant le patient</p>	Un élément de sécurité important : il est allergique aux produits de contraste pour le scanner
S	<p>Synthèse : Quittance de transmission par le receveur</p>	Merci. Vous nous amenez Monsieur Bolomey, 71 ans, qui est instable,

Élaboration du document et membres GT évaluation du patient :

- Fournier Samuel, Ambulancier, Enseignant, Ecole supérieure d'ambulancier et soins d'urgence romande (ES ASUR), Le Mont-sur-Lausanne
- Ducas François, Ambulancier, Enseignant, Ecole supérieure de soins ambulanciers (ESAMB), Genève
- Gauthier Dominick, Ambulancier, Enseignant, Ecole supérieure d'ambulancier et soins d'urgence romande (ES ASUR), Le Mont-sur-Lausanne

Références :

- Advanced Life Support Group, M. (GB). (2002). Pre-hospital paediatric life support. London (GB): BMJ Books.
- Aehlert, B., & Chéron, G. (2007). Manuel de soins en urgence pédiatrique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Audetat Voirol, M.-C., Rieder, A. R., & Sommer, J. M. (2017). Comment enseigner le raisonnement clinique: un fascinant travail de détective... Revue Médicale Suisse, 981–985.
- Bledsoe, B. E., Porter, R. S., & Cherry, R. A. (2013). Paramedic care: principles & practice. Boston: Pearson.
- Campbell, J. E. (2008). International Trauma Life Support. Upper Saddle River: Pearson/Prentice Hall.
- Côté, S., & St-Cyr Tribble, D. (2012). Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept. Recherche en soins infirmiers, 111(4), 13. <https://doi.org/10.3917/rsi.111.0013>
- Elling, B., & Elling, K. M. (2003). Principles of patient assessment in EMS. Australia; Clifton Park, N.Y.: Thomson/Delmar Learning.
- Federazione Cantonale Ticinese Servizi Autoambulanze (FCTSA). (n.d.). Atti Medico Delegati dell'emergenza preospedaliera. Retrieved June 27, 2017, from <http://www.fctsa.ch/fileUpload/downloads/43/intro%202016%20lamia%20app%20vert%20v2.pdf>
- Fédération des Hôpitaux Vaudois. (s. d.-a). Les Transmissions. Consulté 17 mai 2018, à l'adresse https://www.fhv.ch/jcms/fhv_11054/les-transmissions
- Fédération des Hôpitaux Vaudois. (s. d.-b). SCAR. Consulté 17 mai 2018, à l'adresse https://www.fhv.ch/jcms/fhv_6743/scar
- Haute Autorité de Santé. (2014, octobre). SAED - Un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. Haute Autorité de santé Service Communication – information. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf
- Institute for Healthcare Improvement. (2017). SBAR Technique for Communication. Institute for Healthcare Improvement.
- McSwain, N. E., Salomone, J. P., Pons, P. T., Wick, P., Goulesque, B., Trabold, F., ... American College of Surgeons. (2012). PHTLS: secours et soins préhospitaliers aux traumatisés. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson.

Principes d'évaluation du patient

- National Association of Emergency Medical Technicians (U.S.), Hssain, I., Bellou, A., Aufranc, M. N., & Comités francophones de l'AMLS. (2013). AMLS: prise en charge des urgences médicales. Retrieved from <http://site.ebrary.com/id/10890473>
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). (2015, August). Fiche Info : Concentration de la médecine hautement spécialisée.
- Pilbery, R., & Lethbridge, K. (2016). Ambulance care practice. Bridgwater: Class Professional Publishing.
- Pre-Hospital Emergency Care Council. (2009). Clinical practice guidelines: practitioner : paramedic. Naas: Pre-Hospital Emergency Care Council.
- Psiuk, T. (2012). L'apprentissage du raisonnement clinique: concepts fondamentaux, contexte et processus d'apprentissage. Bruxelles: De Boeck.
- Samuels, M., & Wieteska, S. (Eds.). (2016). Advanced paediatric life support: a practical approach (Sixth edition). Chichester, West Sussex, UK ; Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Ltd.
- Sanders, M. J., Lewis, L. M., Quick, G., & McKenna, K. (2012). Mosby's paramedic textbook (4th ed). St. Louis, Mo: Elsevier/Mosby Jems.
- Schaller, P., & Gaspoz, J. M. (2008). Continuité, coordination. *Rev Med Suisse*, 4, 2034–9.
- Starmer, Amy J., Spector, N. D., Srivastava, R., West, D. C., Rosenbluth, G., Allen, A. D., ... Landrigan, C. P. (2014). Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program. *New England Journal of Medicine*, 371(19), 1803-1812. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1405556>
- Starmer, A. J., Spector, N. D., Srivastava, R., Allen, A. D., Landrigan, C. P., Sectish, T. C., & the I-PASS Study Group. (2012). I-PASS, a Mnemonic to Standardize Verbal Handoffs. *PEDIATRICS*, 129(2), 201-204. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2966>
- Woollard, M., & Advanced Life Support Group (Manchester, England) (Eds.). (2010). Pre-hospital obstetric emergency training: the practical approach. Chichester, UK ; Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell/BMJ.

Annexe 1 : Processus général d'intervention et d'évaluation du patient

