



SUPPORT DE FORMATION



Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence  
**Niveaux 1 et 2 - J3**

## FORMATION

### Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence Niveaux 1 et 2 - J3

#### DURÉE

**7 heures**

#### MAINTIEN ET ACTUALISATION DES COMPÉTENCES

**Tous les 4 ans**

# PROGRAMME

## 1 La prise en charge des urgences absolues

Arrêt cardiaque, les soins spécialisés

## 2 Risque collectif, habillage/déshabillage

## 3 Urgences potentielles

L'accouchement inopiné

Prise en charge d'un blessé

Malaises et autres situations d'urgences

Urgences cardio-vasculaires

Urgences neuro-vasculaires

# **MISES EN SITUATION À VOUS DE JOUER...**

# URGENCES ABSOLUES ARRÊT CARDIAQUE, LES SOINS SPÉCIALISÉS

## LA CHAÎNE DE SURVIE



Reconnaissance  
et activation  
du système  
d'intervention  
d'urgence



Réanimation  
Cardio  
Respiratoire  
immédiate de  
haute qualité



Défibrillation  
rapide



Services  
médicaux  
d'urgence  
avancés et  
de base



Soins avancés  
d'urgence  
et soins  
post-arrêt

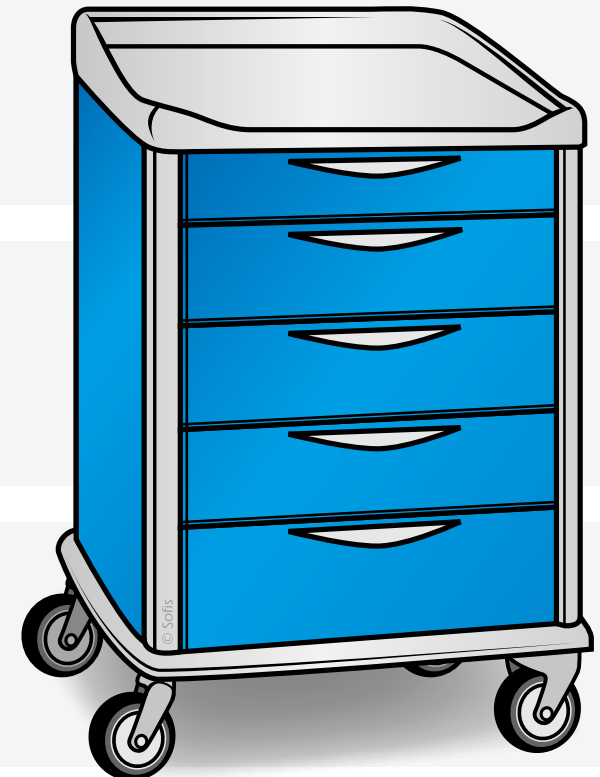
# LE CHARIOT D'URGENCE

Où se trouve t'il ?

De quoi est il composé ?

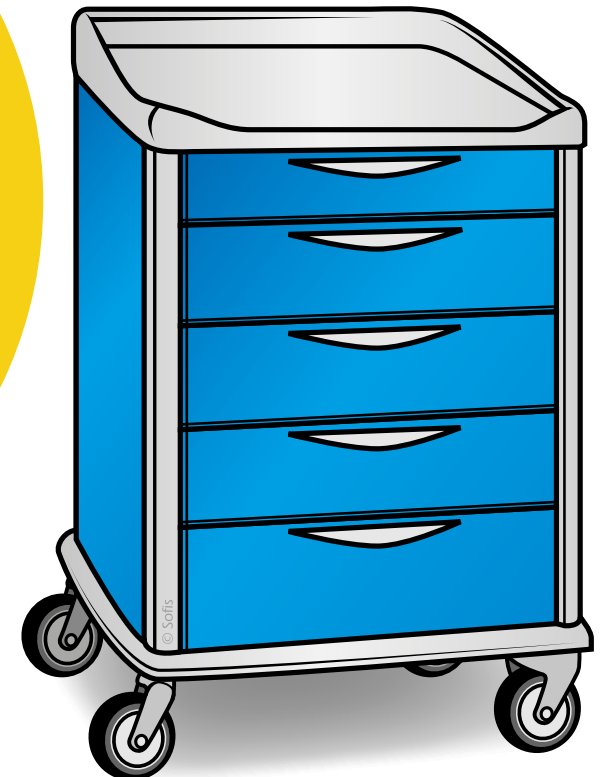
Qui le vérifie ?

Quand ?



# LE CHARIOT D'URGENCE

Pas de  
règlementation  
officielle mais des  
**recommandations SFAR**  
(Société Française  
d'Anesthésie et de  
Réanimation)





## LE CHARIOT D'URGENCE

### RECOMMANDATIONS

Un modèle unique

Dans un lieu unique connu de tous et accessible à tout moment

Autant de chariots que nécessaire (contraintes de lieux)

Même dotation minimale sur tous

Fermé par un scellé autocassable...



## LE CHARIOT D'URGENCE

### RECOMMANDATIONS

Entretenu et vérifié régulièrement, au moins une fois par mois  
(au moins 1 IDE pour les médicaments)

Vérification complète après utilisation

Liste de contrôle jointe

Procédure de vérification déterminée (maintenance, péremption) et tracée

Vérification journalière du DSA et du matériel non scellé



# LE CHARIOT D'URGENCE

## RECOMMANDATIONS

Formation du  
**nouveau personnel** au  
chariot d'urgence

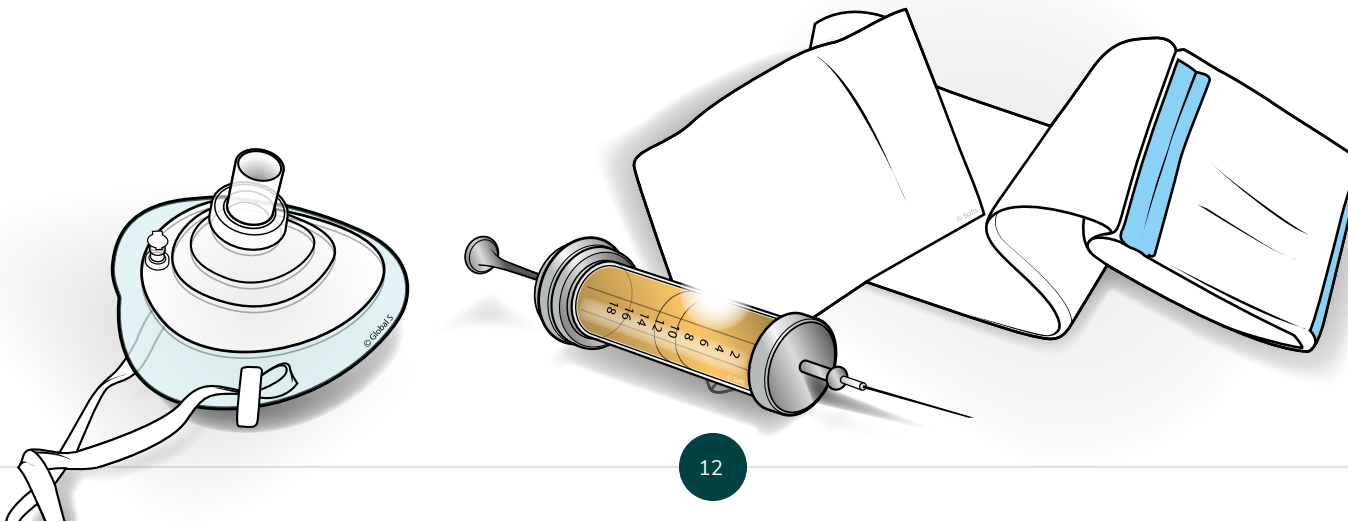
**Modification**  
**du contenu** sous la  
responsabilité du  
médecin responsable

# LE CHARIOT D'URGENCE

## Dotation **minimale**

Défibrillateur Semi-Automatique (DSA), si possible débrayable en mode manuel

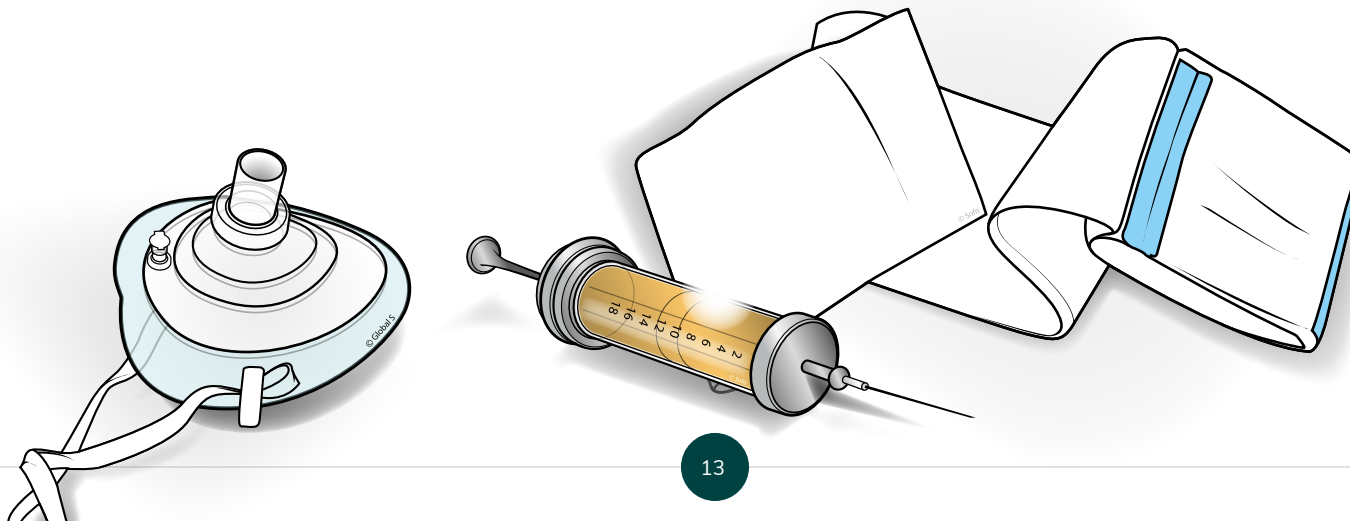
Bouteille d'oxygène à manodétendeur intégré, vérifiée et prête à l'emploi



# LE CHARIOT D'URGENCE

## Dotation **minimale**

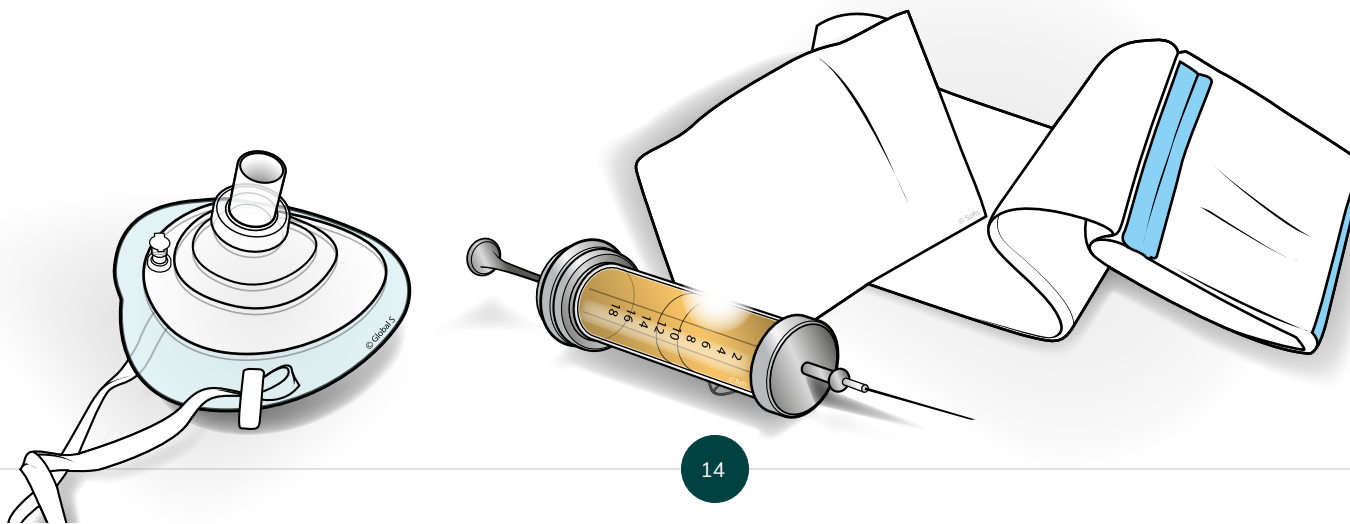
**Médicaments** : Adrénaline, dérivés nitrés (injectable et spray), atropine, lidocaïne, amiodarone, furosémide, soluté glucosé à 30 % , benzodiazépine injectable, bêta2-adrénergiques (spray et solution pour aérosol), solutés de perfusion conditionnés en poche souple (NaCl / Ringer Lactate)



# LE CHARIOT D'URGENCE

## Dotation **minimale**

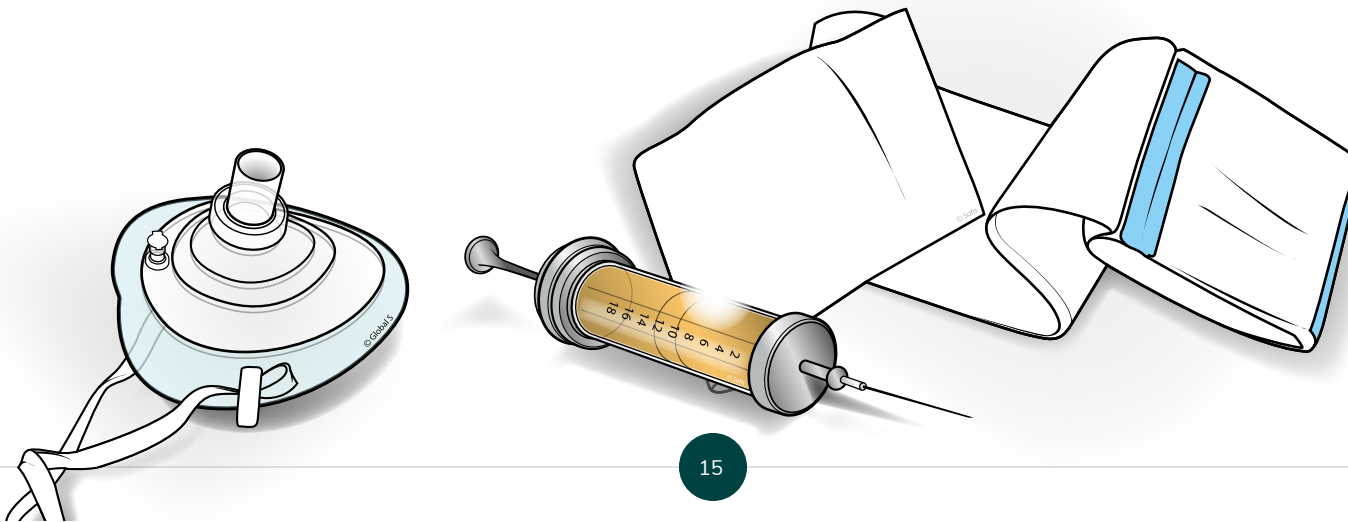
**Matériel de ventilation** : Canules de Guedel n° 2 et 3, masques faciaux n° 3 à 6, ballon autoremplisseur à valve unidirectionnelle et filtre antibactérien, masques pour aérosol, sondes à oxygène, tuyaux de connexion, masques à haute concentration



# LE CHARIOT D'URGENCE

## Dotation **minimale**

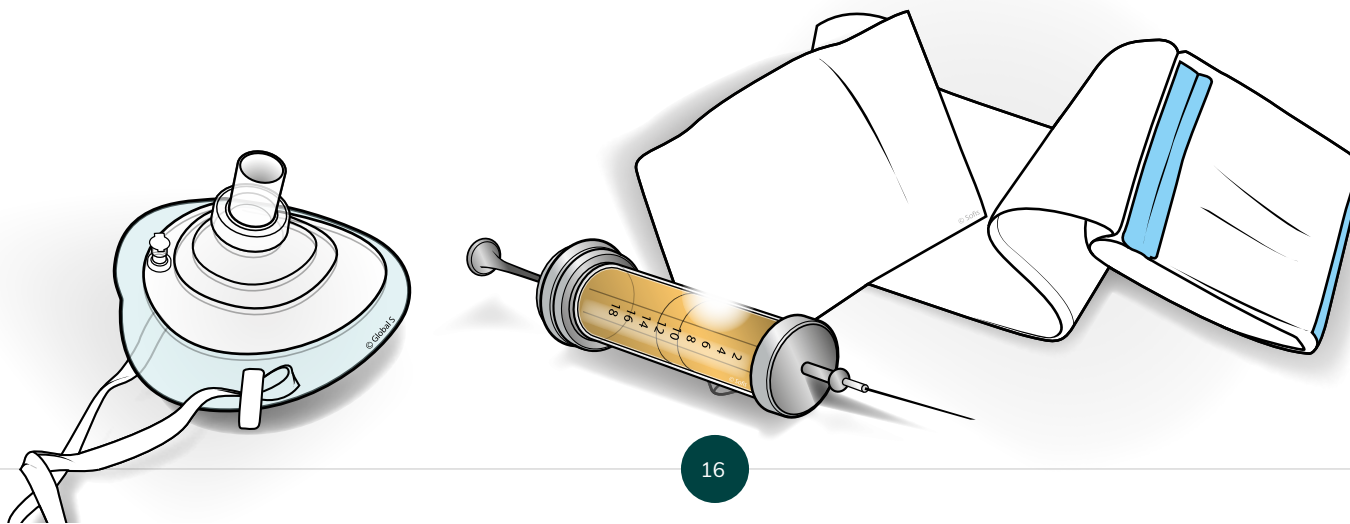
**Matériel pour accès veineux et injections** : Seringues de 5 et de 10 ml, jeu d'aiguilles, cathéters courts 14-16-18-20-22 G, perfuseurs avec robinets à 3 voies, compresses stériles, solution antiseptique, garrot, champs adhésifs transparents, adhésif de fixation, gants non stériles, container à aiguilles, lunettes de protection, solution hydre-alcoolique



# LE CHARIOT D'URGENCE

## Dotation **minimale**

**Matériel d'aspiration** : Système d'aspiration vérifié et prêt à l'emploi, sondes d'aspiration trachéo-b, sonde nasogastrique, seringue de Guyon (50 ml à embout conique), sac à urine non stérile, raccords biconiques

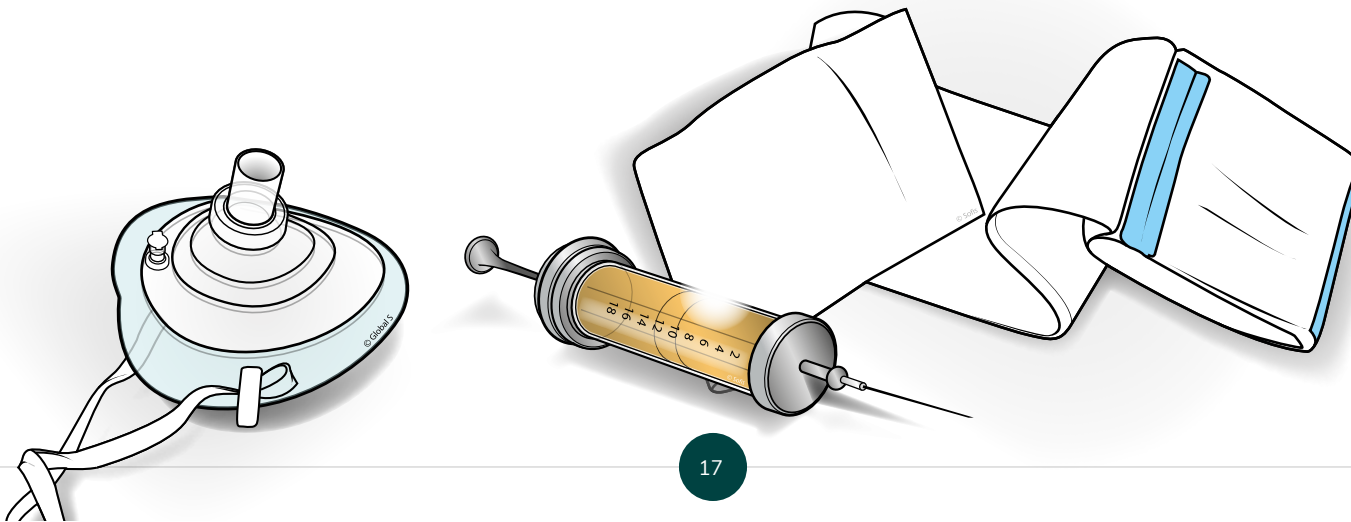




# LE CHARIOT D'URGENCE

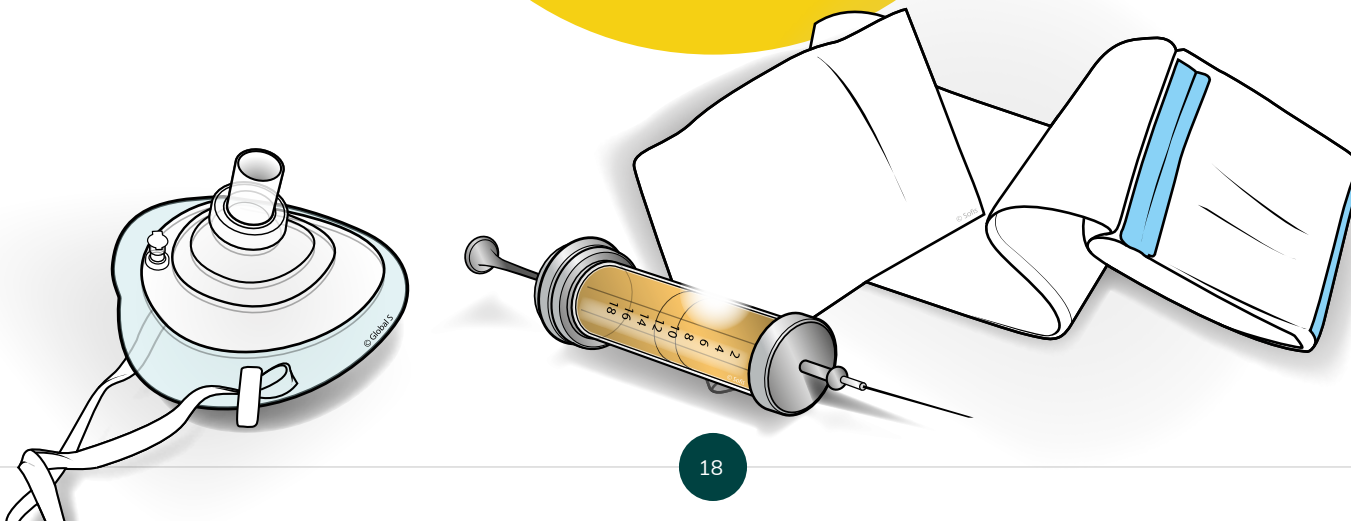
## Dotation **minimale**

Plan dur pour massage cardiaque



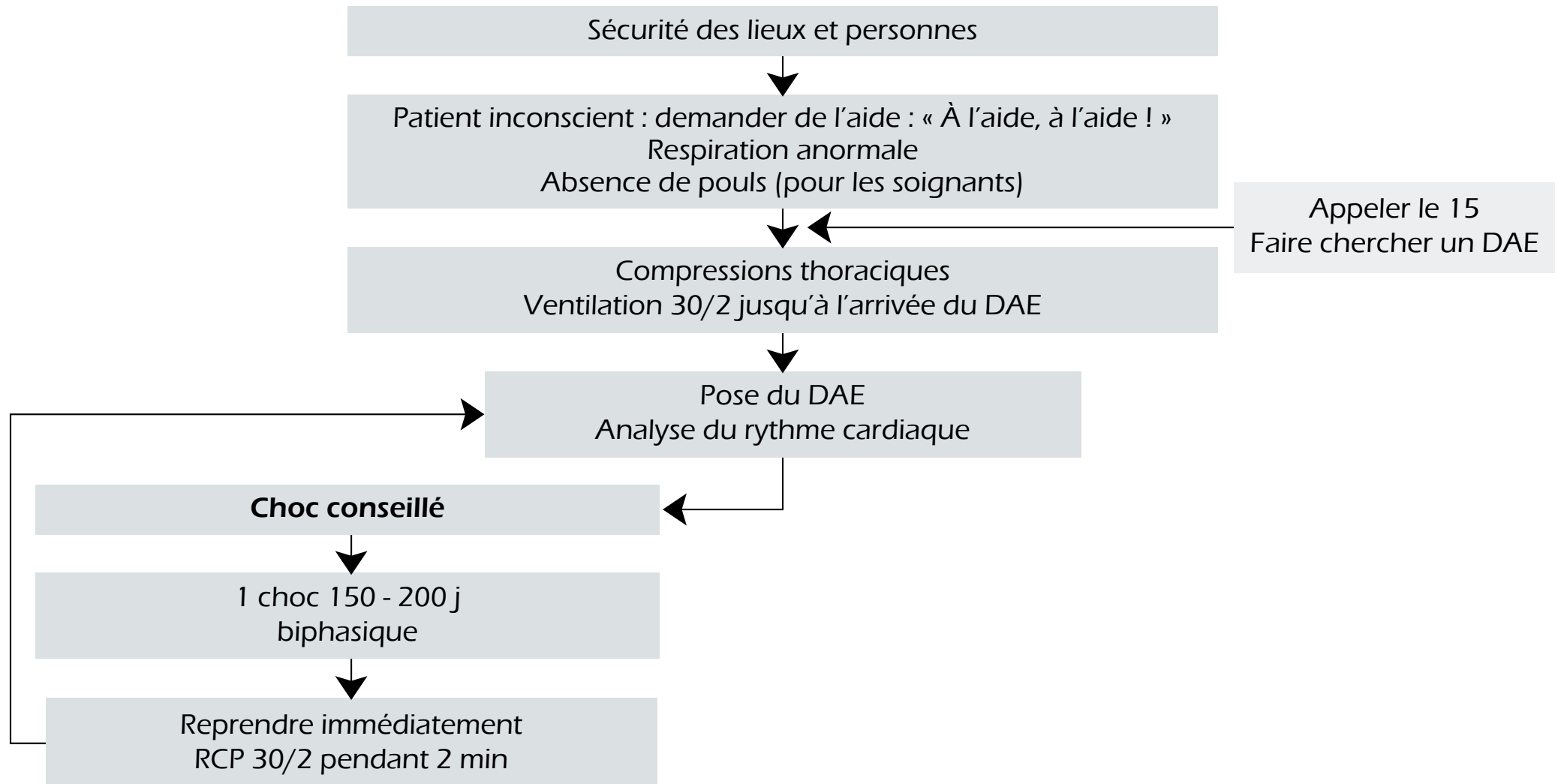
# LE CHARIOT D'URGENCE

À **compléter**  
selon ses besoins  
& son niveau de  
compétence...



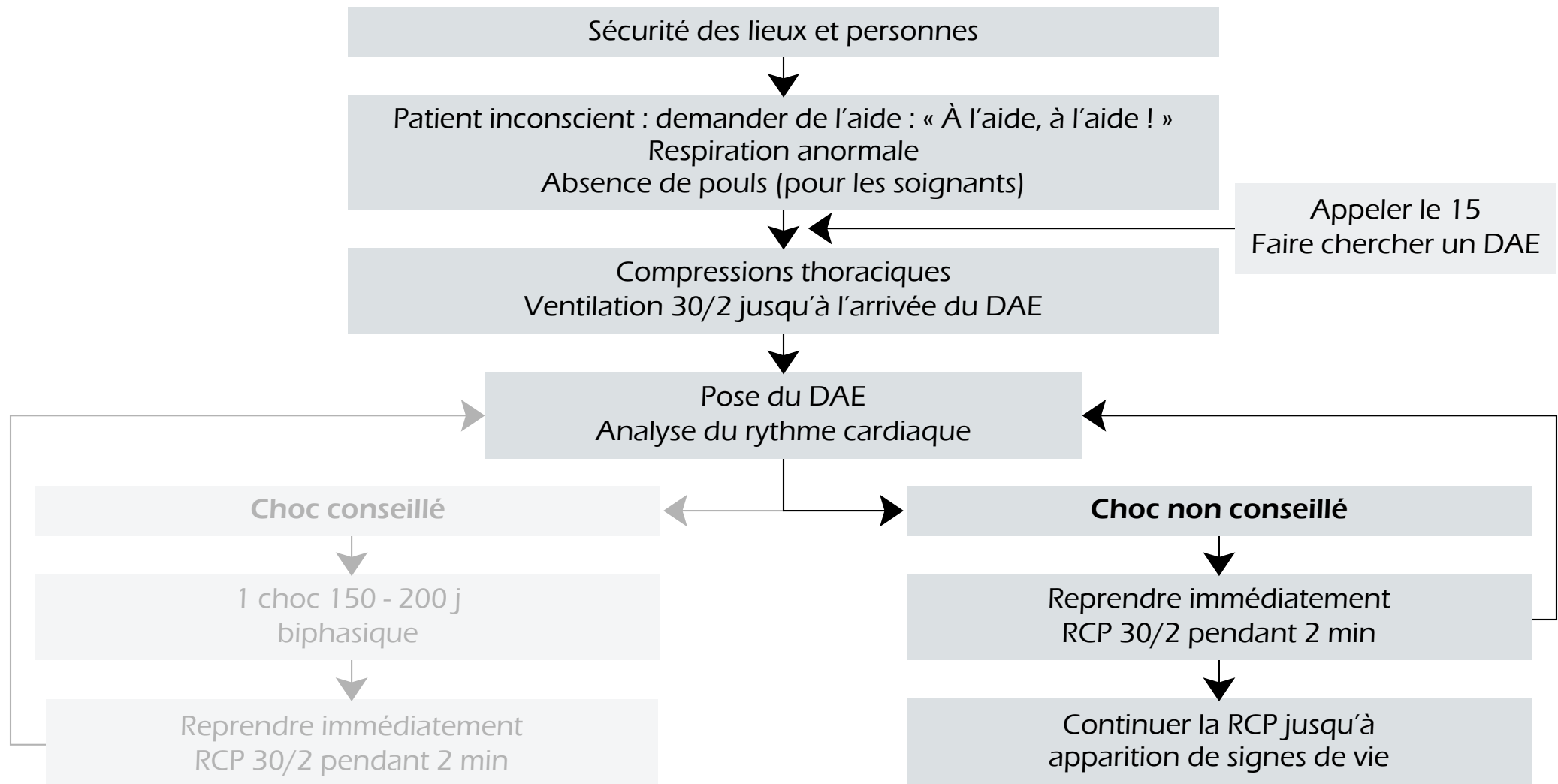
# L'ARRÊT CARDIAQUE EN ÉQUIPE AVEC MATÉRIEL

## SCHÉMA D'AIDE À LA DÉCISION



# L'ARRÊT CARDIAQUE EN ÉQUIPE AVEC MATÉRIEL

## SCHÉMA D'AIDE À LA DÉCISION



## ALGORITHME DES SOINS SPÉCIALISÉS AU COURS DE LA RCP

Cet algorithme est réalisé dès l'arrivée d'une équipe médicalisée de réanimation pré-hospitalière (déclenchée par le 15) ou hospitalière.

Les principaux médicaments de l'ACR : adrénaline (asystolie et activité électrique sans pouls) & amiodarone (FV & TV).

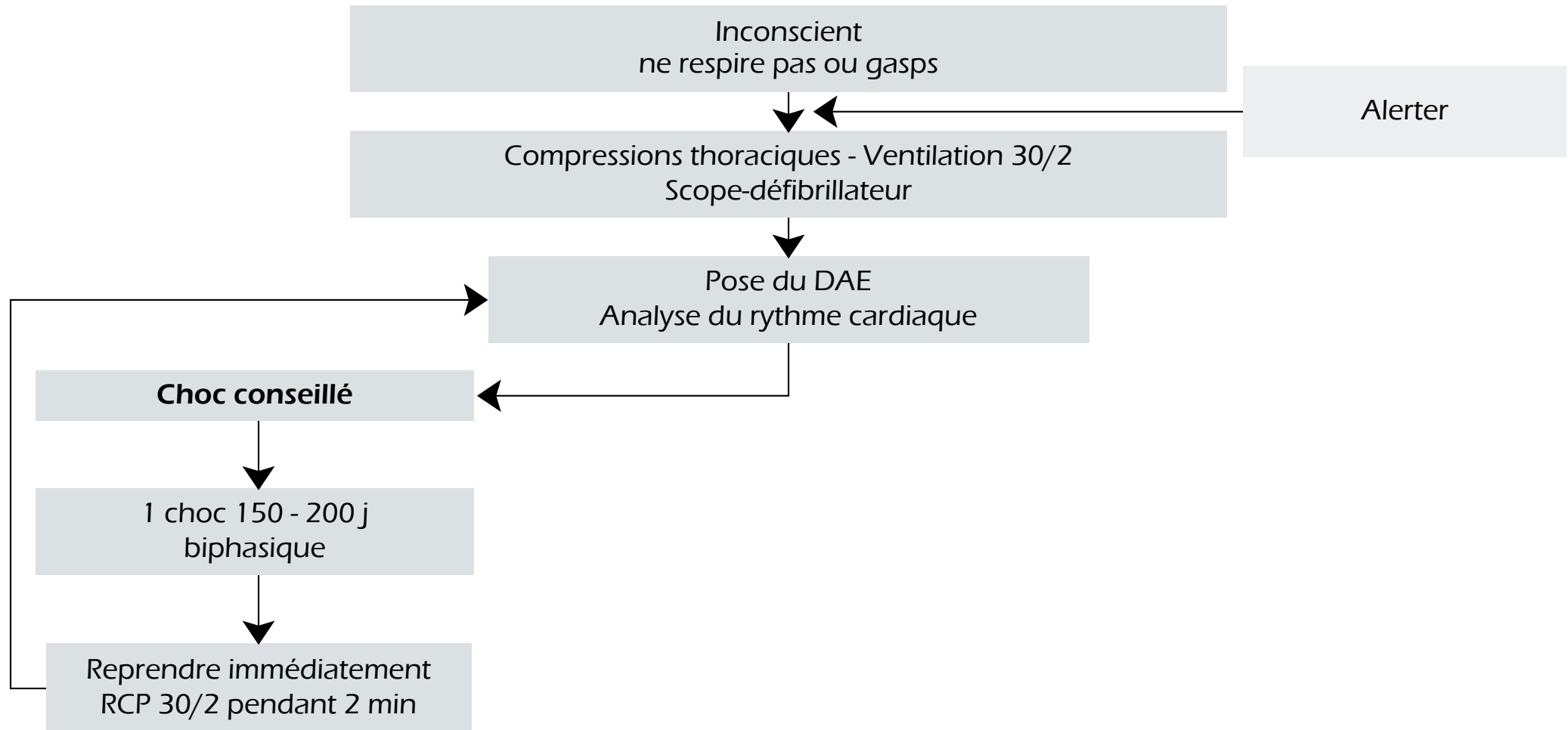
Les interruptions des compressions thoraciques doivent être les plus courtes possibles.

Si la défibrillation permet le retour à une circulation spontanée efficace le médecin peut abréger la séquence suivante de 2 min de RCP.

Cet algorithme peut être modifié devant une cause d'ACR particulière.

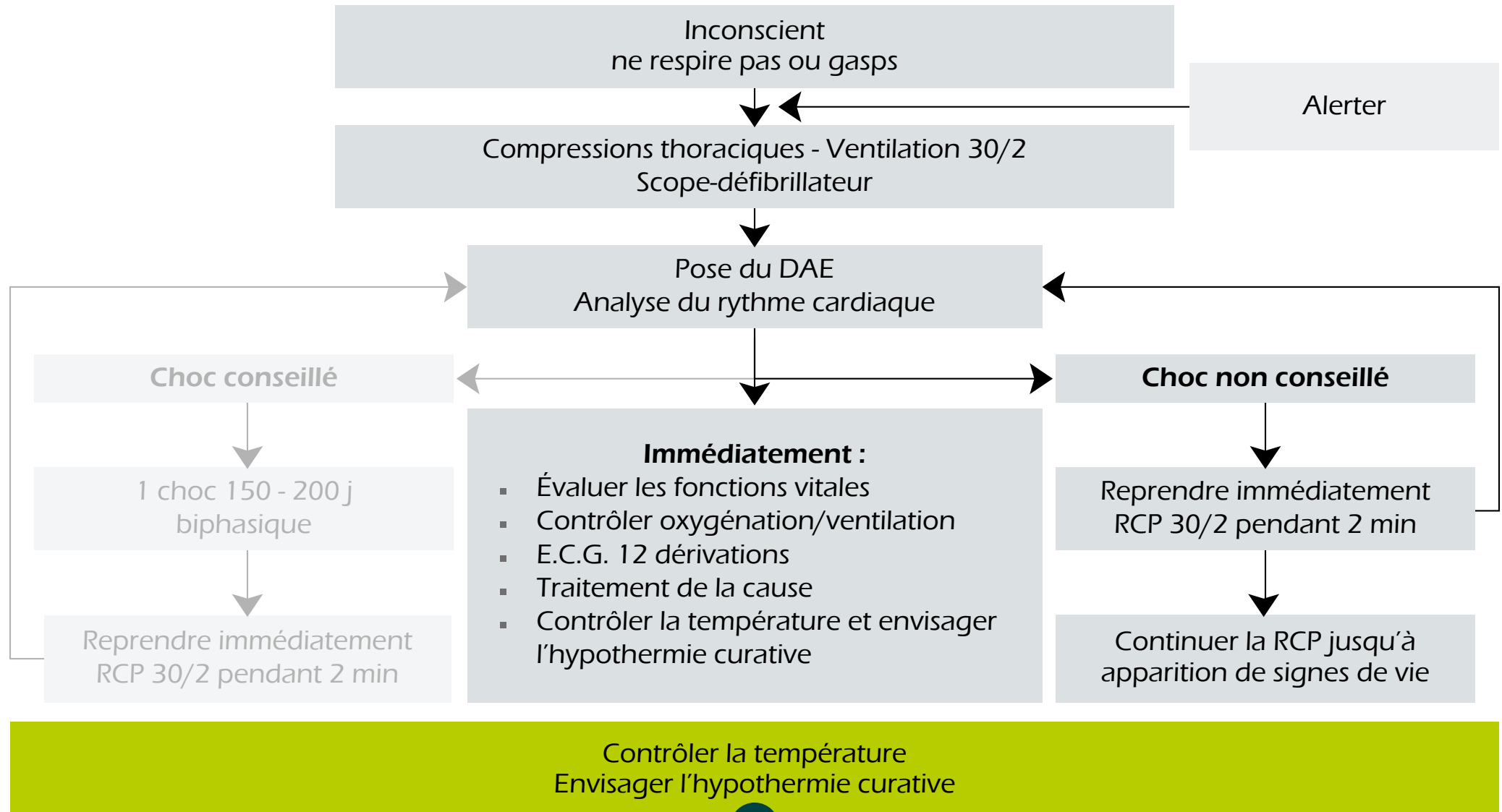
# L'ARRÊT CARDIAQUE, PRISE EN CHARGE AVANCÉE

## SCHÉMA D'AIDE À LA DÉCISION



# L'ARRÊT CARDIAQUE, PRISE EN CHARGE AVANCÉE

## SCHÉMA D'AIDE À LA DÉCISION



## **ACR, LES SOINS SPÉCIALISÉS**

### **PARTICULARITÉS CHEZ L'ENFANT**

RCP : 15 compressions pour 2 ventilations

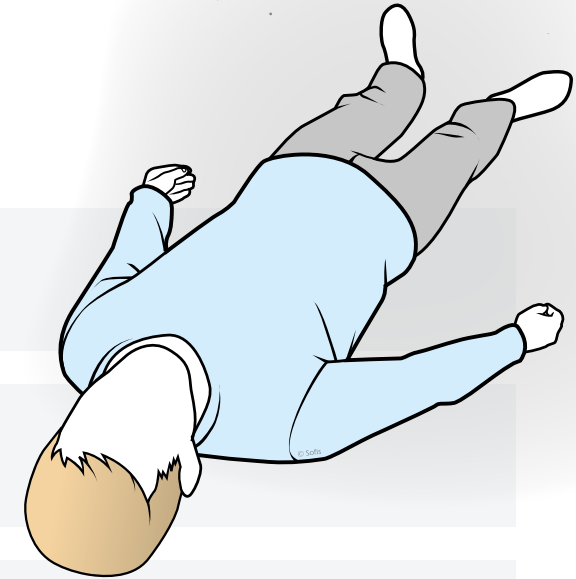
L'hypoxie en est la principale cause  
(penser aux fausses routes et à l'obstruction des V.A.S.).

L'anatomie des voies aériennes rend le geste d'intubation plus délicat.

En cas de difficulté d'abord veineux, on sera amené à proposer rapidement un cathéter intra-osseux.

La dose **d'Adrénaline** à injecter est de 0,01 mg/Kg toutes les 3 à 5'.

Poser un défibrillateur si on en possède un.





## POUR ALLER PLUS LOIN

Anonymes

**Recommandations pour la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières** Conférence d'experts SFAR-SFMU-SRLF-SFC - 2022

Anonymes

**Guidelines for Resuscitation 2015**  
European Resuscitation Council.

Anonymes

**Prise en charge de l'arrêt cardiaque**  
Recommandations formalisées d'experts SFAR-SLRF - 2022

M. Ardon, M. Dhers, M. Fouque, M-C. Hannaert, M. Houart, L. Quercy & Al  
**Prise en charge d'un AC intra-hospitalier, recommandations pour le personnel soignant.** [www.sfar.org](http://www.sfar.org)

# RISQUES COLLECTIFS, HABILLAGE/DÉSHABILLAGE

# TENUE DU SOIGNANT EN CAS DE SOINS INVASIFS FACE À UN RISQUE INFECTIEUX

**Habillage**, respecter l'ordre suivant :

- ▶ Les sur-chaussures
- ▶ La casaque
- ▶ Le masque
- ▶ Les lunettes
- ▶ La cagoule
- ▶ Les gants



## TENUE DU SOIGNANT EN CAS DE SOINS INVASIFS FACE À UN RISQUE INFECTIEUX

**Déshabillage**, respecter l'ordre suivant :

- ▶ Ôter la casaque et la première paire de gants
- ▶ Les sur-chaussures
- ▶ La cagoule
- ▶ Les lunettes
- ▶ Le masque
- ▶ La seconde paire de gants



# URGENCES POTENTIELLES L'ACCOUCHEMENT INOPINÉ



## OBJECTIFS

Prendre les mesures adaptées pour la mère face à un accouchement inopiné.

Prendre les mesures adaptées pour l'enfant face à un accouchement inopiné.

Quel **bilan**  
passer au  
SAMU ?

Que faire  
en **attendant**  
les secours ?



## DÉFINITIONS

### Accouchement

Ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui aboutissent à l'expulsion du fœtus et du placenta à la fin de la grossesse.

### Inopiné

Qui arrive sans qu'on y ait pensé, imprévu, inattendu.

Peu fréquent ....  
**mais pas  
exceptionnel**

**5/1000** naissances en France



## ÉVOLUTION DE L'EMBRYON



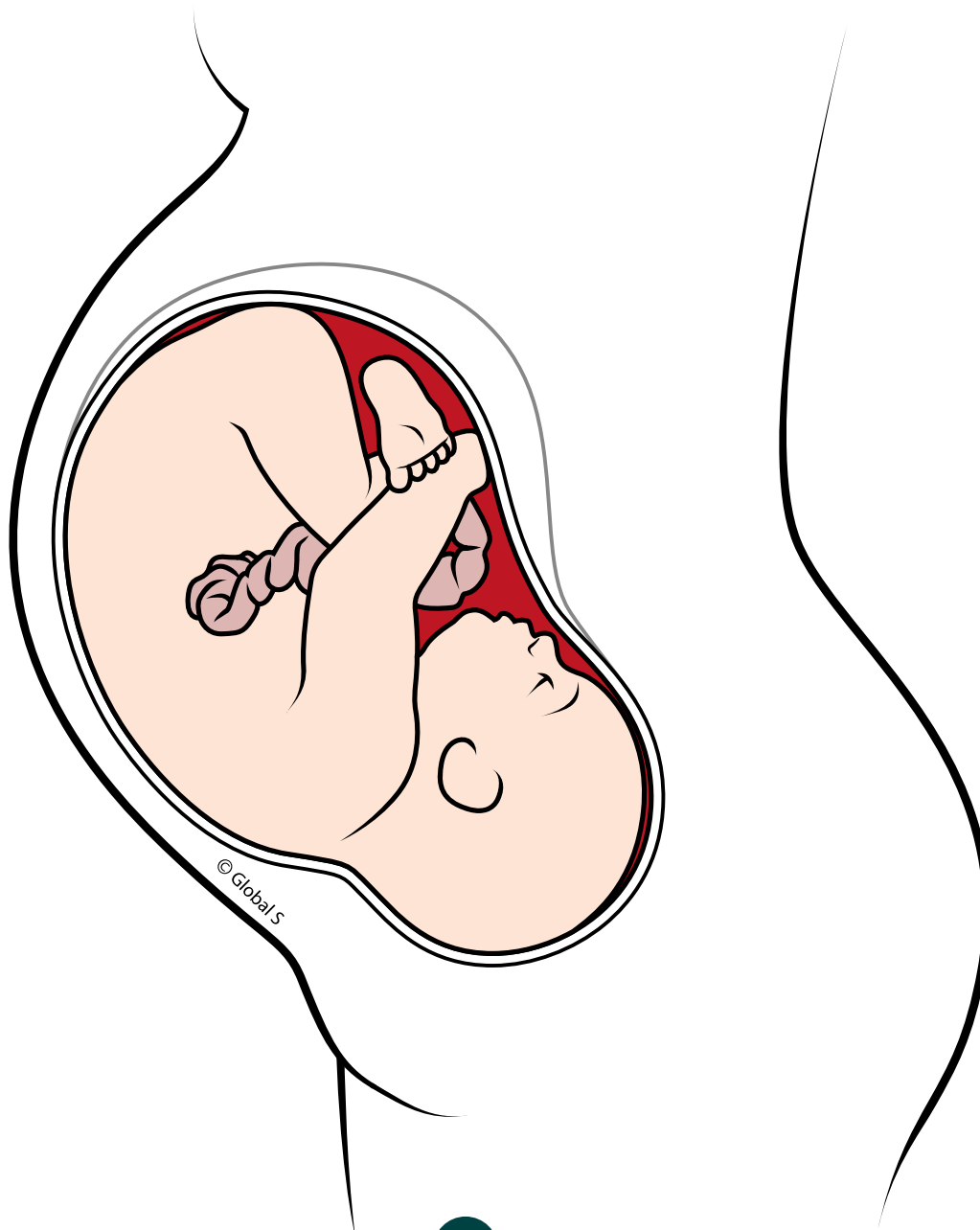
## ÉVOLUTION DE L'EMBRYON



## ÉVOLUTION DE L'EMBRYON



# ANATOMIE





# L'ACCOUCHEMENT

Il se divise en **trois phases** :

Le travail

L'expulsion

La délivrance

# L'ACCOUCHEMENT IMMINENT

## Critères d'une **expulsion imminente**

Envie de pousser

Ou tête visible

La poche des eaux n'est pas toujours rompue.

## QUESTIONS À POSER

### LA PARITÉ

S'agit-il d'un  
**premier  
accouchement** ?

Plus la femme a d'enfants et plus  
l'accouchement peut être rapide...

Comment se sont  
déroulés les  
**accouchements  
précédents** ?

Accouchements rapides ? Césariennes ?

## QUESTIONS À POSER

### LE TERME

Quelle est la  
**date prévue** pour  
l'accouchement ?

Un accouchement qui a lieu avant 37 semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire 3 semaines avant le terme prévu, est **prématuré**.



# LE RISQUE DE DÉTRESSE RESPIRATOIRE DU PRÉMATURÉ

## MALADIE DES MEMBRANES HYALINES

### Fréquence

80 % des naissances à moins de 28 semaines

60 % entre 28 et 30 semaines

30 % à 31-32 semaines

## QUESTIONS À POSER

### LA GROSSESSE

**Comment s'est déroulée** la  
grossesse actuelle ?

Y a-t-il eu des hospitalisations ?

Y a-t-il eu des traitements ?

## QUESTIONS À POSER

### LA POSITION DU BÉBÉ

Le bébé a-t-il la **tête en bas** ?

95 % de présentations céphaliques (tête en bas)

4 % de présentations podaliques (en siège)

1 % ...

## **QUESTIONS À POSER**

### **LES CONTRACTIONS UTÉRINES**

Depuis quand ?

À quelle fréquence ?

Durée ?

Intensité ?

# QUESTIONS À POSER

## LA PERTE DES EAUX

À quelle  
**heure** ?

**Couleur**  
du liquide ?

## LE BILAN À TRANSMETTRE AU SAMU

« Je suis en présence d'une femme de **X ans**, enceinte de son **X<sup>ème</sup>** enfant à **X semaines d'aménorrhées**.

Sa grossesse a été marquée par **tel évènement** & elle prend **tel médicament(s)** ou il s'agit d'une grossesse d'évolution normale.

Elle présente des contractions utérines toutes les **X minutes** depuis **X temps**.

## LE BILAN À TRANSMETTRE AU SAMU

Elle **saigne ou ne saigne pas**.

Elle **a rompu la poche des eaux et le liquide est de telle couleur ou n'a pas rompu la poche des eaux**.

A priori, le bébé se présente **par la tête ou en siège**.

Elle doit accoucher dans **telle maternité**. »

## L'EXPULSION

Laisser faire l'accouchement et la synergie foëto-maternelle.

Inviter la parturiente à ne pousser que lorsqu'elle ressent les contractions.

On ne touche pas et on ne tire pas le bébé.

On est juste là pour accueillir.

Éviter la chute de l'enfant.



# L'EXPULSION

**Se protéger** des  
liquides biologiques  
potentiellement  
contaminants.

## LES EFFORTS EXPULSIFS

**Attendre** l'envie de pousser :

Rythmer les efforts expulsifs sur les contractions.

La femme pousse après une inspiration ample, en bloquant sa respiration pendant 10'' environ, tout en tirant sur ses cuisses tenues à pleines mains.

## DÉROULEMENT DE L'EXPULSION

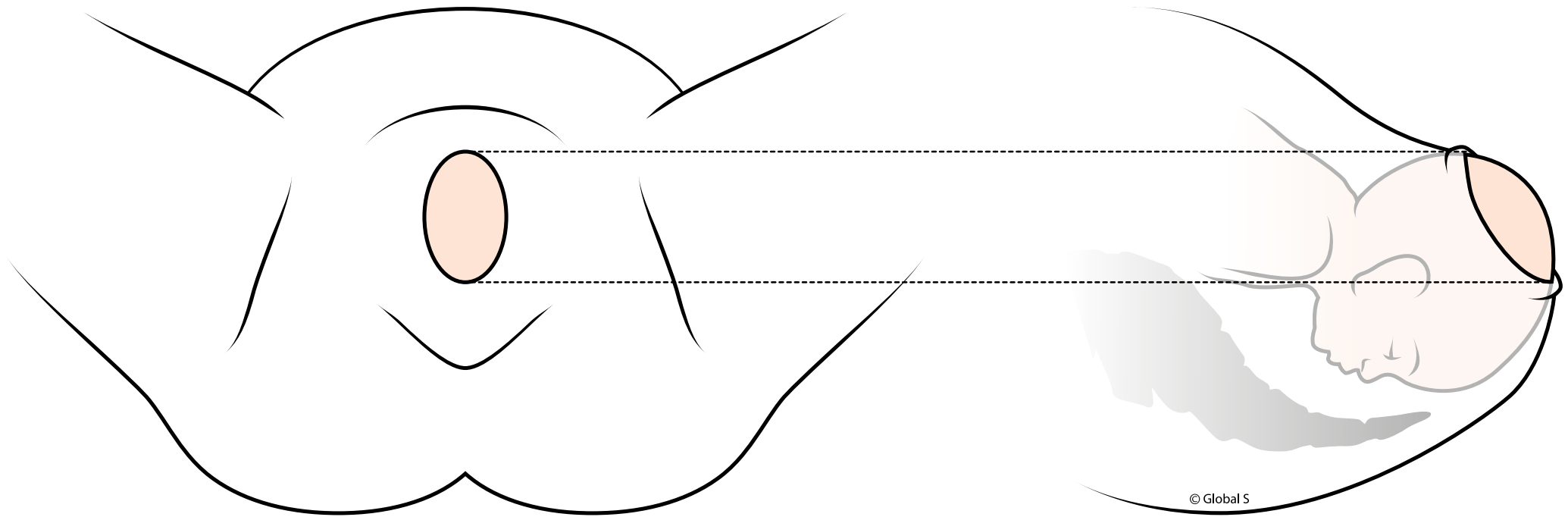
En **position céphalique** (95% des cas),  
elle se fait en 3 étapes :

La tête

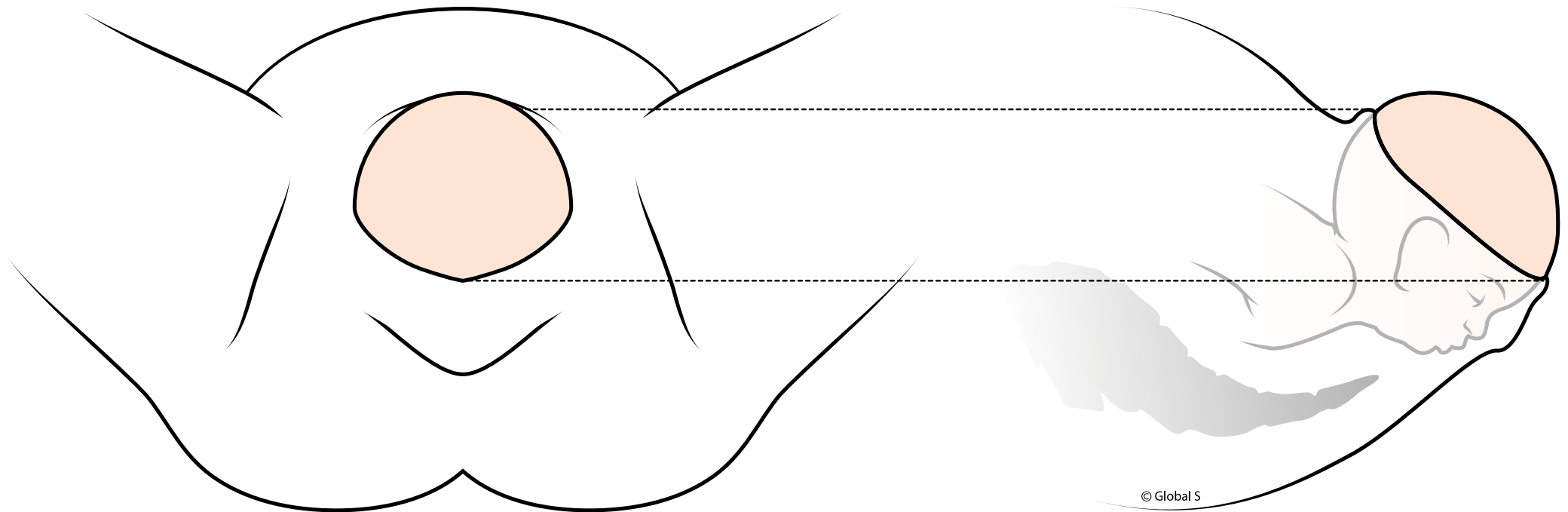
Les épaules

Le tronc et les jambes

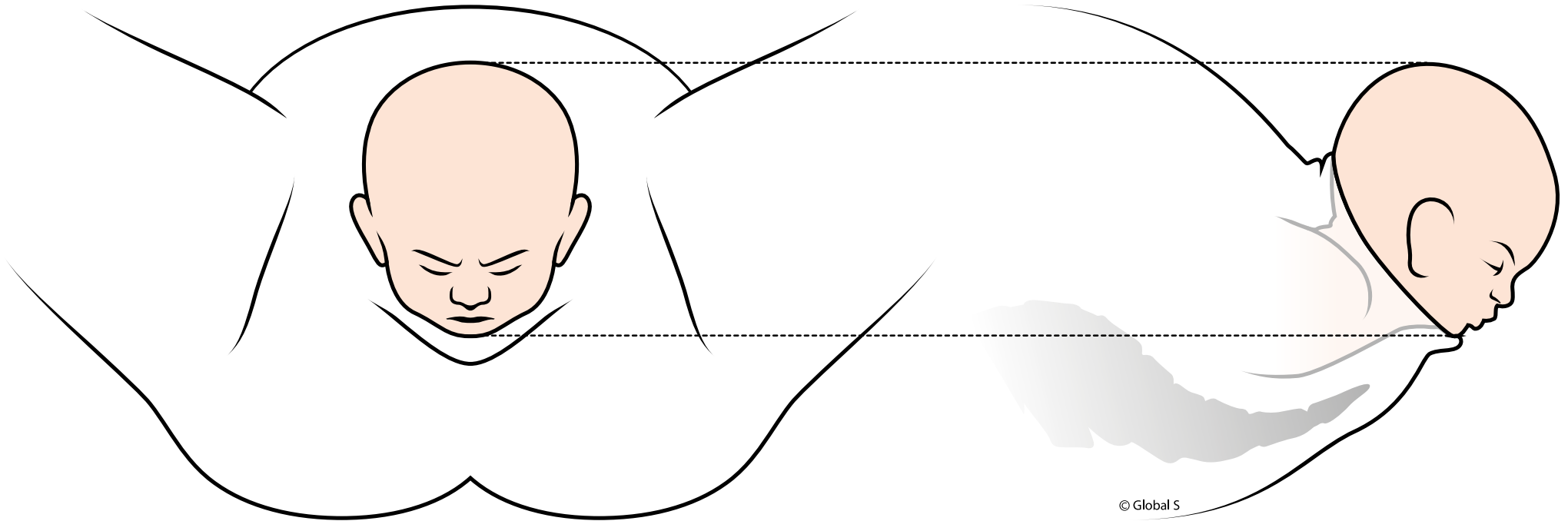
## DÉGAGEMENT DE LA TÊTE



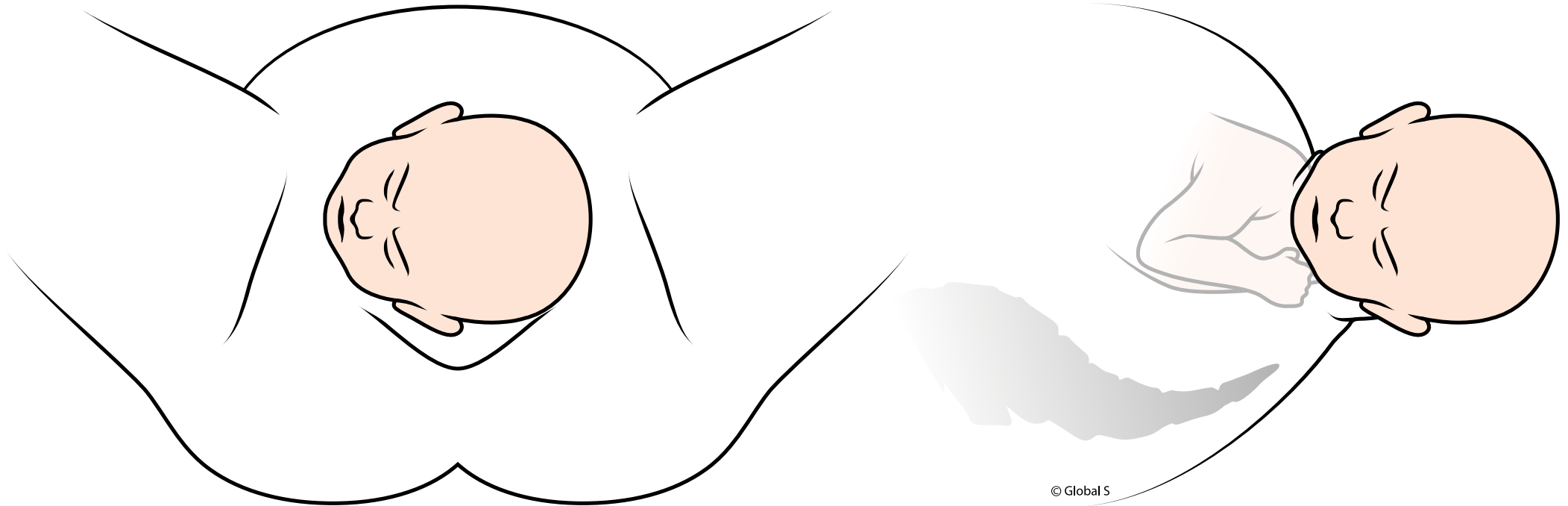
## DÉGAGEMENT DE LA TÊTE



## DÉGAGEMENT DE LA TÊTE

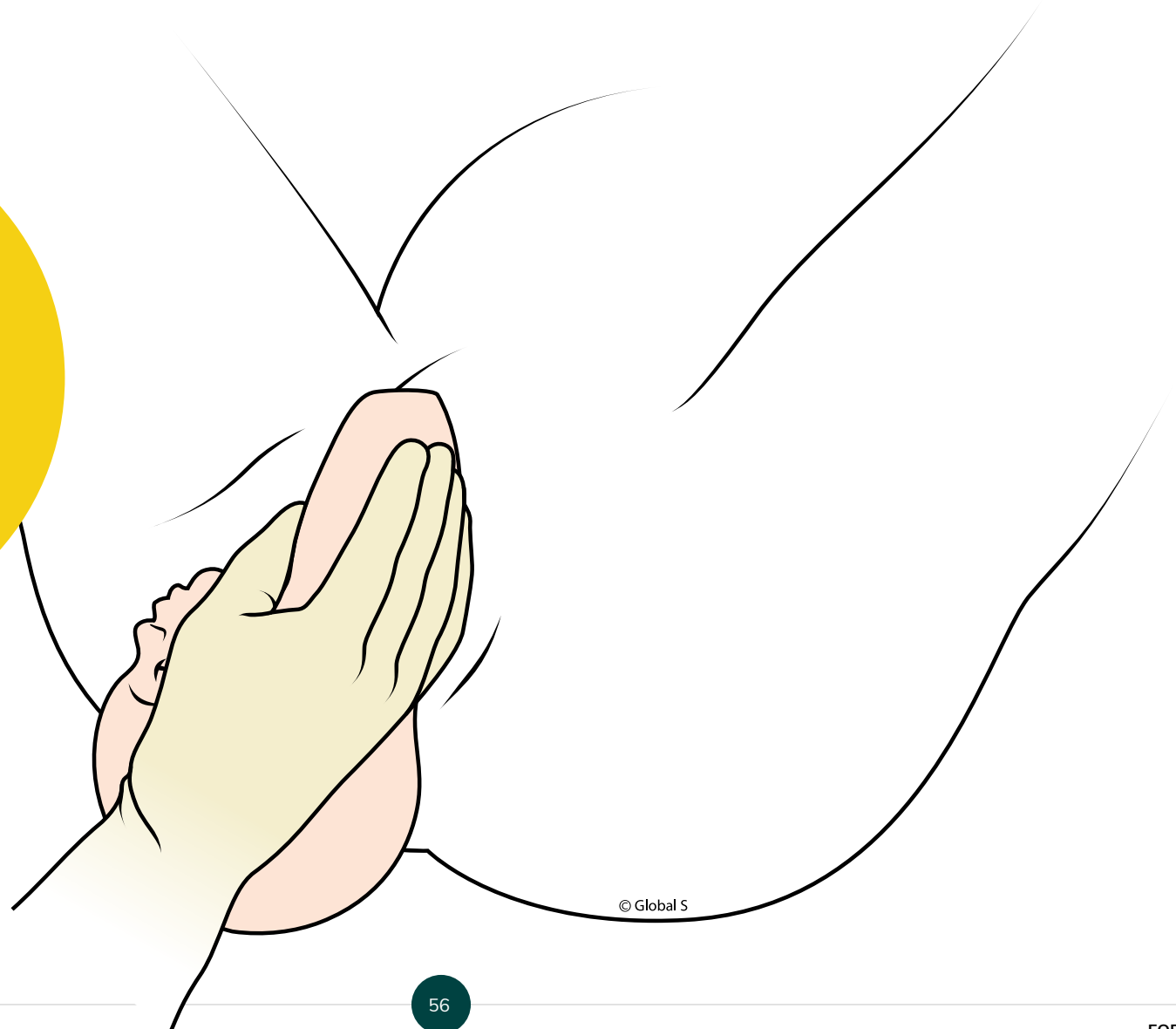


## DÉGAGEMENT DE LA TÊTE



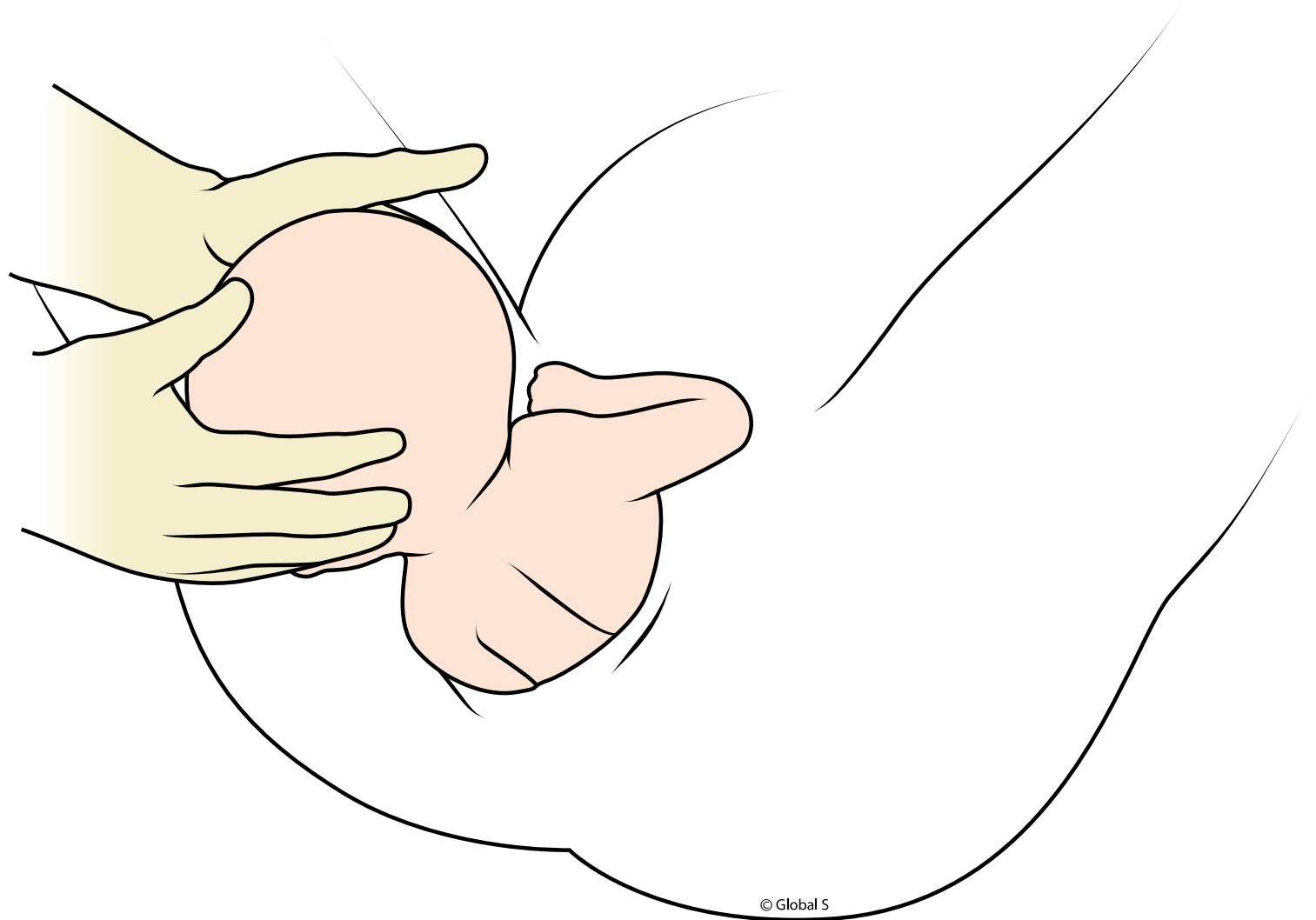
## DÉGAGEMENT DES ÉPAULES

Manœuvres effectuées par une sage-femme. Le bébé sort seul. On doit seulement le **réceptionner**, on ne met pas nos mains.



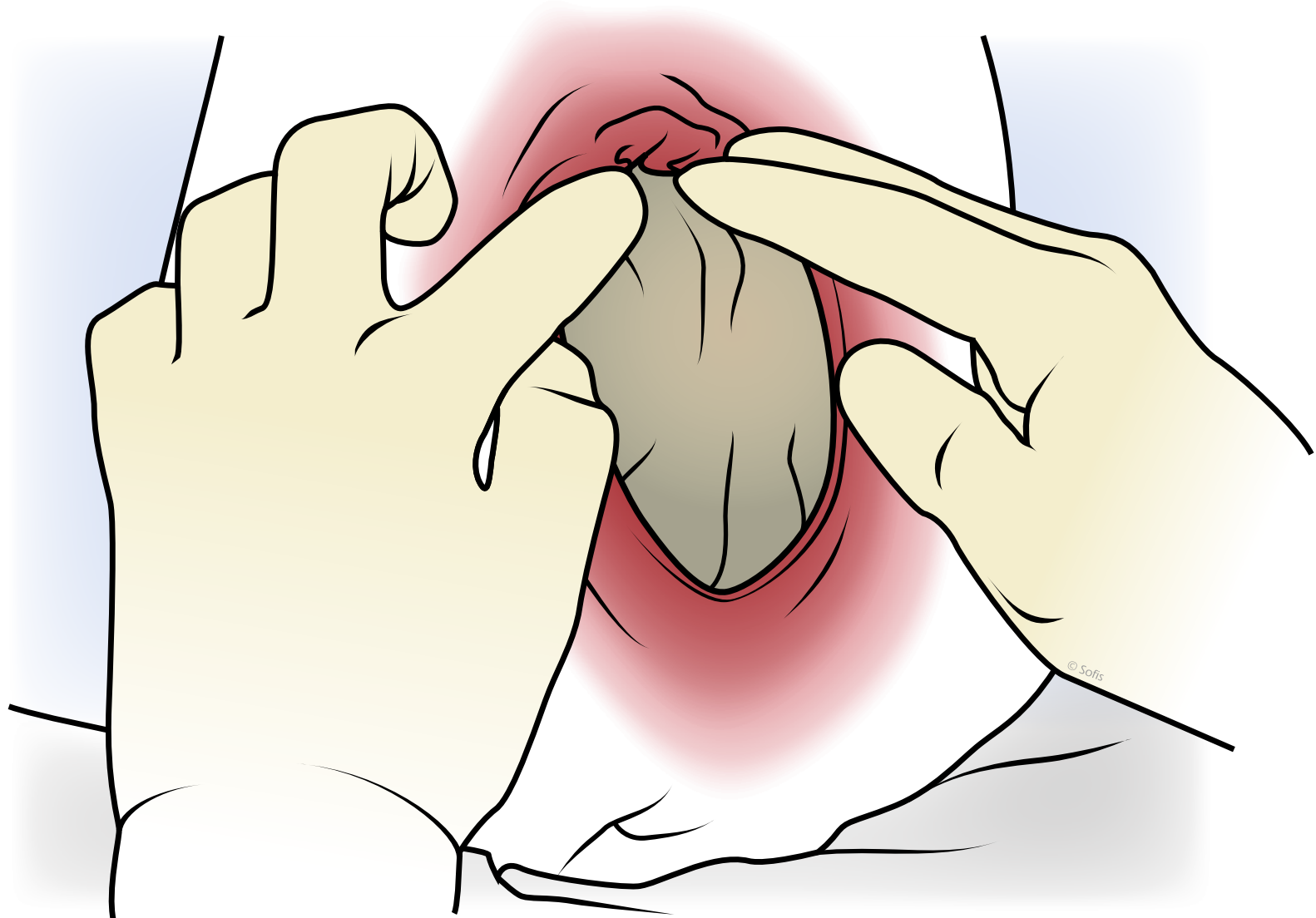


## DÉGAGEMENT DES ÉPAULES

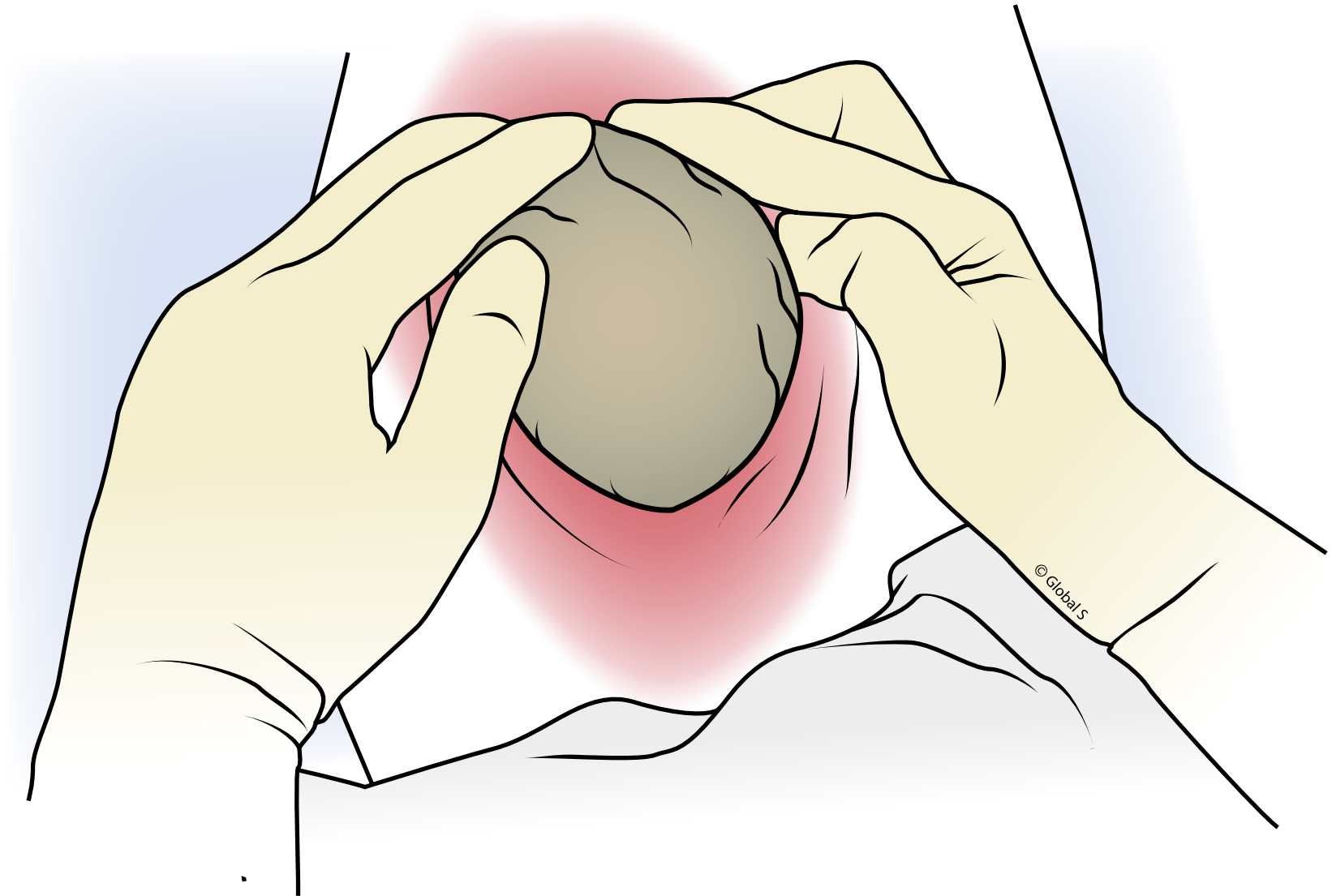


© Global S

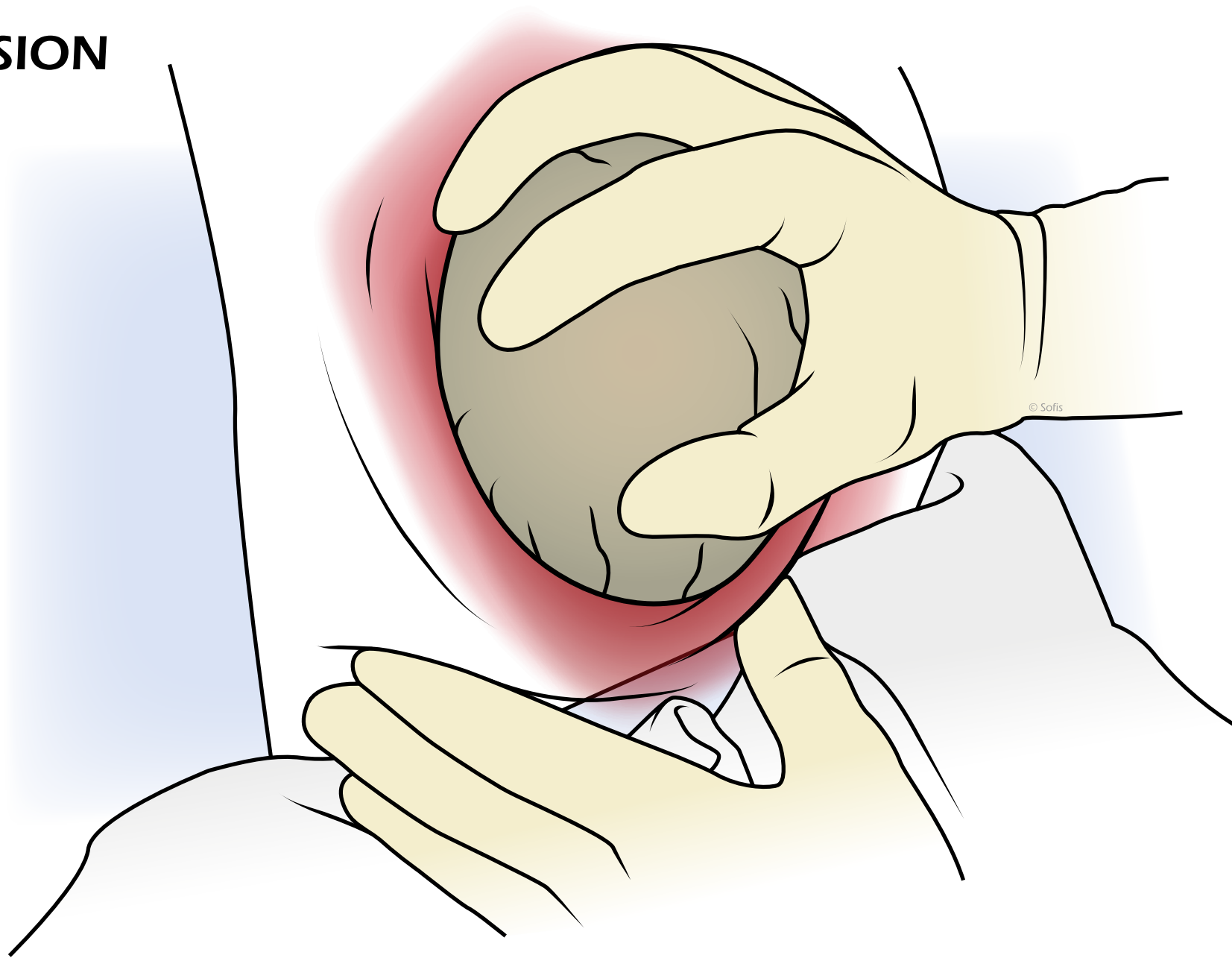
## L'EXPULSION



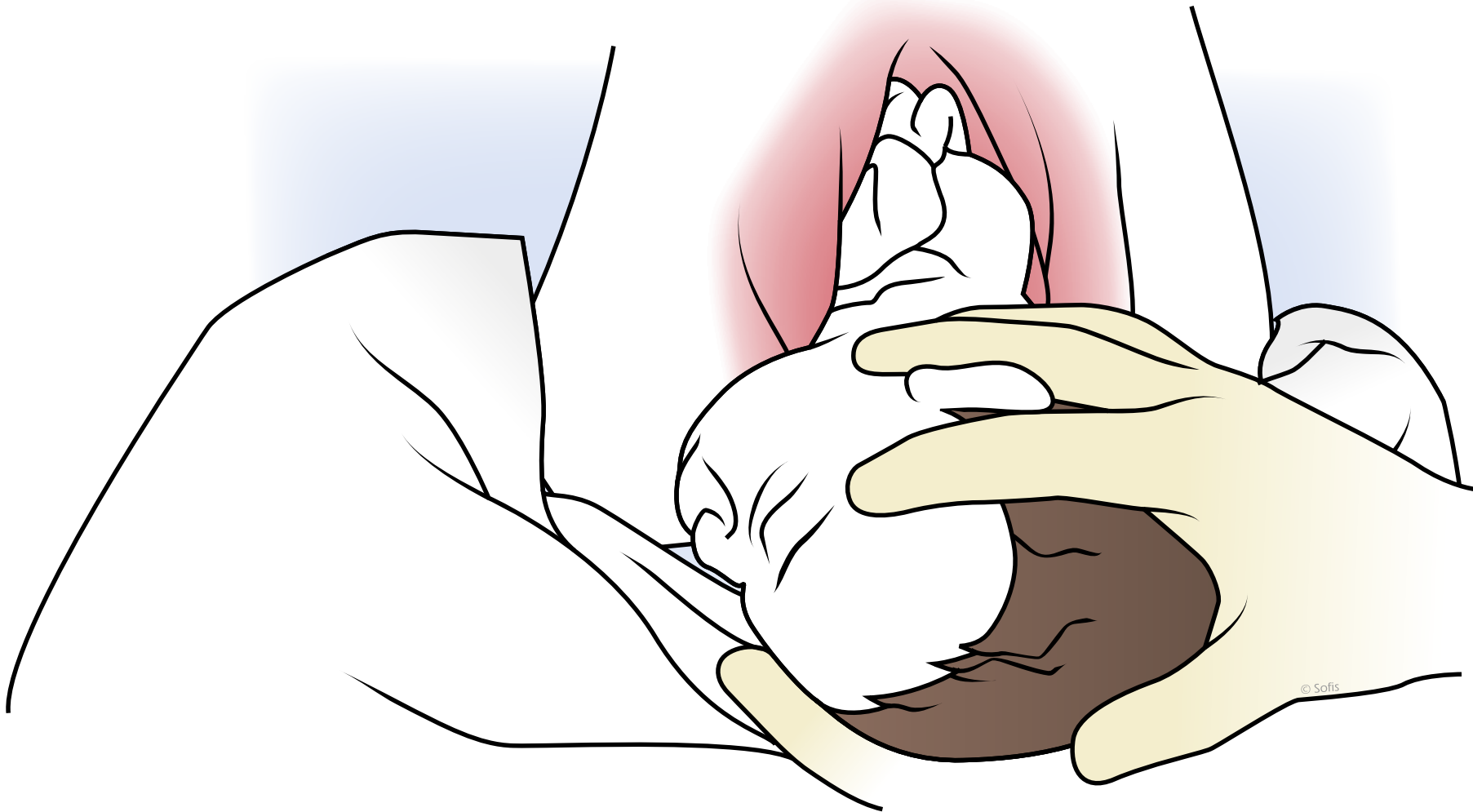
## L'EXPULSION



## L'EXPULSION



## L'EXPULSION



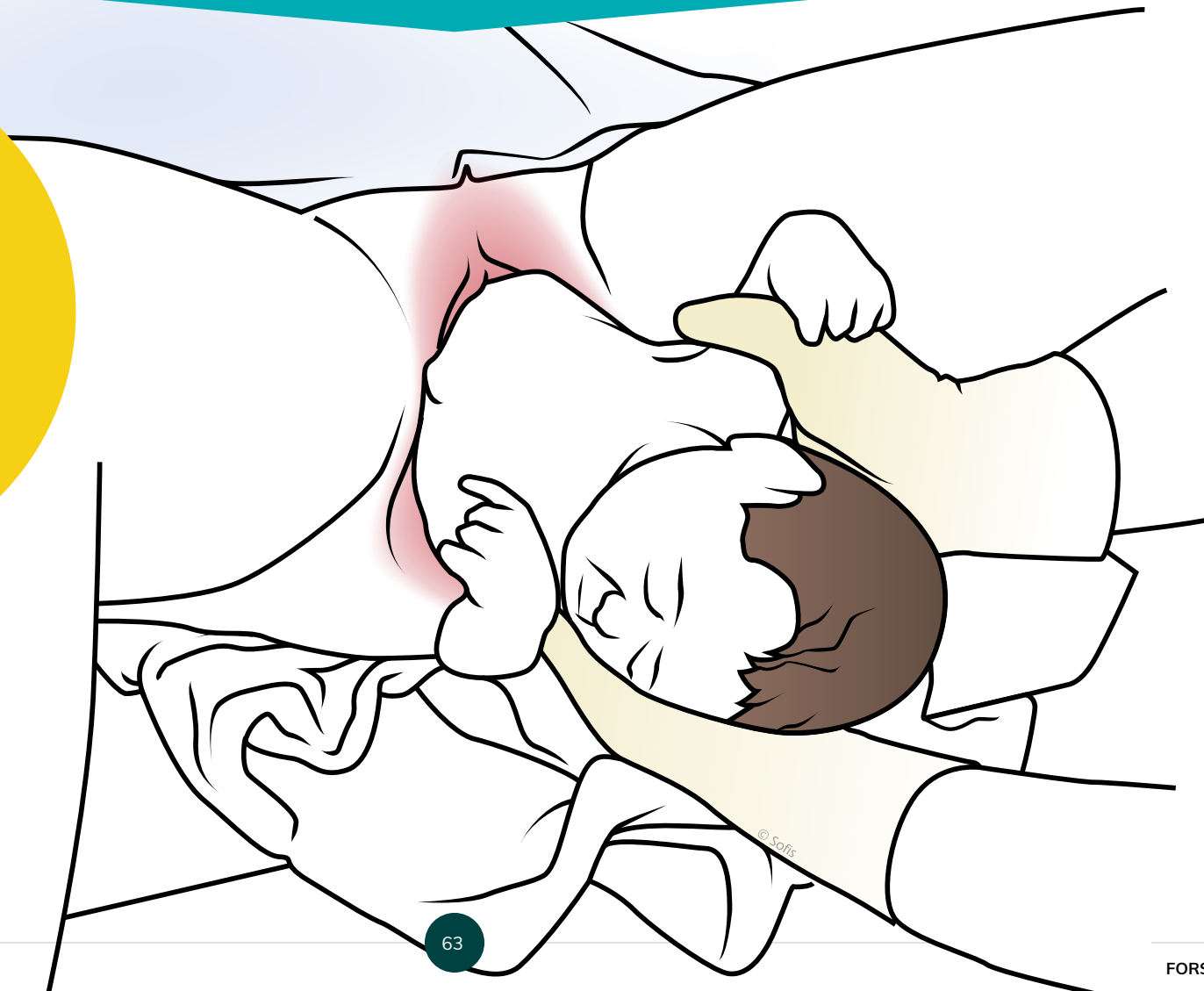
© Sofis

## L'EXPULSION



## Laissez faire !

Manœuvres effectuées par une sage-femme. Le bébé sort seul. On doit seulement le **réceptionner**, on ne met pas nos mains.



## SOINS AU NOUVEAU-NÉ

Favoriser le peau à peau sur le ventre de la mère, en décubitus latéral.

Envelopper le nouveau-né dans un linge propre et sec.

Ne pas retirer le vernix qui protège contre l'hypothermie (sécher sans frotter).

Couvrir la tête pour limiter la perte de chaleur.

Penser à noter l'heure de naissance...





## SOINS AU NOUVEAU-NÉ

**Mettre 2 clamps** (l'OMS conseille dans un guide de bonnes pratiques publiées en 2009, de clamber le cordon ombilical en « nouant deux liens autour du cordon, à respectivement 2 et 5 cm de l'abdomen de l'enfant ».).

Ne pas couper le cordon.

## SOINS AU NOUVEAU-NÉ

**S'assurer**  
que l'enfant  
va bien.

## UN BÉBÉ QUI VA BIEN :

Rosit

Est tonique

Et crie !



## SI LE BÉBÉ EST HYPOTONIQUE

Le stimuler en le séchant.

Faire un bilan rapide et le transmettre au SAMU tout en prévenant l'hypothermie qui est délétère pour le nouveau-né.



## SI LE BÉBÉ EST HYPOTONIQUE

Un **nouveau né hypotonique** malgré les stimuli (frotter les talons) est considéré inconscient.

## SI LE BÉBÉ EST HYPOTONIQUE

En **l'absence de respiration**, pratiquer 5 insufflations douces.

En cas d'échec débuter une **RCP**.

## LE SCORE D'APGAR

Le score d'APGAR permet **d'évaluer l'état** du nouveau né.

En fonction de ce score, des **moyens médicaux différents** seront mis en œuvre.

## LE SCORE D'APGAR

Cotation (ou test) d'APGAR	0	1	2
<b>Coloration de la peau (A)</b>	Cyanose ou pâleur	Corps rose et extrémités cyanosées	Corps complètement rose
<b>Fréquence cardiaque (P)</b>	Inférieure à 80 par minute	Entre 80 et 100 par minute	Au-dessus de 100 par minute
<b>Réactivité (G)</b>	Pas de réponse	Grimaces	Pleurs ou cris
<b>Tonus musculaire (A)</b>	Faible	Flexion d'un ou de deux membres	Membres bien fléchis
<b>Mouvements respiratoires (R)</b>	Absents	Cri faible et respiration irrégulière	Cri vigoureux et respiration régulière



## LE SCORE D'APGAR

Cote de **0 à 10**

**0**

État de mort  
apparente

**10**

Score de très  
bon pronostic

## LE BILAN À TRANSMETTRE AU SAMU

« Je suis en présence d'une femme de **X** ans, qui a accouché à **tel terme** ce jour à **telle heure** d'un(e) petit(e) garçon/fille prénommé(e), le bébé est **rose, tonique et crie** **ou violacé, hypotonique/ atone et ne crie pas...**

La maman **a** **ou n'a pas délivré.**

Elle **saigne** **ou ne saigne pas.** »

## **L'ACCUEIL DU NOUVEAU NÉ SAIN**

Prévention de l'hypothermie : le nouveau né craint le froid, le nourrisson craint le chaud...

Favoriser la relation mère-enfant...

Donc tenir au chaud sur maman en faisant du « peau à peau ».

## **L'ACCUEIL DU NOUVEAU NÉ SAIN**

Bien sécher l'enfant mais lui laisser le vernix... par tamponnement.

Mettre l'enfant dans une serviette sèche et couvrir la tête avec un bonnet ou un pan de serviette...

Le cordon sera clampé en accord avec le médecin régulateur du SAMU.

## LA DÉLIVRANCE

**Définition** : expulsion du placenta et des membranes hors des voies génitales.

Elle survient généralement dans les 45 minutes qui suivent la naissance.

**Phase importante** : l'hémorragie est la principale complication de cette période.



Il ne faut jamais tirer sur le cordon.

S'assurer de l'intégrité du placenta et le garder.

## LA DÉLIVRANCE

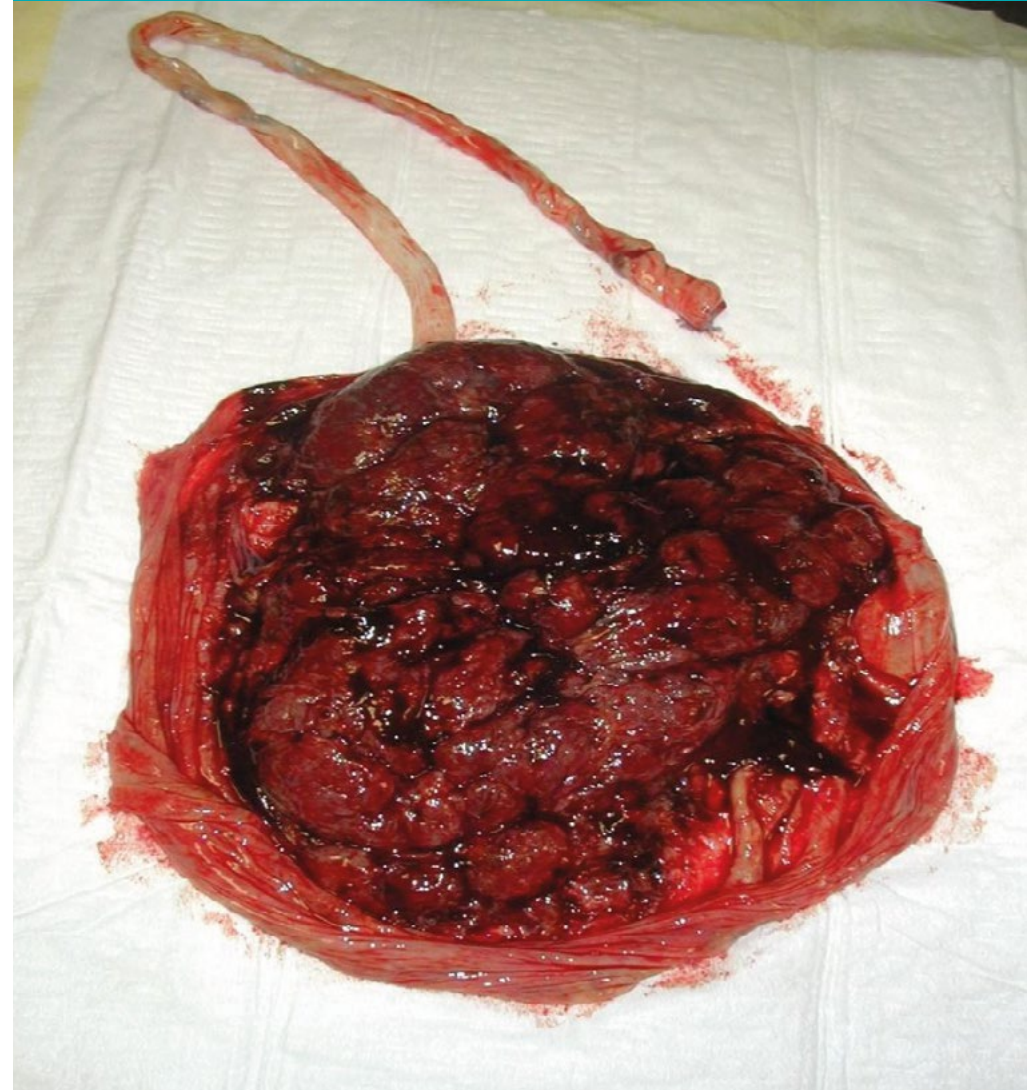
Le placenta  
**se décolle** sous l'effet  
des contractions utérines  
pour finir par être  
expulsé.

Une **surveillance**  
étroite et rigoureuse  
est obligatoire.

Face foetale



Face maternelle



## FACE À UNE HÉMORRAGIE DE LA DÉLIVRANCE

Surélever les jambes.

Bilan au SAMU

Masser fermement l'abdomen au niveau du nombril de la femme, en continu, jusqu'à l'arrivée de l'équipe pré-hospitalière.



## CAS RARES

**Présentation par  
le siège rare**

Ne rien faire.

**Procidence  
du cordon**

Bloquer la tête jusqu'à l'arrivée des secours  
(risque vital).

**Circulaire du cordon  
non réductible**

Bloquer la tête jusqu'à l'arrivée des secours  
(risque vital).

## EN CONCLUSION

Ne jamais débiter un accouchement sans un **appel aux secours**.

Ne faire que ce que l'on **sait faire**.

La majeure partie des accouchements **se passent bien** !

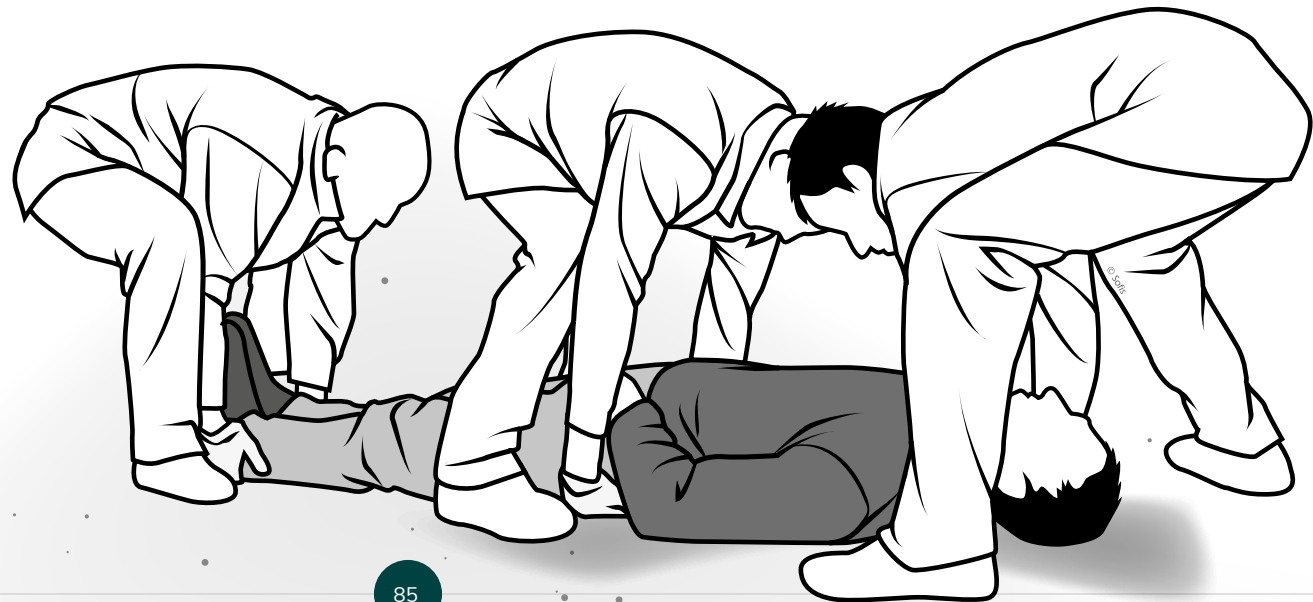
Avez-vous des  
**questions ?**

# URGENCES POTENTIELLES PRISE EN CHARGE D'UN BLESSÉ

## LE BLESSÉ

Retrait du casque... seul ou à deux

Collier cervical et attelles...



# LE BLESSÉ

Démonstration  
& **entrainement...**

# URGENCES POTENTIELLES MALAISES ET AUTRES SITUATIONS D'URGENCES

X A B C D E



## X : HÉMORRAGIE

Présence d'hémorragie ?

**Contrôle**  
de l'hémorragie

## A : AIRWAY

► **Maintien de la tête** en cas de suspicion de traumatisme du rachis

► **Parle t-il ?** Si oui, les VAS sont libres.

► **Absence de bruit** : obstruction complète des VAS

► **Bruits** : ronflement (inconscience) / stridor (obstruction incomplète des VAS ou œdème) / gargouillement par liquide (sang / vomissement)

► Ablation de **corps étrangers** par manœuvre en crochet si et seulement si le CE est visible à l'œil nu

## **A : AIRWAY**

### **Thérapeutique**

Aspiration

Sub-luxation de la mandibule

Canule de Guedel

PLS

## B : BREATHING

▶ **Estimer la Fréquence Respiratoire** : apnée / polypnée / tachypnée / bradypnée

▶ **Bruits** : sibilants / râles

▶ **Auscultation** : silence / symétrie / sibilants / crépitants / ronchi

▶ **Cyanose** : lèvre

▶ **Tirage** : sus-claviculaire / inter-costal / SCM / balancement thoraco abdominal / battements des ailes du nez

▶ **Sueurs**

## B : BREATHING

### Thérapeutique

**Oxygène au  
Masque à Haute  
Concentration**

## C : CIRCULATION

**Pouls** : régularité / localisation / filant

**Peau** : marbrure / couleur / chaleur / humidité

**TRC<2"** (si compris entre 2 et 5": choc compensé...)

## C : CIRCULATION

### Thérapeutique

**Voie Veineuse  
Périphérique** avec  
un cristalloïde (sérum  
physiologique / ringer  
lactate)

## D : DÉFICIT NEUROLOGIQUE

**Déficit sensitivo-moteur**

Évaluation de la conscience : **Glasgow**

**PERL** (Pupilles Egales Réactives à la Lumière)



## E : EXPOSE

Rechercher les lésions qui peuvent être létales, puis :

**S** Symptôme

**A** Allergie

**M** Médicament

**P** Passé médical et chirurgical

**L** Lunch / dernier Repas

**E** Environnement / Circonstance

## APPLIQUEZ L'ABCDE À CES SITUATIONS CLINIQUES

▶ Le malaise vagal

▶ Le syndrome d'hyperventilation psychogène

▶ La crise d'épilepsie

▶ L'urticaire géant

▶ L'œdème de Quincke

▶ Le choc anaphylactique

▶ La crise d'asthme...

# URGENCES CARDIO-VASCULAIRES

# EXEMPLES D'URGENCES CARDIO-VASCULAIRES

## Comprendre

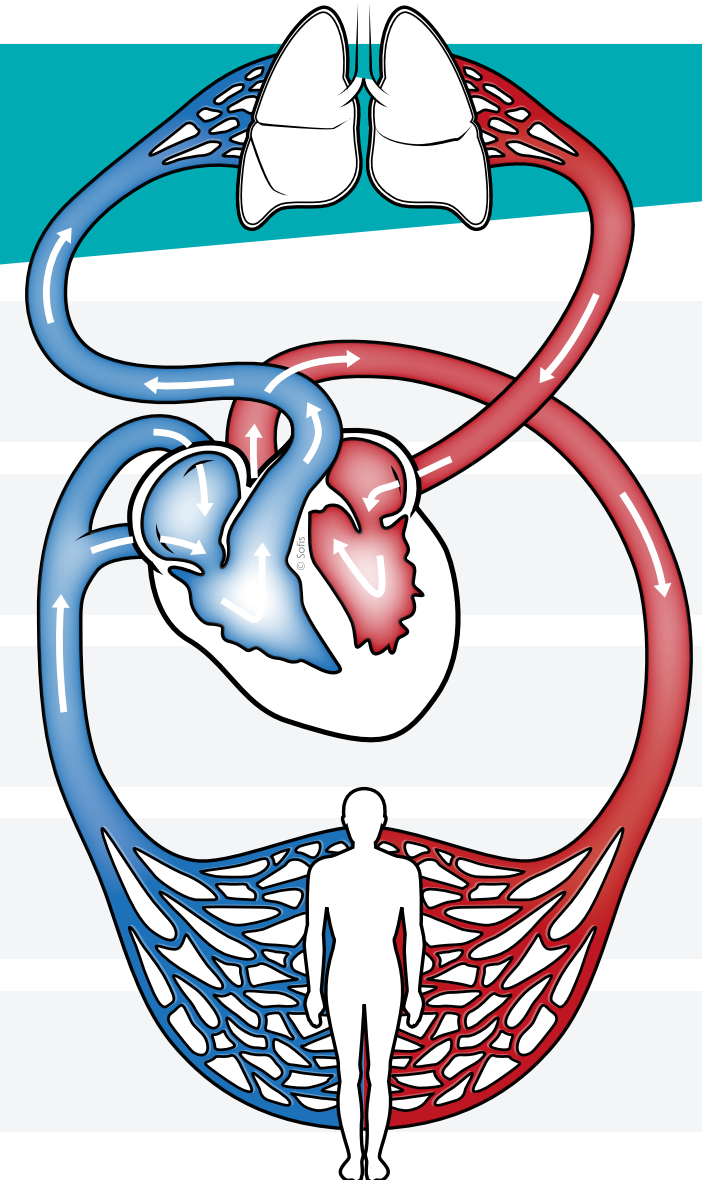
La phlébite...

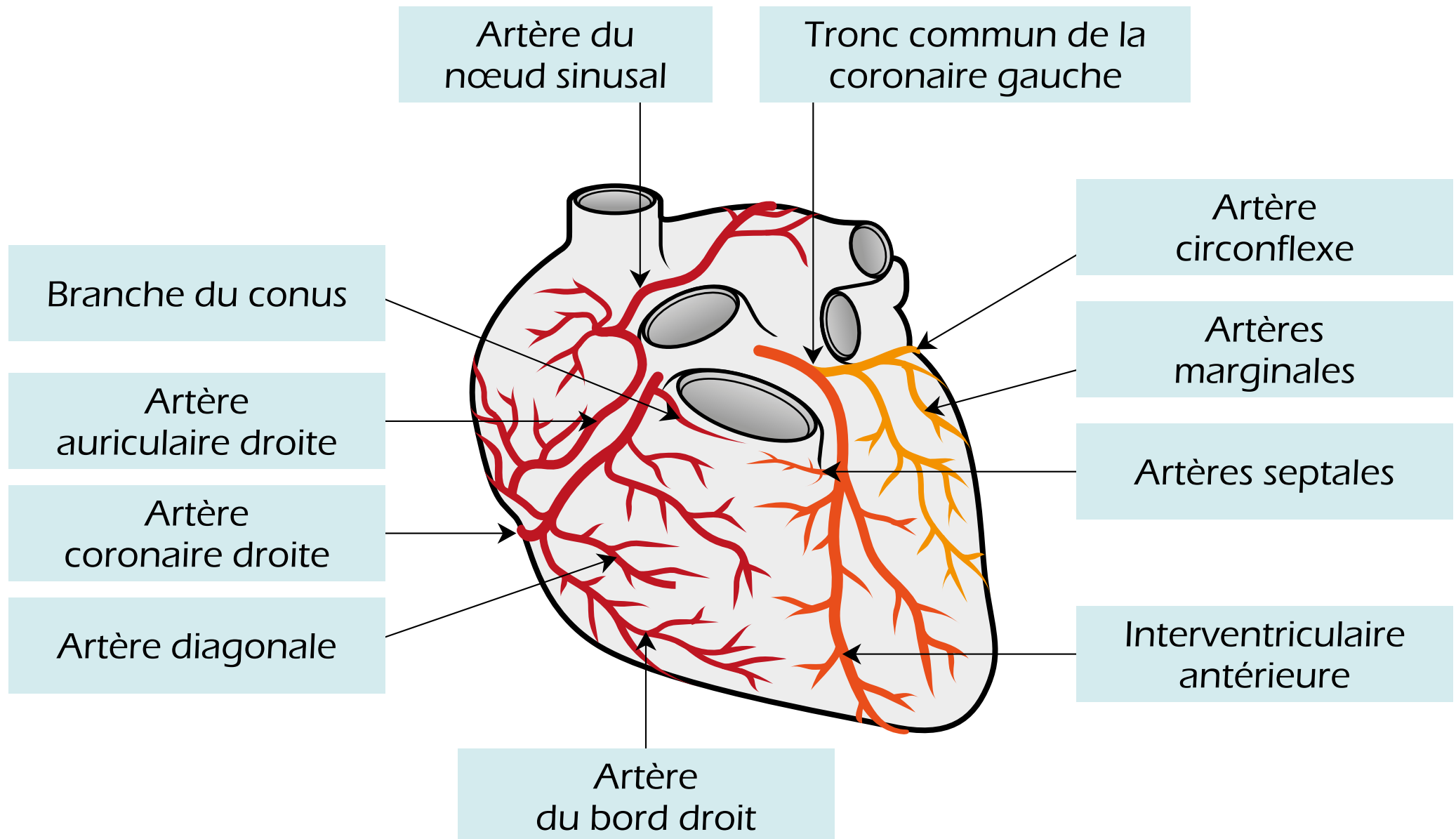
L'embolie pulmonaire...

L'œdème pulmonaire...

Le syndrome coronarien...

La dissection aortique





## QUELS SIGNES DE GRAVITÉ RECHERCHER ?



Des signes **respiratoires**



Des signes **circulatoires...**

## SIGNES DE GRAVITÉ RESPIRATOIRE

▶ Apnée

▶ Voies aériennes encombrées

▶ Bruits respiratoires

▶ Fréquence respiratoire (12 à 16 chez l'adulte) augmentée ou diminuée

▶ Cyanose, sueurs

▶ Tirage...

▶ Se référer aux **A et B**

## SIGNES DE GRAVITÉ CIRCULATOIRE

Saignement actif

Pâleur, sueurs, marbrures

Fréquence cardiaque augmentée ou anormalement basse

Douleur thoracique

Pouls radial imperceptible

Temps de recoloration

Se référer au **C**



## CONDUITE À TENIR

Alerter.

En attendant du renfort, adapter sa thérapeutique aux signes de gravité...

Sans oublier que le temps perdu c'est du myocarde en moins et des séquelles en plus (syndrome coronarien).

# URGENCES NEURO-VASCULAIRES

## AU TRAVERS DE QUELQUES EXEMPLES...

# LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

## Quelques **chiffres...**

**Première cause** de handicap acquis non traumatique.

On estime à **130 000 nouveaux cas** par an en France.

Dont **1/4 de moins de 65 ans**.

# LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

## Conséquences

**Handicaps** lourds et dépendance

Évolution vers la **démence** (2<sup>ème</sup> cause)

Risque de **décès** (3<sup>ème</sup> cause)

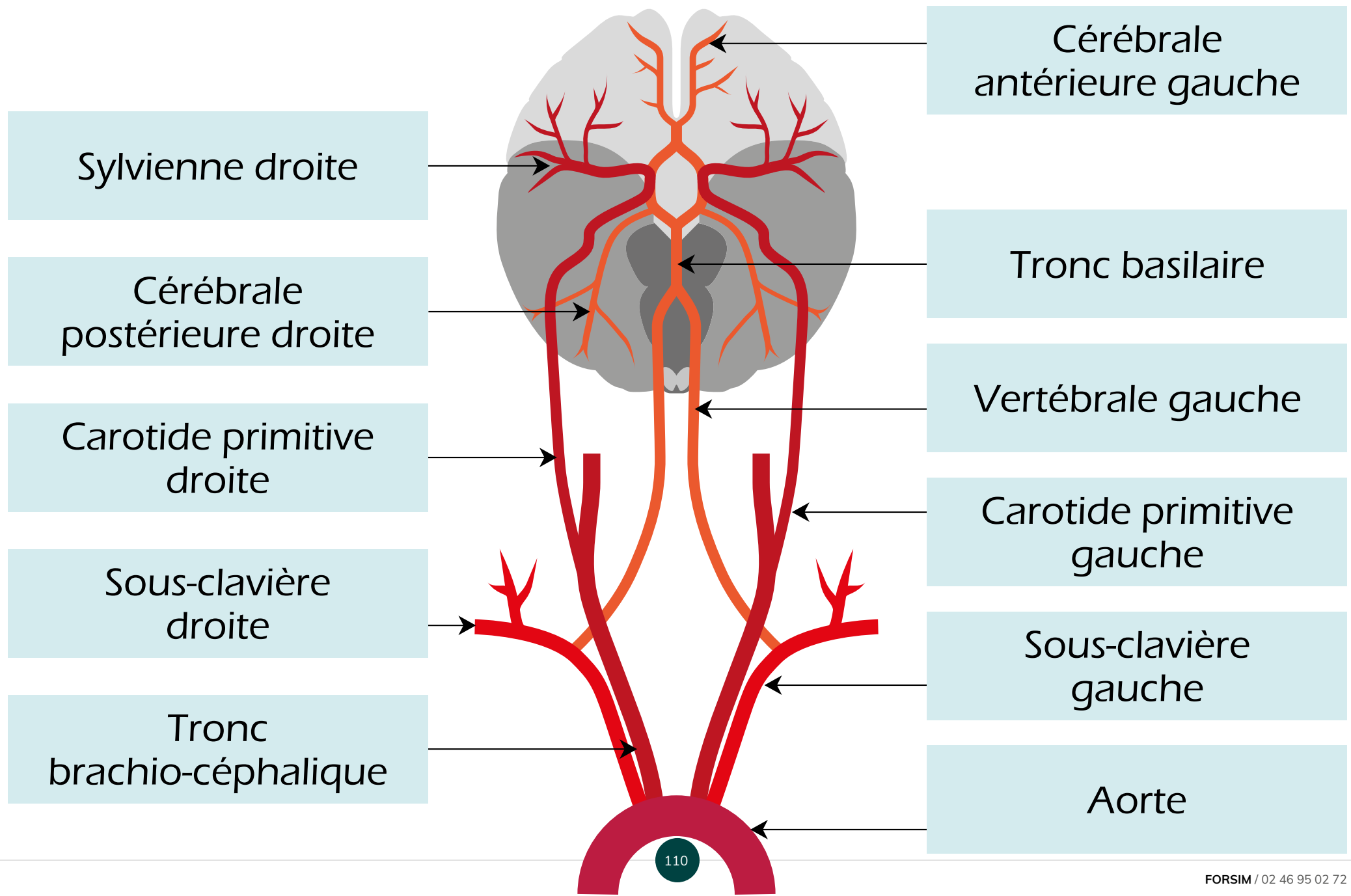


# LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

D'où le **plan d'action national** accidents vasculaires cérébraux  
2010 - 2014

Depuis 2022, il existe un **guide parcours de soins** de l'AVC chez l'adulte.

Le conseil scientifique a fait une **version PEC de l'AVC aigu** en 2024.



## QUELS SIGNES DE GRAVITÉ RECHERCHER ?



Des signes **respiratoires**



Des signes **neurologiques...**



Et des signes **circulatoires...**

# SIGNES DE GRAVITÉ NEUROLOGIQUE

État de conscience

Paralysie

Convulsions

Anisocorie

Score de Glasgow...

Se référer au **D**



# SCORE DE GLASGOW

Ouverture des yeux	
Spontanée	4
A la demande (verbale)	3
Aux stimuli douloureux	2
Aucune ouverture des yeux	1
Meilleure réponse verbale	
Réponses appropriées (orientées)	5
Réponses confuses	4
Réponses inappropriées	3
Bruits incompréhensibles (geignements)	2
Aucune réponse verbale	1
Meilleure réponse motrice	
Obéit aux ordres	6
Localise les stimuli douloureux	5
Retrait à la douleur	4
Flexion anormale à la douleur (décortication)	3
Extension anormale à la douleur (décérébration)	2
Aucune réponse motrice	1

**Score de Glasgow**

## COMMENT DÉPISTER L'AVC : SIGNES CLINIQUES ?

**Asymétrie du visage** (sourire ou grimace)

Paralysie faciale

**Difficultés d'élocution**

Aphasie

**Paralysie unilatérale d'un membre**

Hémiplégie

## CONDUITE À TENIR

Rechercher les signes cliniques et évaluer la gravité.

Alerter sans perte de temps.

En attendant du renfort, adapter sa prise en charge aux signes de gravité...

Sans oublier que du temps perdu, c'est des neurones en moins et des séquelles en plus... Penser aux jonctions.

## POUR NE RIEN OUBLIER

**F.A.S.T.**

**F** pour **Face**

**A** pour **Arm**

**S** pour **Speech**

**T** pour **Time**

Sans oublier les signes de gravité



Alerte précoce pour organiser la prise en charge

## STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE

Optimiser les moyens pour éviter toute perte de temps.



**En l'absence de  
signe de gravité**

Le transport médicalisé n'est pas indiqué.

**Transport précoce** vers une unité de prise en charge des urgences neuro-vasculaires.

## STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE

Pas de thérapeutique sans imagerie (IRM) qui fait la différence entre une hémorragie, une ischémie...

En cas d'ischémie : les protocoles de « reperfusion » (thrombolyse) sont mis en place dans les 4h30 qui suivent le début des signes (3h pour les patients > 80 ans) voire 6h pour la thrombectomie (en complément ou en première intention)

Importance primordiale du **facteur temps**









## POUR CONCLURE

Face à une urgence potentielle, **l'examen des fonctions vitales** du patient permet :

De déterminer la gravité immédiate.

De hiérarchiser sa prise en charge thérapeutique.

En effet, le traitement initial, souvent symptomatique, porte sur la stabilisation des défaillances vitales.



Le traitement étiologique indispensable est proposé au décours des explorations complémentaires.

# RETOUR SUR LA FORMATION



Tél. 02 46 85 02 95

[www.forsim.fr](http://www.forsim.fr)  
[contact@forsim.fr](mailto:contact@forsim.fr)