

Recommandations 25 ! SFMU-ANCESU-EXPERT



Pr Delphine DOUILLET (SFMU – Angers) Pr Blaise DEBIEN (ANCESU – Montpellier)



5 Questions :

Question 1 :



Chez un patient traumatisé en extrahospitalier, faut-il poser **systématiquement un collier cervical** pour éviter les complications secondaires ?

Question 2 :



Chez un patient ayant un traumatisme avec déformation de membre, faut-il systématiquement **réaligner le membre traumatisé** avant la réalisation d'une radiographie ?

Question 3 :



Chez un patient présentant une hémorragie d'un membre, quelles sont les modalités de prise en charge permettant de limiter la **perte de sang** et la **morbi-mortalité** ?

Question 4 :



Chez un patient traumatisé inconscient en contexte extrahospitalier, quelle est la **position d'attente** afin de limiter les risques d'inhalation et d'aggravation des lésions rachidiennes dans l'attente de la médicalisation ?

Question 5 :



Chez un patient en situation d'urgence, quelle **échelle d'évaluation** de la gravité améliore l'évaluation clinique et la prise en charge initiale des patients en situation d'urgence ? (XACBDE, ABCDE, MARCHE RYAN)

Méthodologie GRADE

GRADE 1

Recommandation forte

« il est recommande... » = sous entendu: **toujours**

GRADE 2

Recommandation faible

« il est recommande... » = sous entendu: **le plus souvent**

PEU DE LITTÉRATURE

Avis d'experts

« Les experts suggèrent... »

EN ABSENCE DE LITTÉRATURE

Absence de recommandation



Question 1 :



Chez un patient traumatisé en extrahospitalier, faut-il poser **systématiquement un collier cervical** pour éviter les complications secondaires ?

Experts : Nicolas Peschanski (CREF-SFMU), Quentin Le Bastard (SFMU), Catherine Bertrand (ANCESU).

R1.1. Les experts suggèrent de ne pas poser systématiquement de collier cervical chez tout patient traumatisé.

AVIS D'EXPERT

R1.2. Les experts suggèrent de considérer un patient comme suspect de traumatisme du rachis cervical s'il présente au moins un des éléments suivants :

- Douleur déclarée au niveau du rachis cervical,
- Inconscient ou altération de la conscience (alcoolisation, agitation, etc.) ou douleur distractive intense ne permettant pas une évaluation fiable.

AVIS D'EXPERT

HAS Cervicalgie après un traumatisme cervical non pénétrant chez l'adulte. 2020 Stiehl I et al N Engl J Med 2003

Sundstrøm T et al. J Neurotrauma 2014 Purvis TA. Am J Emerg Med 2017

Fracture/dislocation ou lésion de la moelle cervicale = risque faible estimé à 1-2%

UN PATIENT EST SUSPECT DE TRAUMATISME DU RACHIS CERVICAL

S'IL PRÉSENTE **AU MOINS UN** DES ÉLÉMENTS SUIVANTS :



DOULEUR DÉCLARÉE AU NIVEAU DU RACHIS CERVICAL

OU



INCONSCIENT



ALTÉRATION DE LA CONSCIENCE (alcoolisation, agitation, etc.)



DOULEUR DISTRACTIVE INTENSE

NE PERMETTANT PAS UNE ÉVALUATION FIABLE

Question 1 :



Chez un patient traumatisé en extrahospitalier, faut-il poser **systématiquement un collier cervical** pour éviter les complications secondaires ?

Experts : Nicolas Peschanski (CREF-SFMU), Quentin Le Bastard (SFMU), Catherine Bertrand (ANCESU).

R1.3. Les experts suggèrent de poser un collier cervical chez tous les patients suspects de traumatisme du rachis cervical en contexte extrahospitalier sauf si une évaluation in-situ par la règle Canadian C-Spine modifiée, effectuée par du personnel médical ou paramédical formé ou, à distance, par le médecin régulateur du SAMU (figure 1).

AVIS D'EXPERT

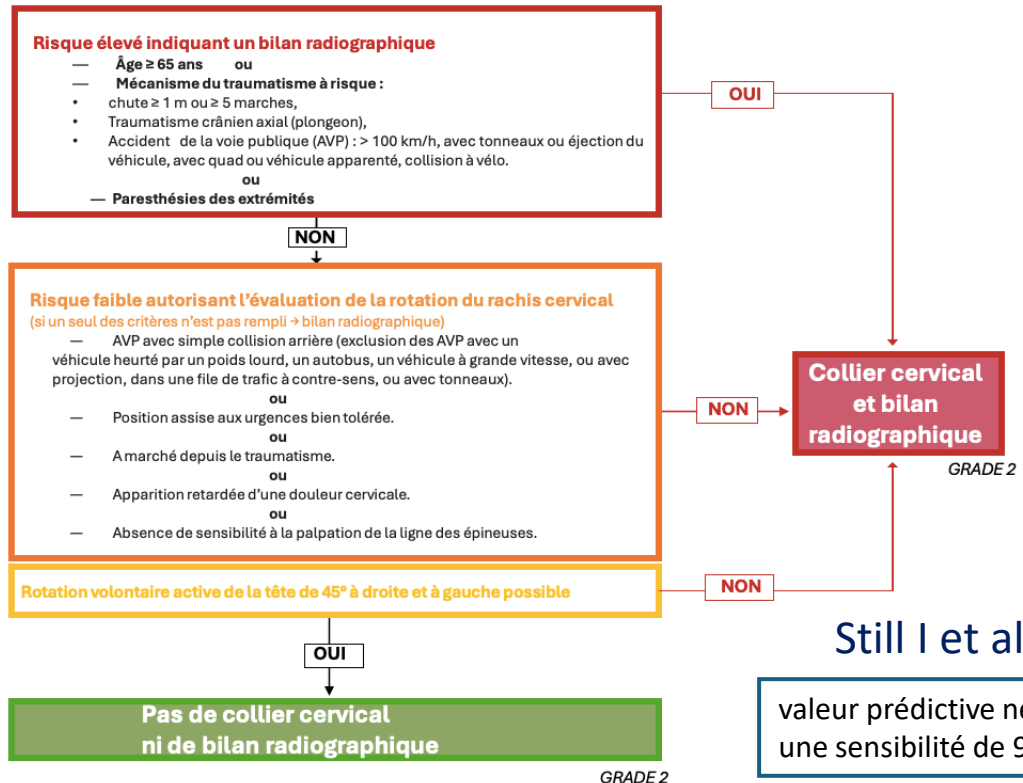
Implementation of the Canadian C-Spine Rule: prospective 12 centre cluster randomised trial

Ian G Stiell, professor and chair, senior scientist, Catherine M Clement, research program manager, *

- Etude avant/après
- 6 services d'urgences
- n = 11 824 patients

- ✓ Réduction relative de 12,8 % de l'imagerie
- ✓ Aucune fracture

Règles de décision de la Canadian C-Spine (CCS)



Aux urgences

Still I et al JAMA 2001

valeur prédictive négative (VPN) de 100%
une sensibilité de 99,4% (IC 95%, 96-100)

Question 1 :



Chez un patient traumatisé en extrahospitalier, faut-il poser **systématiquement un collier cervical** pour éviter les complications secondaires ?

Experts : Nicolas Peschanski (CREF-SFMU), Quentin Le Bastard (SFMU), Catherine Bertrand (ANESU).

R1.3. Les experts suggèrent de poser un collier cervical chez tous les patients suspects de traumatisme du rachis cervical en contexte extrahospitalier sauf si une évaluation in-situ par la règle Canadian C-Spine modifiée, effectuée par du personnel médical ou paramédical formé ou, à distance, par le médecin régulateur du SAMU (figure 1).

AVIS D'EXPERT

Règles de décision de la Canadian C-Spine (CCS) modifiées adaptées à l'extra hospitalier.

Deux des critères non applicables en extrahospitalier :

- « position assise au service des urgences »
- « apparition tardive de la cervicalgie »

Annals of Emergency Medicine
An International Journal

EMERGENCY MEDICAL SERVICES/ORIGINAL RESEARCH

Implementation of the Modified Canadian C-Spine Rule by Paramedics



Christian Vaillancourt, MD, MSc*; Many Charette, MSc; Julie Sinclair, MScN, A-EMCA; Richard Dionne, MD; Peter Kelly, ACP; Justin Maloney, MD; Marie-Joe Nemnom, MSc; George A. Wells, PhD; Ian G. Stiell, MD, MSc

- Etude prospective monocentrique à Ottawa
- Paramédics en extra-hospitalier
- n = 4034 patients
- ✓ Aucune complication, échec pour identifier 1/11 lésion sans conséquence
- ✓ Permet 66% de transport sans collier

Valeur Prédictive Négative du risque de lésions significatives du rachis cervical en contexte extrahospitalier (100%) mais sensibilité 90%

Question 1 :



Chez un patient traumatisé en extrahospitalier, faut-il poser **systématiquement un collier cervical** pour éviter les complications secondaires ?

Experts : Nicolas Peschanski (CREF-SFMU), Quentin Le Bastard (SFMU), Catherine Bertrand (ANCESU).

R1.3. Les experts suggèrent de poser un collier cervical chez tous les patients suspects de traumatisme du rachis cervical en contexte extrahospitalier sauf si une évaluation in-situ par la règle Canadian C-Spine modifiée, effectuée par du personnel médical ou paramédical formé ou, à distance, par le médecin régulateur du SAMU (figure 1).

AVIS D'EXPERT

L'organisation extrahospitalière du système de santé nord-américain est différente de la prise en charge en France

Pas d'étude de faisabilité ou encore de validation externe de l'application de ces règles en France

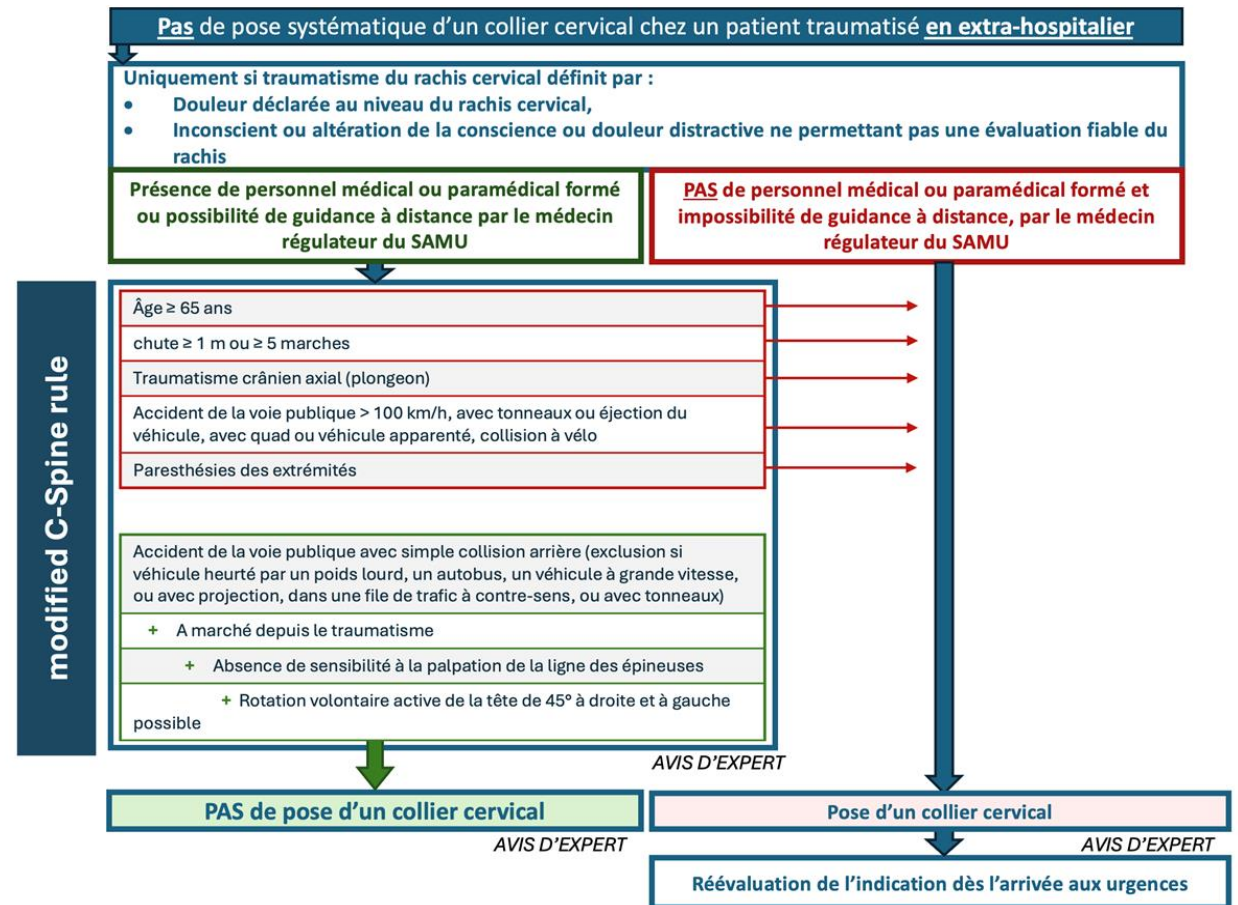


Figure 1. Algorithme de pose d'un collier cervical en extra-hospitalier
modified C-Spine rule : règle C-Spine modifiée, SAMU : service d'aide médical d'urgence

Question 1 :



Chez un patient traumatisé en extrahospitalier, faut-il poser **systématiquement un collier cervical** pour éviter les complications secondaires ?

Experts : Nicolas Peschanski (CREF-SFMU), Quentin Le Bastard (SFMU), Catherine Bertrand (ANCESU).

R1.4. Dès l'admission aux urgences, il est recommandé d'évaluer systématiquement la stabilité et la gravité du traumatisme du rachis cervical (règle Canadian C-Spine) permettant de décider du retrait ou du maintien du collier cervical par du personnel formé (figure 2).

GRADE 2 - recommandation faible (Accord fort)

Le plus souvent il faut...

Question 2 :



Chez un patient ayant un traumatisme avec déformation de membre, faut-il systématiquement **réaligner le membre traumatisé** avant la réalisation d'une radiographie ?

Experts : Richard Chocron (Paris, SFMU CREF), Cyril Desanlis (Charleville-Mézières, ANCESU), Jean-Paul Fontaine (Paris, SFMU)



**LÉSION OSTÉOARTICULAIRE
DE NATURE EXACTE NON CONNUE**



Une manipulation **inappropriée** peut exposer le patient à un risque accru^[1].

RISQUE ACCRU DE :



**LÉSIONS
NEUROVASCULAIRES**
(atteinte vasculaire
ou nerveuse)



**LÉSIONS CUTANÉES
SECONDAIRES**
(plaies, nécrose,
souffrance cutanée)



L'ENJEU CLINIQUE

Trouver un équilibre entre deux impératifs complémentaires



**OBTENIR RAPIDEMENT
UN DIAGNOSTIC
PRÉCIS**
(imagerie, évaluation
clinique adaptée)



**PRÉVENIR L'AGGRAVATION
DES LÉSIONS TISSULAIRES**
(neurovasculaires
et cutanées)

Réaligner systématiquement avant radio ?

- n= 90 fractures de cheville avec 31 réductions avant radiographie
- **taux significativement plus élevé d'échec de la réduction si avant la radiographie** (RR = 2,72 ; IC à 95 % : 1,15 à 6,44)
- pas différence significative concernant le délai opératoire ou le recours à une ostéosynthèse

Hastie GR, Divecha H, Javed S, et al (2014) Ankle injury manipulation before or after X-ray-- does it influence success? Injury 45(3):583-585

MAIS !

fracture réalignée =

- réduction notable de la douleur
- une meilleure protection des tissus mous

Powell RA, Weir AJ (2025) EMS Bone Immobilization. StatPearls

Question 2 :



Chez un patient ayant un traumatisme avec déformation de membre, faut-il systématiquement **réaligner le membre traumatisé** avant la réalisation d'une radiographie ?

Experts : Richard Chocron (Paris, SFMU CREF), Cyril Desanlis (Charleville-Mézières, ANCESU), Jean-Paul Fontaine (Paris, SFMU)

R2.1. Chez un patient ayant un traumatisme avec une déformation de membre, les experts suggèrent de ne pas réaligner systématiquement le membre avant la radiographie, sauf en cas de :

- suspicion d'atteinte de la circulation distale,
- risque de souffrance cutanée,
- lésion neurologique,
- douleur intense,
- position incompatible avec le transport (figure 3).

AVIS D'EXPERT

R2.2. Les experts suggèrent d'effectuer une seule tentative de réduction sous sédation procédurale appropriée, suivie d'une immobilisation statique immédiate et d'un examen radiologique.

AVIS D'EXPERT

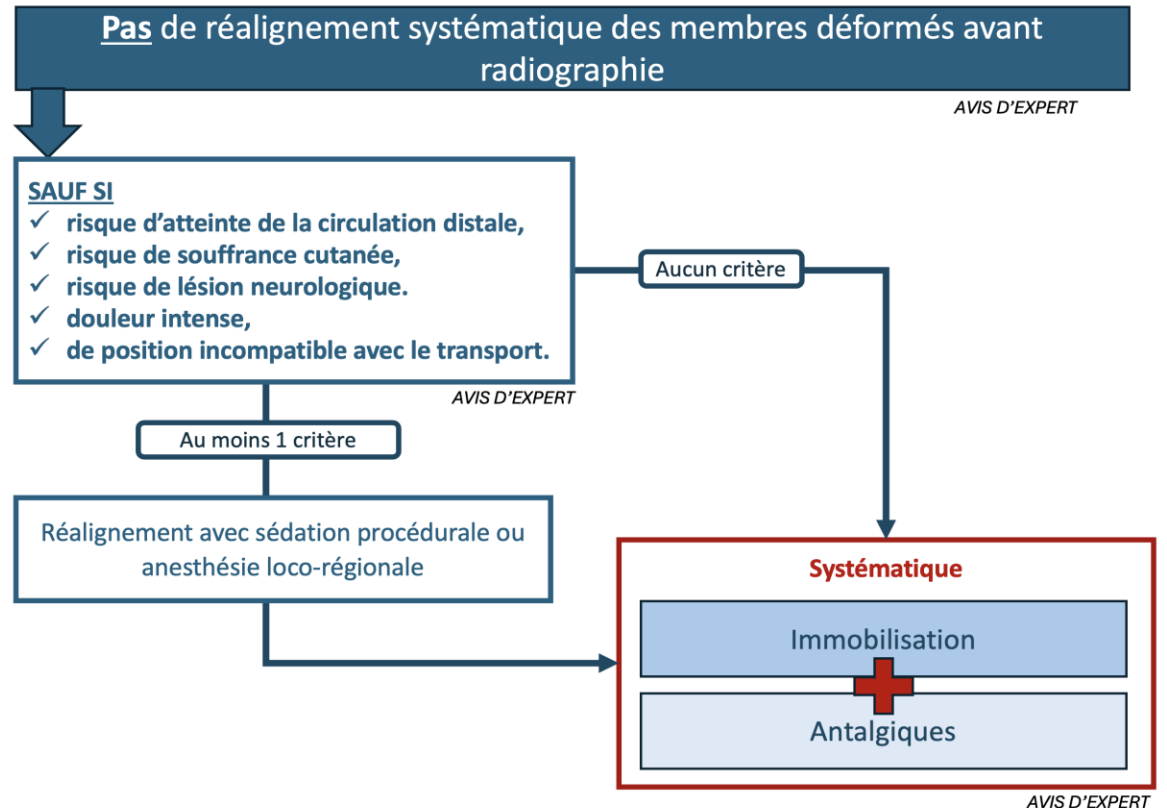


Figure 3. Prise en charge d'un patient ayant un traumatisme avec déformation membre

Question 3 :



Chez un patient présentant une hémorragie d'un membre, quelles sont les modalités de prise en charge permettant de limiter la **perte de sang** et la **morbi-mortalité** ?

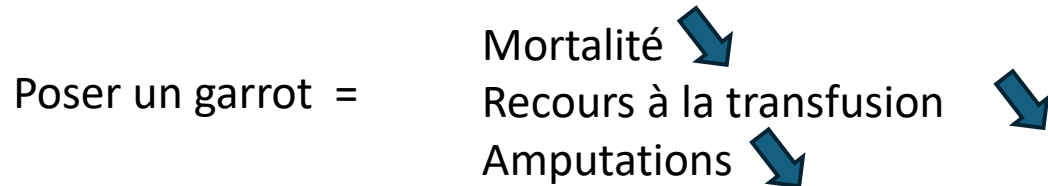
Experts : Thibaut Markarian (Marseille, CREF SFMU), Blaise Debien (Montpellier, ANCESU), Nicolas Cazes (Marseille, SFMU)

L'EXSANGUINATION EST LA PRINCIPALE CAUSE DE DÉCÈS ÉVITABLE CHEZ LES PATIENTS VICTIMES DE TRAUMATISMES

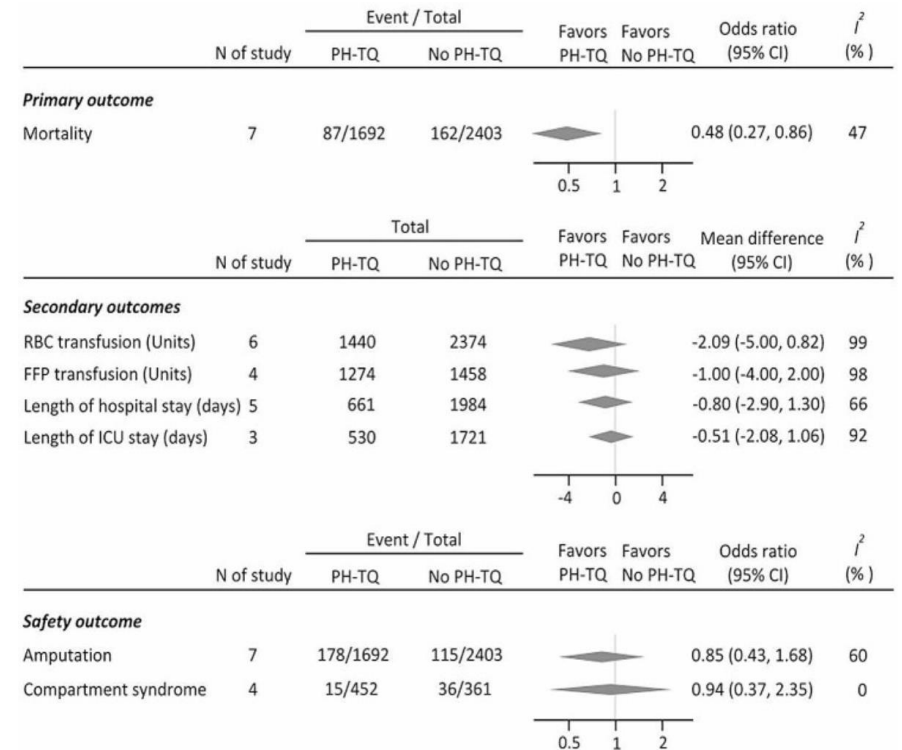
Dorlac WC, DeBakey ME, Holcomb JB, Fagan SP, Kwong KL, Dorlac GR, et al. Mortality from isolated civilian penetrating extremity injury. J Trauma. 2005 Jul;59(1):217-22.

Eastridge BJ, Mabry RL, Seguin P, Cantrell J, Tops T, Uribe P, et al. Death on the battlefield (2001-2011): implications for the future of combat casualty care. J Trauma Acute Care Surg. 2012 Dec;73(6 Suppl 5):S431-437.

Kleber C, Giesecke MT, Tsokos M, Haas NP, Buschmann CT. Trauma-related preventable deaths in Berlin 2010: need to change prehospital management strategies and trauma management education. World J Surg. 2013 May;37(5):1154-61



Une méta-analyse récente, 4000 patients civils



Question 3 :



Chez un patient présentant une hémorragie d'un membre, quelles sont les modalités de prise en charge permettant de limiter la **perte de sang** et la **morbi-mortalité** ?

Experts : Thibaut Markarian (Marseille, CREF SFMU), Blaise Debien (Montpellier, ANCESU), Nicolas Cazes (Marseille, SFMU)

ANNALS OF SURGERY



L'utilisation d'un garrot en l'absence de choc était fortement associée à la survie

GARROT UTILISÉ

90 %



VS

GARROT NON UTILISÉ

10 %



90 % vs 10 % ; $p < 0,001$

R3.1 – Chez les patients présentant une hémorragie active de membre, il est recommandé de mettre en place un garrot hémostatique le plus précocement possible en cas de :

- plaie de grande taille et extrêmement délabrante ; plaie non accessible à la compression directe ; d'amputation ; de présence d'un corps étranger profond ; d'absence de pouls périphérique ; de choc hémorragique ; d'arrêt cardiaque ; multiples victimes (figure 4).

GRADE 2 - recommandation faible (Accord fort)

Question 3 :



Chez un patient présentant une hémorragie d'un membre, quelles sont les modalités de prise en charge permettant de limiter la **perte de sang** et la **morbi-mortalité** ?

Experts : Thibaut Markarian (Marseille, CREF SFMU), Blaise Debien (Montpellier, ANCESU), Nicolas Cazes (Marseille, SFMU)

De nombreuses études, expérimentales, comme observationnelles, rapportent que, bien que salvateur, l'usage des garrots n'est pas sans risques

Rowe CJ, Walsh SA, Dragon AH, Rhodes AM, Pak OL, Ronzier E, et al. Tourniquet-induced ischemia creates increased risk of organ dysfunction and mortality following delayed limb amputation. *Injury*. 2023 Mar 4;S0020-1383(23)00179-1.

Hedger DJ, Smith M, Weaver N, Bendall J, Balogh ZJ. Increasing prehospital tourniquet use attributed to non-indicated use: an 11-year retrospective study. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2025 Jan 24;51(1):71.

Xacur-Trabulce A, Casas-Fuentes G, Ruiz-Vasconcelos V, Reitz MM, Henry SM, Scalea TM, et al. Tourniquet-related complications in extremity injuries: a scoping review of the literature. *World J Emerg Surg*. 2025 Jun 25;20(1):57.

Holcomb JB, Dorlac WC, Drew BG, Butler FK, Gurney JM, Montgomery HR, et al. Rethinking limb tourniquet conversion in the prehospital environment. *J Trauma Acute Care Surg*. 2023 Dec 1;95(6):e54-60.

TABLEAU 1 - Raisons de convertir ou de remplacer les garrots

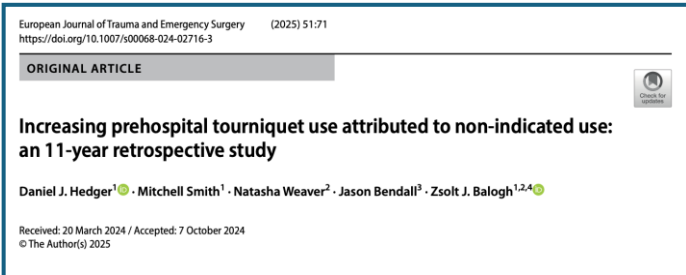
préservation des membres	L'utilisation prolongée d'un garrot peut entraîner une ischémie et des lésions tissulaires, ainsi que le risque d'amputation.
Prévention du syndrome des loges	L'application prolongée d'un garrot peut entraîner le développement d'un syndrome loge, une affection caractérisée par une augmentation de la pression à l'intérieur d'un compartiment musculaire, provoquant des lésions tissulaires et une perte potentielle de la fonction du membre.
Prévention des lésions de reperfusion	Lorsqu'un garrot est relâché après une utilisation prolongée, la reperfusion du membre peut entraîner des complications systémiques telles que l'acidose, la coagulopathie, l'hypotension, l'insuffisance rénale et la mort.
Éviter les douleurs et l'inconfort prolongés	L'application prolongée d'un garrot peut causer une douleur et une gêne importante à la victime et peut augmenter le besoin de médicaments analgésiques dans un environnement aux ressources limitées.

Question 3 :



Chez un patient présentant une hémorragie d'un membre, quelles sont les modalités de prise en charge permettant de limiter la **perte de sang** et la **morbi-mortalité** ?

Experts : Thibaut Markarian (Marseille, CREF SFMU), Blaise Debien (Montpellier, ANCESU), Nicolas Cazes (Marseille, SFMU)



88 applications de garrot pneumatique intermittent (PHTQ) pour 88 lésions des extrémités chez 86 patients ($n = 86$, âge médian [IQR] : 43 [28-57] ans, 85 % d'hommes). L'utilisation du PHTQ a été jugée **non indiquée dans 68 cas** (68/88, 77 % [IC 95 % : 67-86 %]).



Une revue de la littérature publiée entre 2016 et 2024

Les facteurs aggravants retrouvés

- une durée de pose prolongée (> 2h),
- **une sur-utilisation injustifiée**, sans avoir au préalable, envisagé une pression directe,
- une malposition ou une pression élevée non contrôlée,
- l'utilisation d'un garrot improvisé
- **l'absence de formation des intervenants**

Question 3 :



Chez un patient présentant une hémorragie d'un membre, quelles sont les modalités de prise en charge permettant de limiter la **perte de sang** et la **morbi-mortalité** ?

Experts : Thibaut Markarian (Marseille, CREF SFMU), Blaise Debien (Montpellier, ANCESU), Nicolas Cazes (Marseille, SFMU)

R3.2 – En cas de pose de garrot, les experts suggèrent de réévaluer précocement, au mieux dans l'heure, son efficacité et d'entreprendre, si possible, une conversion par pansement hémostatique.

AVIS D'EXPERT

The Journal of Trauma and Acute Care Surgery

Holcomb JB, Dorlac WC, Drew BG, Butler FK, Gurney JM, Montgomery HR, et al. Rethinking limb tourniquet conversion in the prehospital environment. J Trauma Acute Care Surg. 2023 Dec 1;95(6):e54–60.

TABLEAU 2 - Recommandations concernant la conversion ou le remplacement du garrot

Indications pour le remplacement du garrot torique	Indications pour la conversion TQ	Indication de laisser un TQ en place
Ajustement du garrot « haut et serré » : lorsqu'un garrot « haut et serré » précédemment appliqué dans une situation à haut risque peut être mieux évalué quant à sa proximité avec le site de dépression.	Disponibilité de méthodes alternatives : lorsque d'autres méthodes de contrôle des dépressions, telles que la pression directe, les agents hémostatiques ou la fermeture de la plaie, deviennent possibles et facilement disponibles.	Un garrot permet de contrôler l'hémorragie en cas d'amputation manifeste ou d'échec de la tentative de conversion.
Ajustement du garrot nécessaire : si la pose initiale du garrot n'a pas permis de contrôler l'hémorragie, il peut être nécessaire d'ajuster son positionnement ou sa tension. Dans ce cas, le remplacement du garrot permet une application plus sûre et appropriée.	La plaie peut être recouverte d'un pansement hémostatique ou compressif et trois critères de conversion sont réunis : 1. La victime n'est pas en état de choc. 2. Il est possible de surveiller la plaie pour détecter un éventuel accident. 3. Le garrot n'est pas utilisé pour contrôler un affaiblissement lié à l'amputation.	Le garrot est en place depuis plus de 6 heures.
Tout doit être mis en œuvre pour remplacer les TQ plus distalement en moins de 2 h	Tout doit être mis en œuvre pour convertir les TQ en moins de 2 heures si le souffle peut être contrôlé par d'autres moyens.	

Question 3 :



Chez un patient présentant une hémorragie d'un membre, quelles sont les modalités de prise en charge permettant de limiter la **perte de sang** et la **morbi-mortalité** ?

Experts : Thibaut Markarian (Marseille, CREF SFMU), Blaise Debien (Montpellier, ANCESU), Nicolas Cazes (Marseille, SFMU)

R3.3 - Chez les patients présentant une hémorragie active de membre et en dehors des situations citées ci-dessus, les experts suggèrent de réaliser en première intention une pression directe en regard de la plaie hémorragique.

AVIS D'EXPERT

la pression directe : traitement de premier choix en permettant de contrôler efficacement les saignements chez la plupart des patients



R3.4 – Il est recommandé de mettre en place un garrot chez les patients présentant une hémorragie active et continue de membre en cas d'inefficacité de la pression directe.

GRADE 2 - recommandation faible (Accord fort)

Question 3 :



Chez un patient présentant une hémorragie d'un membre, quelles sont les modalités de prise en charge permettant de limiter la **perte de sang** et la **morbi-mortalité** ?

Experts : Thibaut Markarian (Marseille, CREF SFMU), Blaise Debien (Montpellier, ANCESU), Nicolas Cazes (Marseille, SFMU)

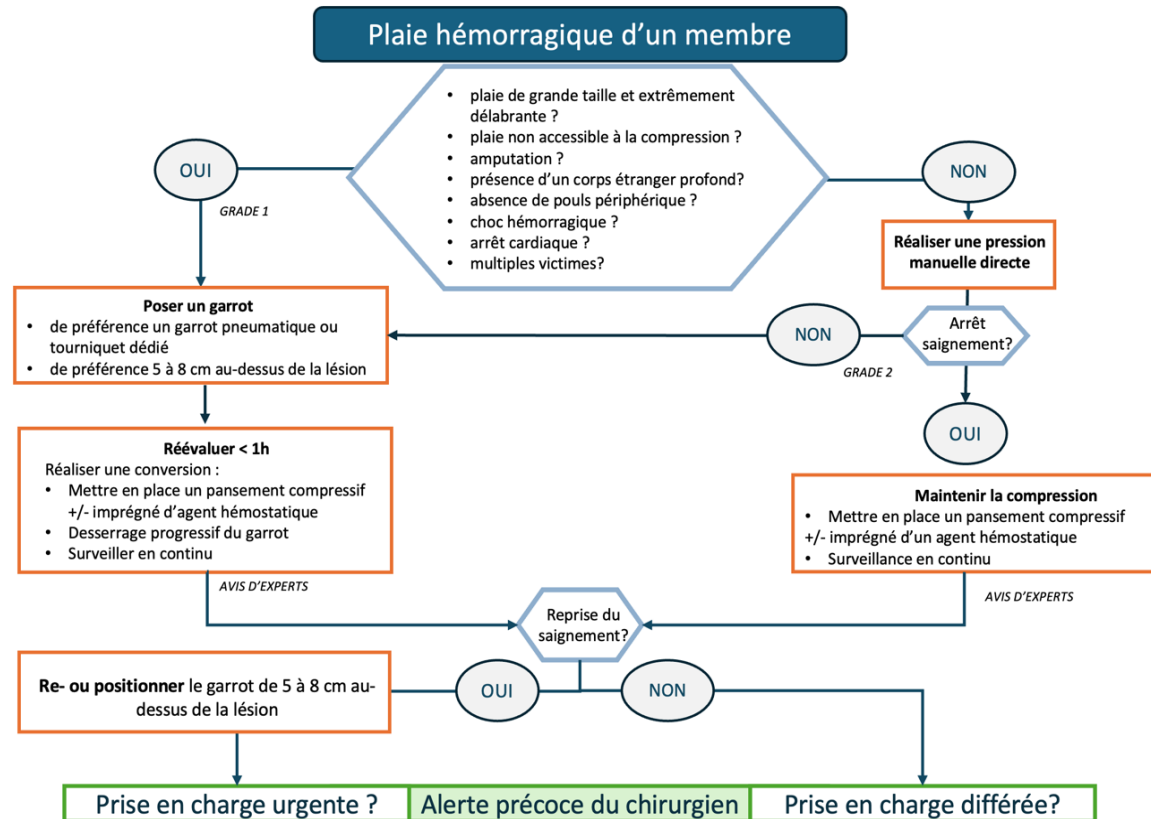


Figure 4. Prise en charge d'un patient présentant une hémorragie d'un membre

Question 4 :



Chez un patient traumatisé inconscient en contexte extrahospitalier, quelle est la **position d'attente** afin de limiter les risques d'inhalation et d'aggravation des lésions rachidiennes dans l'attente de la médicalisation ?

Experts : Amélie Vromant (Paris, CREF SFMU), Céline Longo (Nantes, ANCESU), Mathieu Heidet (Créteil, SFMU)

Patient inconscient traumatisé...

Rachis potentiel → On ne mobilise pas le patient



la décision de mobiliser ou non le patient repose en premier lieu sur l'existence d'une menace respiratoire immédiate

Évaluer le rapport **Bénéfice / Risque**

AVIS D'EXPERT

R4.1. Chez un patient traumatisé inconscient qui respire normalement, les experts suggèrent de ne pas mobiliser le patient, d'assurer la libération des voies aériennes supérieures, tout en gardant une surveillance rapprochée de la respiration.

Question 4 :



Chez un patient traumatisé inconscient en contexte extrahospitalier, quelle est la **position d'attente** afin de limiter les risques d'inhalation et d'aggravation des lésions rachidiennes dans l'attente de la médicalisation ?

Experts : Amélie Vromant (Paris, CREF SFMU), Céline Longo (Nantes, ANCESU), Mathieu Heidet (Créteil, SFMU)

Hyldmo et al. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* (2015) 23:50
DOI 10.1186/s13049-015-0116-0

SCANDINAVIAN JOURNAL OF
trauma, resuscitation
& emergency medicine

ORIGINAL RESEARCH

Open Access



Is the supine position associated with loss of airway patency in unconscious trauma patients? A systematic review and meta-analysis

Per Kristian Hyldmo^{1,2*}, Gunn E Vist³, Anders Christian Feyling⁴, Leif Rognås⁵, Vidar Magnusson⁶, Mårten Sandberg^{7,8} and Eldar Søreide^{9,10}

Méta-analyse: 1 306 - 39

la position dorsale + perte de perméabilité des voies aériennes // à la position latérale.

La position dorsale est plus fréquemment associée à une **perte de perméabilité des voies aériennes** que la position latérale chez des patients inconscients



Question 4 :



Chez un patient traumatisé inconscient en contexte extrahospitalier, quelle est la **position d'attente** afin de limiter les risques d'inhalation et d'aggravation des lésions rachidiennes dans l'attente de la médicalisation ?

Experts : Amélie Vromant (Paris, CREF SFMU), Céline Longo (Nantes, ANCESU), Mathieu Heidet (Créteil, SFMU)

Lorsque la mise en décubitus latéral est rendue nécessaire **pour des raisons respiratoires,** le choix de la technique doit viser **à minimiser les mouvements cervicaux.**

Safety of the lateral trauma position in cervical spine injuries a cadaver model study

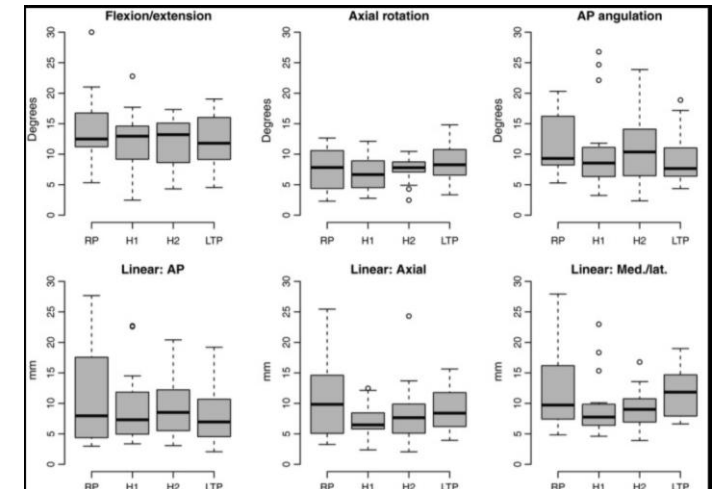
P. K. Hyldmo^{a,b}, M. B. Horodyski^c, B. P. Conrad^d, D. N. Dubose^e, J. Røislien^f, M. Prasarn^g, G. R. Rehtine^{h,i}, E. Søreide^j

First published: 07 March 2016 | <https://doi.org/10.1111/aas.12714> | VIEW METRICS

Original Contribution

Does the novel lateral trauma position cause more motion in an unstable cervical spine injury than the logroll maneuver?

Per Kristian Hyldmo^{a,b}, MaryBeth Horodyski^c, Bryan P. Conrad^d, Sindre Aslaksen^{e,f}, Jo Røislien^g, Mark Prasarn^h, Glenn R. Rehtine^{i,j}, Eldar Søreide^{k,l}



modèle cadavérique: chez les patients traumatisés inconscients non intubé, la position latérale traumatologique (LTP) ou l'une des deux techniques HAINES sont préférables à la position latérale de sécurité (PLS) en cas de lésion instable de la colonne cervicale.

HAINES Seul



Question 4 :



Chez un patient traumatisé inconscient en contexte extrahospitalier, quelle est la **position d'attente** afin de limiter les risques d'inhalation et d'aggravation des lésions rachidiennes dans l'attente de la médicalisation ?

Experts : Amélie Vromant (Paris, CREF SFMU), Céline Longo (Nantes, ANCESU), Mathieu Heidet (Créteil, SFMU)

TLP à 2



La **position latérale de traumatologie** (TLP) et l'une des deux méthodes **HAINES** (High Arm IN Endangered Spine) sont privilégiées chez les patients inconscients, malgré un niveau de preuve limité .

Question 4 :



Chez un patient traumatisé inconscient en contexte extrahospitalier, quelle est la **position d'attente** afin de limiter les risques d'inhalation et d'aggravation des lésions rachidiennes dans l'attente de la médicalisation ?

Experts : Amélie Vromant (Paris, CREF SFMU), Céline Longo (Nantes, ANCESU), Mathieu Heidet (Créteil, SFMU)

R4.2. Chez un patient traumatisé inconscient qui a des vomissements ou une dyspnée, et pris en charge en extrahospitalier par au moins deux intervenants expérimentés, les experts suggèrent de réaliser une mise en position latérale modifiée (*Lateral Trauma Position - LTP*), avec un maintien strict de l'axe rachidien (maintien manuel de la tête, roulé en bloc avec ou sans collier cervical rigide), sous surveillance continue de la respiration.

AVIS D'EXPERT

R4.3. Chez un patient traumatisé inconscient qui a des vomissements ou une dyspnée, et pris en charge en extrahospitalier par un seul intervenant expérimenté, les experts suggèrent d'envisager la mise en position latérale de Haines (un bras sous la tête), avec mobilisation précautionneuse, en limitant au maximum la mobilisation du rachis cervical, et sous surveillance continue de la respiration.

Si vomissement ou dyspnée ... Les experts suggèrent de mettre sur le coté sous surveillance continue de la respiration.

Question 4 :



Chez un patient traumatisé inconscient en contexte extrahospitalier, quelle est la **position d'attente** afin de limiter les risques d'inhalation et d'aggravation des lésions rachidiennes dans l'attente de la médicalisation ?

Experts : Amélie Vromant (Paris, CREF SFMU), Céline Longo (Nantes, ANCESU), Mathieu Heidet (Créteil, SFMU)

Open access

Original research

BMJ Open In out-of-hospital cardiac arrest, is the positioning of victims by bystanders adequate for CPR? A cohort study

Patrick Wagner,¹ Sebastian Schloesser,² Julia Braun,³ Hans-Richard Arntz,⁴ Jan Breckwoldt ⁵

Lors d'un arrêt cardiaque extrahospitalier (ACEH), deux tiers des victimes se trouvaient dans une position inadaptée à la réalisation efficace des compressions thoraciques. Cette situation était associée à des résultats moins favorables.

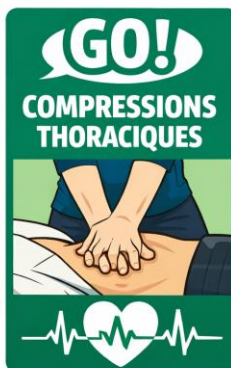
ADULT BASIC LIFE SUPPORT
KEY MESSAGES

GUIDELINES
2025



GRADE 1 (recommandation forte)(Accord fort)

NO NO GO



R.4.4 Chez un patient traumatisé, inconscient, qui ne respire pas ou dont la respiration est anormale, l'arrêt cardiaque doit être présumé. Afin d'entreprendre les manœuvres de réanimation cardiopulmonaire (RCP) le plus précocement possible, il est recommandé de le laisser, ou de le mobiliser, en position de décubitus dorsal strict.

Question 4 :



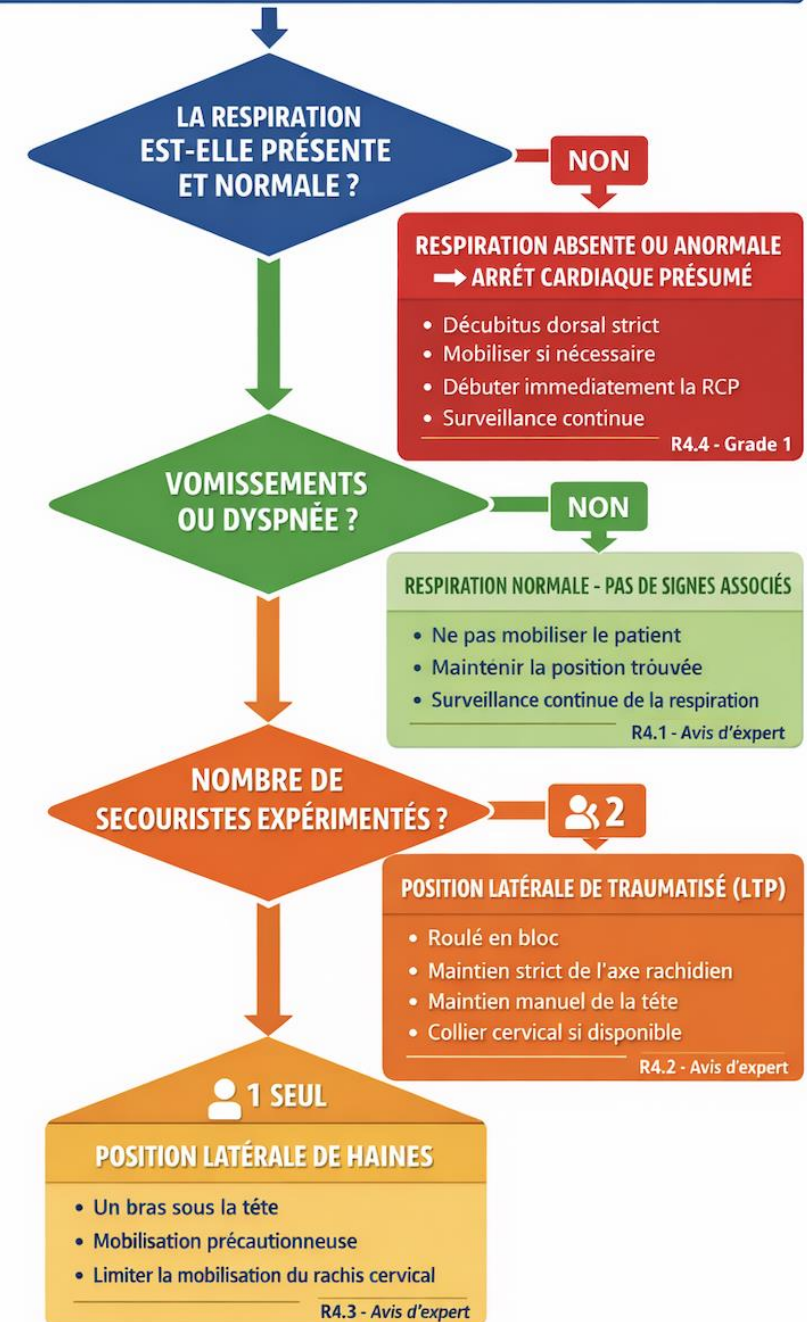
Chez un patient traumatisé inconscient en contexte extrahospitalier, quelle est la **position d'attente** afin de limiter les risques d'inhalation et d'aggravation des lésions rachidiennes dans l'attente de la médicalisation ?

Experts : Amélie Vromant (Paris, CREF SFMU), Céline Longo (Nantes, ANCESU), Mathieu Heidet (Créteil, SFMU)



Figure 5. Prise en charge d'un patient traumatisé inconscient en extra-hospitalier.

PATIENT TRAUMATISÉ INCONSCIENT



Question 5 :



Chez un patient en situation d'urgence, quelle **échelle d'évaluation** de la gravité améliore l'évaluation clinique et la prise en charge initiale des patients en situation d'urgence ? (XACBDE, ABCDE, MARCHE RYAN)

Experts : Jean-Baptiste Bouillon (SFMU, Clermont-Ferrand), Julien Naud (ANCESU, Bordeaux), Nadia Tiberti (SFMU - CREF, Aix-en-Provence)

MARCHE

Journal américain de médecine d'urgence

Volume 72, octobre 2023, pages 113-121

Effet de la mise en œuvre d'une liste de contrôle dans la prise en charge préhospitalière d'un patient traumatisé

Marine Lefèbvre MD^a, Kévin Balasoupramanien MD^b, Julien Galant MD^c, Pierre-Olivier Vidal MD^c, Bastien Van Overbeck ND^c, Daniel Meyran MD^c, Cédric Boutillier du Retail MD^c, Aurélien Renard MD^c, Nicolas Cazes MD^c

Réduction du taux d'omissions de gestes essentiels de 25% à 17% (OR 0,67, 95CI 0,46 à 0,96)

Trauma Surgery & Acute Care Open

ABCDE

Pediatric trauma primary survey performance among surgical and non-surgical pediatric providers in a Brazilian trauma center

João Botelho¹, Paul Truche², David P Mooney², Luke Caddell², Thrin Zimmerman², Lina Roa², Nivaldo Alonso³, Alexis Bowder², Domingos Drummond⁴, Simone de Campos Vieira Abib⁵

Réduction du nombre d'exams d'imagerie par scanner réalisés (ROC curve area = 0,661 ; p = 0,027)

ABCDE

Standardisation de la réanimation initiale du patient traumatisé à l'aide de l'outil d'évaluation primaire (Primary Assessment Completion Tool) et de l'analyse vidéo

Wurster, Lee Ann, MS, RN, CPNP ; Thakkar, Rajan K., MD ; Haley, Kathy J., MS, RN ; Wheeler, Krista K., MS ; Larson, Jeremy, MD ; Stoner, Michael, MD ; Gewirtz, Yafa, MD ; SSB : Gross

The Journal of Trauma and Acute Care Surgery

Augmentation de la conformité aux recommandations (score de conformité > 85% : 9,1% avant vs. 91,5% 1 an après ; p < 0,0001)

Resuscitation Plus

ELSEVIER

Journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation-plus

Review

The ABCDE approach in critically ill patients: A scoping review of assessment tools, adherence and reported outcomes

Laure J. Bruinink^{a,b}, Marjolijn Linders^{a,c}, Willem P. de Boode^b, Cornelia R.M.G. Fluit^a, Marije Hogeveen^b

ABCDE

Facilite la détermination d'un diagnostic et la décision de traitement, Améliore la communication, le leadership et le travail en équipe, Augmente enfin la confiance des professionnels pas d'effet sur l'amélioration clinique

World Journal of Surgery

Article

Impact pédagogique et clinique des formations ATLS (Advanced Trauma Life Support) : une revue systématique

Alshafi Mohammad, Frank Branicki, Fikri M. Abu-Z

X-ABCDE

Amélioration des compétences cliniques et des capacités de triage chez les professionnels de santé formés

Question 5 :



Chez un patient en situation d'urgence,
quelle **échelle d'évaluation** de la gravité améliore
l'évaluation clinique et la prise en charge initiale des patients en situation d'urgence ?
(XACBDE, ABCDE, MARCHE RYAN)

Experts : Jean-Baptiste Bouillon (SFMU, Clermont-Ferrand), Julien Naud (ANCESU, Bordeaux),
Nadia Tiberti (SFMU - CREF, Aix-en-Provence)

R 5.1. Il est recommandé d'utiliser une méthode d'évaluation standardisée pour améliorer l'évaluation clinique et la prise en charge initiale des patients en situation d'urgence.

GRADE 2 (Accord fort)

R 5.2. Aucune recommandation ne peut être formulée concernant l'utilisation d'une méthode d'évaluation standardisée par rapport à une autre (X-ABCDE versus MARCHE) pour améliorer l'évaluation clinique et la prise en charge initiale des patients en situation d'urgence (figure 6).

ABSENCE DE RECOMMANDATION

Question 5 :



Chez un patient en situation d'urgence,
quelle **échelle d'évaluation** de la gravité améliore
l'évaluation clinique et la prise en charge initiale des patients en situation d'urgence ?
(XACBDE, ABCDE, MARCHE RYAN)

Experts : Jean-Baptiste Bouillon (SFMU, Clermont-Ferrand), Julien Naud (ANCESU, Bordeaux),
Nadia Tiberti (SFMU - CREF, Aix-en-Provence)

X	eXsanguination – Massive hemorrhage		M
A	Airway : évaluation des voies aériennes		A
B	Breathing/respiration		R
C	Circulation		C
D	Disability/état neurologique	Hypothermie, Head/état neurologique	H
E	Exposure/exposition	Expose/exposition, evaluate/évaluer, Evacuate/évacuer	E

Figure 6. Echelles X-ABCDE et MARCHE



Perspectives 2026-27



8^{ème} journée
pédagogique
des CESU
3 ET 4 DECEMBRE 2026
ANGERS - CINEMA PATHE



1. Chez les femmes enceintes appelant le SAMU, quels scores de prédiction permet de prédire le plus précisément la survenue d'un AIE et donc d'adapter les moyens? **SPIA & Malinas**

Dr Aude Charles



2. Chez une patiente présentant une procidence du cordon prise en charge par le SAMU, quelles stratégies préhospitalières permettent d'optimiser le pronostic néonatal (survie sans séquelles neurologiques) ?

Pr Blaise Debien



3. Chez un patient traumatisé portant un casque, faut-il retirer le casque en préhospitalier ?

Dr Cyril Desanlys



4. Chez les soignants confrontés à un arrêt cardiaque, la ventilation par bouche-à-bouche est-elle nécessaire ou bénéfique par rapport aux compressions thoraciques seules ?

Pr Bertrand Guilhard



5. En contexte d'urgence, l'utilisation d'un outil structuré de transmission (SAED, I-PASS...) améliore-t-elle la sécurité et la qualité des soins par rapport aux transmissions non standardisées?

Emilie Rimber

