

## ECHELLE AVPU ET SCORE DE GLASGOW

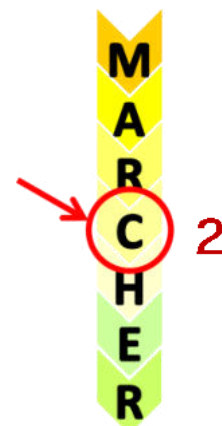
### I Introduction

Lors du bilan d'urgence vital, il est primordial d'apprécier l'état de conscience de la victime en quelques secondes en posant une question simple et en demandant d'exécuter un ordre simple adapté à son état. Si la victime ne répond pas, elle est inconsciente. Si elle répond correctement, elle est consciente.

Les sapeurs-pompiers rencontrent régulièrement des victimes « à la frontière » entre ces deux états (propos plus ou moins cohérents, somnolence plus ou moins profonde...) et il est parfois difficile d'apprécier correctement l'état de conscience.

Pour permettre d'évaluer le plus objectivement possible l'état de conscience d'une victime, il a été mis en place deux principaux outils :

- L'échelle AVPU ;
- Le score de GLASGOW.



### II L'échelle AVPU

Elle permet d'apprécier, très rapidement l'état de conscience dans un contexte de bilan primaire et ce d'autant plus qu'il existe une barrière de la langue ou de compréhension (les enfants) qui ont tendance à rendre peu fiable le score de Glasgow. C'est donc une échelle simplifiée du score de Glasgow.

Il faut toujours prendre la meilleure et unique réponse possible obtenue de la part de la victime via cette échelle et non pas item par item comme le score de Glasgow.

Il s'agit d'un acronyme anglais correspondant à quatre niveaux.

| Sigle    | Sens Anglais        | Sens Français       | Niveau                                                   |
|----------|---------------------|---------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>A</b> | <i>Alert</i>        | <b>Alerte</b>       | La victime a conscience de ce qui se passe autour d'elle |
| <b>V</b> | <i>Verbal</i>       | <b>Parole</b>       | La victime ne réagit qu'aux stimuli verbaux              |
| <b>P</b> | <i>Pain</i>         | <b>Douleur</b>      | La victime ne réagit qu'aux stimuli douloureux           |
| <b>U</b> | <i>Unresponsive</i> | <b>Sans Réponse</b> | La victime ne réagit pas aux stimuli douloureux          |

Tableau 25C1 : Echelle AVPU

Il n'y a que quatre scores possibles, du meilleur (A) au pire (U).

Dès que la situation le permettra, un score de Glasgow sera réalisé afin de préciser cette première évaluation.



### III Le Score de GLASGOW

Le score de Glasgow a été initialement conçu pour l'évaluation des traumatismes crâniens grave par G. Teasdale et B. Jennet à l'institut de neurologie de Glasgow (Ecosse) en 1974.

Il permet néanmoins de bien décrire l'état de conscience de tout type de victime à un instant donné et de suivre son évolution dans le temps.

Cette échelle permet d'évaluer le niveau des troubles de la conscience et la profondeur d'un coma (inconscience prolongée) par une notation allant de 3 à 15 et prenant en compte 3 items :

- Ouverture des yeux (Y) cotée de 4 à 1
- Réponse verbale (V) cotée de 5 à 1
- Réponse motrice (M) cotée de 6 à 1

| Ouverture des yeux |              | Réponse verbale |                  | Réponse motrice |                                              |
|--------------------|--------------|-----------------|------------------|-----------------|----------------------------------------------|
| 4                  | Spontanée    | 5               | Orientée         | 6               | A la demande                                 |
| 3                  | A la demande | 4               | Confuse          | 5               | Adaptée à la douleur                         |
| 2                  | A la douleur | 3               | Incohérente      | 4               | Retrait en flexion<br>(évitement non adapté) |
| 1                  | Absente      | 2               | Incompréhensible | 3               | Flexion stéréotypée<br>(décortication)       |
|                    |              | 1               | Absente          | 2               | Extension stéréotypée<br>(décérébration)     |
|                    |              |                 |                  | 1               | Absente                                      |

Tableau 25C2 : Score de Glasgow

#### 1

#### Evaluation de l'ouverture des yeux

| Ouverture des yeux | Explications                                                              | Y |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------|---|
| Spontanée          | Les yeux sont ouverts ou s'ouvrent spontanément, le regard est normal     | 4 |
| A la demande       | Les yeux sont fermés, la victime les ouvre lorsqu'on lui demande.         | 3 |
| A la douleur       | Les yeux sont fermés, la victime les ouvre lors d'un stimulus douloureux. | 2 |
| Absente            | Les yeux ne s'ouvrent pas malgré un stimulus douloureux.                  | 1 |



Le médecin régulateur peut demander en complément, notamment chez l'enfant, si la victime suit du regard le sapeur-pompier ou bien si elle accroche le regard de celui-ci.

## 2 Evaluation de la réponse verbale

Il faut poser des questions orientées afin d'analyser :

- **La mémoire globale** : quel est votre nom ?, Quel est votre âge ?, Ou habitez-vous ?
- **L'orientation dans le temps** : Quel jour sommes-nous ?, Quelle est l'année en cours ?
- **L'orientation dans l'espace** : Où êtes-vous ?

| Réponse verbale  | Explications                                                                                                      | V |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Orientée         | La victime se souvient de son nom, de son âge, de ce qui lui est arrivé, de l'endroit où elle se trouve.          | 5 |
| Confuse          | La victime commet des erreurs, elle présente des signes de désorientation, d'amnésie, elle se répète fréquemment. | 4 |
| Incohérente      | Les réponses données ne correspondent pas aux questions demandées.                                                | 3 |
| Incompréhensible | Ne parle plus, elle marmonne ou grogne spontanément ou lors de la stimulation douloureuse.                        | 2 |
| Absente          | Ne parle plus du tout, aucun son ne sort de la bouche,                                                            | 1 |

! Une personne peut être bien orientée (V=5), cependant elle peut avoir eu une perte de connaissance initiale (PCI).

Le score de Glasgow ne permet pas d'évaluer une PCI ni de la prendre en compte. Le sapeur-pompier prendra soin de la rechercher et de l'apprécier en parallèle du score et de la mentionner dans le bilan d'urgence vitale.

**La stimulation douloureuse n'est à réaliser que si la victime ne répond pas aux questions et ordres simples.** Elle n'a pas pour objectif de réveiller la victime mais de provoquer ou non une réaction de sa part afin d'évaluer la profondeur du coma.

Il existe deux techniques de stimulation :

- **Roulement appuyé d'un stylo sur le lit de l'ongle :**

La technique consiste à appuyer sur le lit unguéal (base de l'ongle) un élément rigide comme un stylo.



Photo 25C3: Ecrasement du lit de l'ongle avec un stylo



- **L'appui sternal:**

Il consiste à appuyer avec les phalanges d'un poing fermé de haut en bas et de bas en haut sur le sternum de la victime (*à réaliser en l'absence de traumatisme thoracique*).



Photo 25C4 : Appui sternal

### 3 Evaluation de la réponse motrice

Il faut donner des ordres simples qui ne donnent pas d'ambiguïté ; exemple : « serrez-moi la main », « bougez la jambe ».

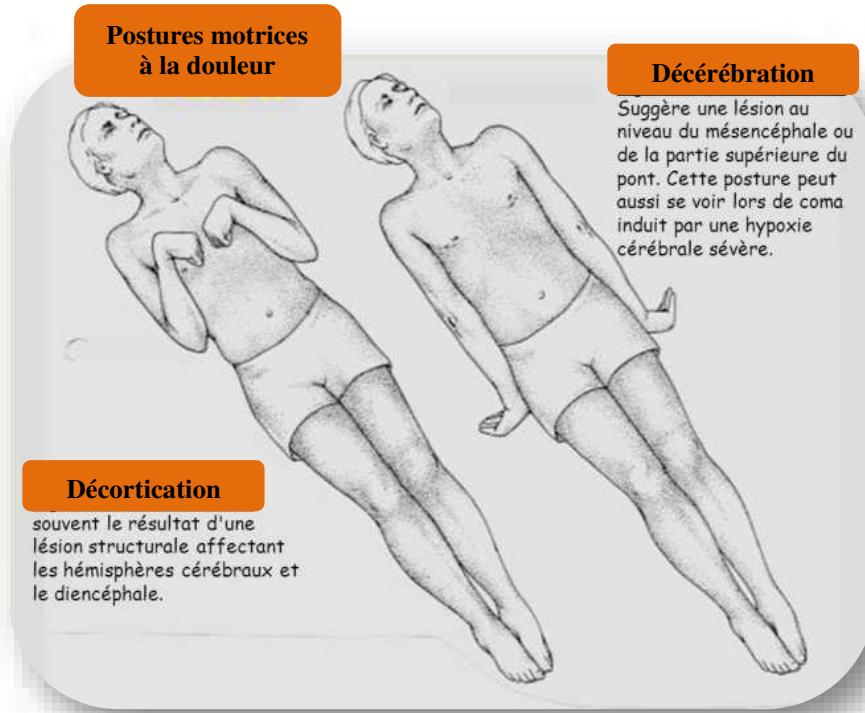
Dans le cas où la victime ne réagit pas aux questions il faut réaliser un stimulus douloureux comme détaillé précédemment.

| Réponse motrice                           | Explications                                                                                                                                                        | M |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| A la demande                              | La victime répond aux ordres simples et adaptés.                                                                                                                    | 6 |
| Adaptée à la douleur                      | La stimulation douloureuse entraîne un mouvement plus ou violent de la victime qui essaie de se soustraire à la douleur                                             | 5 |
| Retrait en flexion (évitement non adapté) | Le mouvement ne cherche plus à se soustraire avec précision à la douleur, il n'est plus adapté et à peine ébauché                                                   | 4 |
| Flexion stéréotypée (décortication)       | Lors de la stimulation douloureuse les avant-bras ont tendance à se mettre en flexion sur les bras. Fig.: 25C5                                                      | 3 |
| Extension stéréotypée (décérébration)     | Lors de la stimulation douloureuse, les bras ont tendance à se mettre en extension et en rotation interne (poings fermés paume tournée vers l'extérieur. Fig.: 25C5 | 2 |
| Absente                                   | Aucune réaction à la stimulation douloureuse.                                                                                                                       | 1 |



*Chez une personne hémiplegique connue, il faut retenir la meilleure réponse sur le côté non atteint sinon le score de Glasgow sera erroné*





**Postures motrices  
à la douleur**

**Décérébration**

Suggère une lésion au niveau du mésencéphale ou de la partie supérieure du pont. Cette posture peut aussi se voir lors de coma induit par une hypoxie cérébrale sévère.

**Décortication**

souvent le résultat d'une lésion structurale affectant les hémisphères cérébraux et le diencephale.

Dessin 25C5 : Différence entre décérébration et décortication



La flexion des avant-bras et l'extension des bras chez une victime dans le coma, traduisent une atteinte gravissime du système neurologique. L'absence de réactions au stimulus douloureux peut traduire une atteinte grave neurologique ou une intoxication grave aux médicaments, alcool, CO, drogues,...etc.

**4**

**Cotations et transmission du score de Glasgow**

La transmission du score de Glasgow par le sapeur-pompier au médecin régulateur ne pose pas de problème pour les cotations de 3 (coma profond) et 15 (état neurologique satisfaisant). En dehors de ces deux cotations, le sapeur-pompier se contentera de transmettre distinctement les items vus précédemment dans les différentes échelles. Le médecin régulateur définira lui-même la cotation du score.



Il faut toujours prendre la meilleure réponse possible obtenue pour chaque item évalué.



Un score inférieur à 8 indique en général une médicalisation et une intubation oro-trachéale pour sécuriser les voies aériennes.

