

Réanimation engagée par témoins, encore trop peu de résultats

S. Dénéreaz^a, Th. Billieux^a, Ch. Sénéchaud^b, E. Paus^c

^a Ecole Supérieure d'Ambulanciers et soins d'urgence Romande, 1052 Le Mont sur Lausanne

^b Chirurgien, Rue des Fontenayes 17, 2610 Saint-Imier

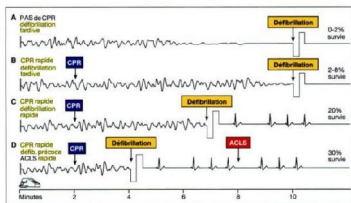
^c Ambulancier, pharmacien, Dr ès Sciences, Case postale 62, 1053 Cugy VD

Introduction

Seulement 5 % des personnes victimes d'un arrêt cardio-respiratoire en extra-hospitalier ont une survie avec un outcome neurologique positif¹. Avec une chaîne de survie plus forte, 20 % des personnes pourraient bénéficier d'un outcome neurologique de qualité². La réanimation entamée par les témoins, médecin de famille, famille, premier répondant... ne permet pas encore, en Suisse, d'atteindre ces chiffres ou de produire une étude significative.

Tout le monde se souvient dans le cadre du permis de conduire, d'avoir suivi un cours de premiers secours; néanmoins, que reste-t-il à ce jour de cet apprentissage ? Toutes les mises à jour des recommandations internationales³ depuis 2010 ont-elles été faites par le milieu professionnel ? Les centrales d'engagement 144 font partie intégrante de la chaîne de survie. Leur soutien à l'aide des procédures d'aides aux gestes de secours (PAGS)⁴ contribue fortement à l'application des gestes de premiers secours. C'est une assistance indispensable à l'initiation de ces gestes. Cependant une formation⁵ / une mise à jour à ces techniques simples est indispensable pour tous.

Fig. 1. Nécessité de masser et de défibriller précocement



80% des ACR chez l'adulte sont dus à une ischémie myocardique. Les cardiomyopathies sont responsables de 10-15% des ACR, les lésions valvulaires et inflammatoires sont responsables des 5% restant. On parle de défibrillation précoce lorsque le choc est délivré dans les cinq premières minutes suivant l'arrêt cardiaque. Bien que celui-ci est essentiel pour assurer le succès de la réanimation, la réponse au choc électrique est augmentée si un massage cardiaque est pratiqué avant l'accès au défibrillateur et par définition la survie⁶.

Analyse de ces chiffres

La peur de faire faux

Selon une analyse empirique⁷, la principale résistance aux gestes de réanimation est la méconnaissance de ceux-ci, puis la peur de faire faux. La peur de l'échec est également présente. En revanche, la corpulence et le dégoût sont très peu significatif d'une non action.

Possibilités d'amélioration

La peur de faire faux est compréhensible mais ne se justifie plus. Selon les dernières recommandations, il est indispensable de réanimer même si ce n'est pas parfait. Pour passer outre les problèmes de méconnaissance, les centrales d'alarme 144 sont dotés de Procédures d'Aide aux Gestes de Premiers secours (PAGS). La difficulté majeure par téléphone est de déterminer si le patient est bel et bien ACR avec un témoin au téléphone parfois en choc émotionnel⁸. Les directives de l'AHA³, ont été simplifiées et le schéma ABC devient CAB

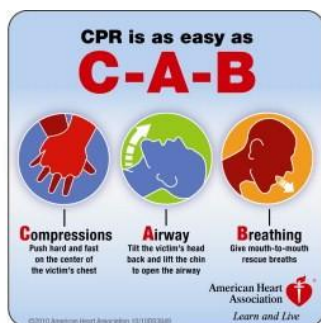
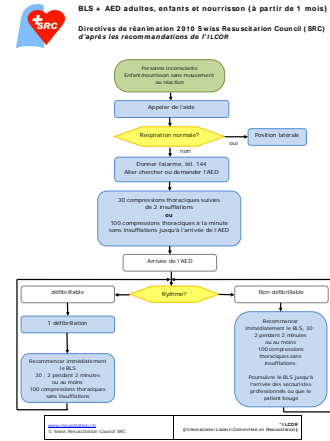


Fig. 3. Algorithme SRC de réanimation cardiopulmonaire



Le manque de données en Suisse

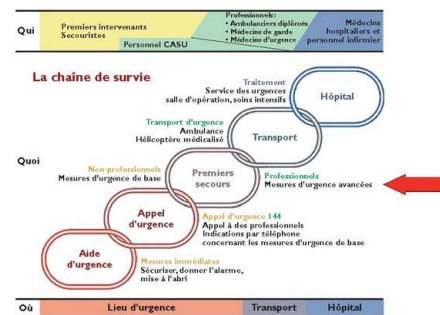
Le Swiss Resuscitation Council a publié cet algorithme et recommandé à toute la population de se former et de maintenir à jour ses compétences. Malgré une volonté affirmée, un manque cruel de recueil de données standardisées Suisses nous fait défaut.

Discussion & Conclusion

Malgré l'évolution, une simplification des techniques de ces dernières années et une implantation plus large des défibrillateurs faciles d'utilisation, le taux de survie post arrêt cardiaque est faible dans notre pays.

La littérature précise qu'il est possible de faire mieux dans les premières minutes³ avec un résultat significatif sur l'outcome. L'amélioration de la chaîne de survie sur le premier maillon est donc primordiale. Une banque de données fédérale avec un rapport d'Ulstein, une formation et un discours plus large permettra également ce renforcement de l'ensemble de la chaîne et amènera une plus value importante avant l'arrivée de la médicalisation.

Fig. 2. Chaîne des secours



Références

- Lerner EB, Rea TD, Bobrow BJ, et al. Emergency medical service dispatch cardiopulmonary resuscitation prearrival instructions to improve survival from out-of-hospital cardiac arrest: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2012;125:648-55.
- Tanaka Y, Taniguchi J, Wato Y, et al. The continuous quality improvement project for telephone-assisted instruction of cardiopulmonary resuscitation increased the incidence of bystander CPR and improved the outcomes of out-of-hospital cardiac arrests. *Resuscitation* 2012;83:1235-41.
- <http://www.ahajournals.org/https://www.sciencedirect.com/journal/resuscitation> (accédés le 20.08.2013)
- Fabrice Dani et al. (2008) Rôle des centrales d'alarme : les procédures d'aides aux gestes de secours. *Bulletin des médecins suisses*, 89 :50.
- <http://www.resuscitation.ch/> <http://www.bc-cesu.ch/> (accédés le 20.08.2013)
- Cobb LA, Fahnenbruch CE, Walsh TR, et al. Influence of cardiopulmonary resuscitation prior to defibrillation in patients with out-of-hospital ventricular fibrillation. *JAMA* 1999; 281 : 1182-8.
- Travail de mémoire, Crétin Laurent, Quels sont les freins à l'action ressentis par le témoin lors d'une intervention pour ACR avant l'arrivée des secours professionnels ? ES ASUR, Août 2012.
- Les procédures d'aide aux gestes de secours PAGS, Bulletin des médecins suisses, 2008;89:50.