



Grâce au don du Rotary Club de Pont sur Yonne (<http://www.rotary-pont-sur-yonne.com/>), la commune dispose d'un défibrillateur entièrement automatisé (DEA) , en libre accès au magasin petit casino VIVAL, près de l'église en centre-ville, dont Monsieur BEN HAMOUDA est le gérant .

Lien pour vidéo sur l'utilisation du défibrillateur : <http://www.defibtech.fr/>

La chaîne de survie résume les étapes qui conditionnent la survie à l'arrêt cardio-respiratoire



1



2



3



4

1 - Reconnaissance précoce & alerte précoce (15)

2 - RCP immédiate

3 - Défibrillation précoce

4 - Réanimation médicalisée précoce pré hospitalière et hospitalière

RECONNAISSANCE PRECOCE ET ALERTE

La reconnaissance des signes précurseurs de **l'arrêt cardiaque** comme la **douleur aiguë à la poitrine** accompagnée d'une **difficulté à respirer** et de **sueurs** doit inciter les témoins à alerter les services de secours médicalisés avant que ne survienne l'arrêt cardiaque. Une alerte précoce permet de gagner un temps précieux : Composer le **15**.

La mise en oeuvre par les premiers témoins d'une **Réanimation Cardio– pulmonaire (RCP)** de base dès la constatation de l'arrêt cardiaque et avant l'arrivée des secours double les chances de survie. C'est le meilleur traitement de l'arrêt cardiaque en attendant l'arrivée d'une équipe munie d'un défibrillateur et de l'équipe médicale de réanimation pré-hospitalière.

REANIMATION CARDI-RESPIRATOIRE PRECOCE (RCP)

La RCP précoce maintient **l'oxygénation du coeur et du cerveau**, pérennise la **Fibrillation Ventriculaire (FV)**, seul mécanisme de l'Arrêt Cardio-respiratoire qui donne lieu à un taux de survie appréciable, et permet de « gagner du temps » afin d'augmenter les chances d'efficacité de la défibrillation.

C'est pourquoi le témoin de l'Arrêt Cardio-respiratoire (ACR) doit pouvoir reconnaître **l'inconscience** et **l'arrêt de la ventilation**, **alerter les secours et débiter la RCP** devant l'absence de signes de circulation, notamment du pouls carotidien.

S'il est seul devant un adulte en ACR, le témoin doit alerter les secours après avoir identifié l'arrêt de la ventilation. **Chez l'enfant, le noyé et l'intoxiqué, quel que soit l'âge, il appellera les secours après avoir réalisé une minute de RCP.**

Voici des extraits très instructifs du site « urgences- online »

<http://basic.shsmu.edu.cn/kejian/urgences/Recommandations-ERC-2005.html>

Recommandations ERC 2005 : réanimation cardio-pulmonaire de base (RCP)d'après l'ERC Guidelines 2005. Traduction partielle

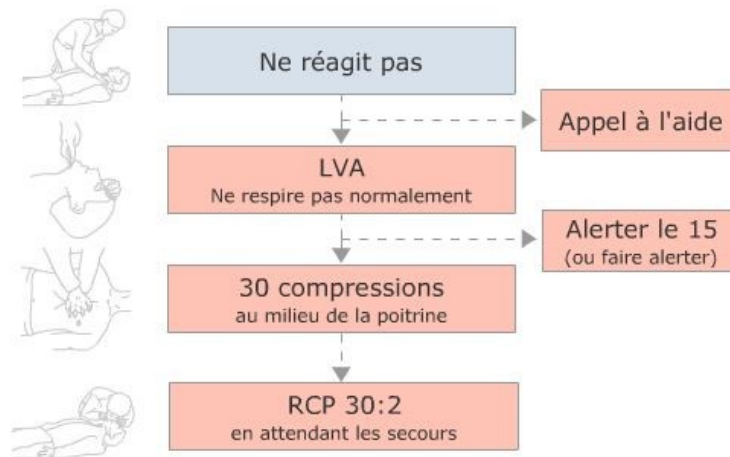
Le délai d'arrivée des secours est de 8 min en moyenne.

En l'absence de RCP, la survie diminue de 10% chaque minute.

Le massage cardiaque externe (MCE) est particulièrement important si la défibrillation ne peut être réalisée dans les 4-5 minutes suivant la perte de connaissance.

Dans les minutes qui suivent une défibrillation efficace, le rythme cardiaque peut être lent et inefficace, nécessitant la poursuite du MCE tant qu'une activité cardiaque efficace n'est pas récupérée.

Algorithme de RCP

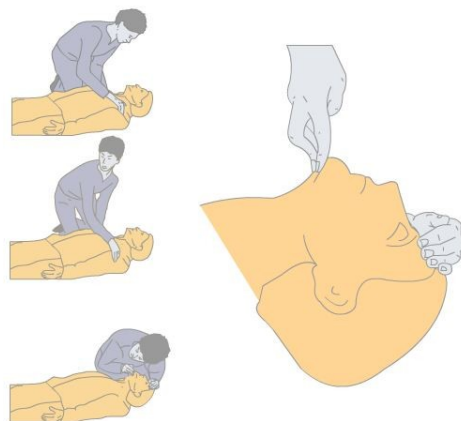


1 - S'assurer de sa propre SÉCURITÉ, de celle de la victime.

2 - Évaluer la RÉACTIVITÉ de la victime : **secouer les épaules et crier "ça va ?... vous m'entendez ?"**

3 a - **En cas de réponse** : laisser la victime dans la position où elle est le mieux, évaluer les détresses éventuelles, **alerter les secours (15)** le cas échéant, réévaluer régulièrement les fonctions vitales.

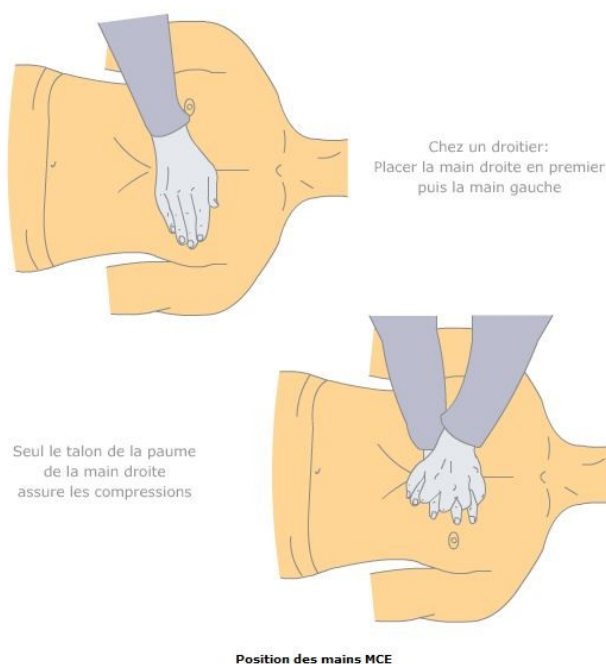
3 b - **En l'absence de réponse** : **ALERTER les secours (15), LIBÉRER LES VOIES AÉRIENNES (LVA)** : retourner la victime sur le dos, placer une main sur le front, deux doigts en crochet sous la mandibule et pivoter la tête en arrière, plaçant ainsi le menton vers le ciel.



4 - **Maintenir la LVA, ÉVALUER LA RESPIRATION** : regarder le ventre et la poitrine, écouter le passage d'air, sentir l'air sortir. En cas de doute sur la présence de mouvements respiratoires normaux pendant 10 secondes considérer qu'il n'y a pas de ventilation efficace.

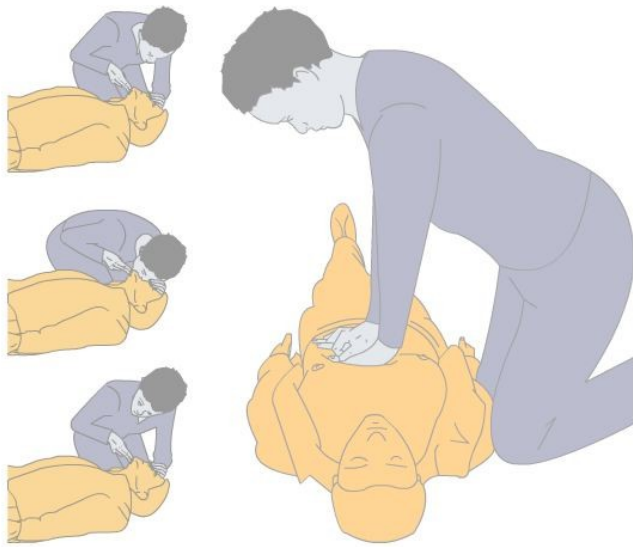
5 a - En cas de respiration efficace, placer la victime en position latérale de sécurité (PLS), ALERTE les secours (15), réévaluer régulièrement la ventilation.

5 b - En l'absence de mouvements respiratoires efficaces, appeler A L'AIDE, si le sauveteur est seul, laisser la victime et ALERTE le 15, revenir rapidement auprès de la victime et débiter sans délai le MCE : se placer sur le côté de la victime, placer le talon de la paume de la main dominante (main droite si droitier) au milieu de la poitrine de la victime, placer le talon de la paume de l'autre main au sommet de la première main, agripper les doigts et s'assurer de l'absence d'appui sur les côtes, sur le creux de l'estomac ou sur l'extrémité inférieure du sternum. Positionner les épaules à l'aplomb de la victime, verrouiller les bras en position tendue stricte, comprimer la poitrine avec une amplitude de 4-5 cm. Après chaque compression, relâcher complètement la pression sans décoller la main de la poitrine. Réaliser le MCE à la fréquence de 100 compressions par minutes (un peu moins de 2 compressions par seconde). Le temps de compression est égal au temps de relaxation.



6 a - **Alterner MCE et bouche-à-bouche** : après 30 compressions, libérer à nouveau les VAS par les doigts en crochet sous la mandibule, pincer la partie molle du nez, prendre une inspiration normale et placer les lèvres autour de celles de la victime puis souffler lentement et de façon continue, jusqu'à ce que la poitrine commence à se gonfler (1 seconde environ). Maintenir la LVA, éloigner sa bouche et vérifier que la poitrine de la victime se "dégonfle". Reprendre une inspiration et souffler à nouveau dans la bouche de la victime. Au terme de ces 2 insufflations (INS), reprendre le MCE sans délai. ALTERNER 30 MCE et 2 INS. Interrompre ce cycle seulement si la victime reprend une respiration normale. Si l'insufflation initiale ne gonfle pas correctement le torse de la victime, examiner la

bouche de la victime et retirer un éventuel corps étranger, vérifier la bonne bascule de la tête en arrière et l'ascension du menton vers le ciel.



Alterner MCE et bouche-à-bouche 30:2

6 b - Le MCE seul peut être réalisé seul dans les situations suivantes : incapacité à réaliser les insufflations. Dans ce cas, la fréquence du MCE est maintenue à 100/min. Le MCE ne sera interrompu qu'en présence de mouvements respiratoires efficaces. Le MCE est poursuivi jusqu'à l'arrivée des secours, ou en cas d'épuisement.

Les professionnels et le grand public expriment une réticence à réaliser le bouche-à-bouche à une victime inconnue. Les études animales ont montré que dans les toutes premières minutes de l'ACR d'origine non asphyxique, le MCE seul était aussi efficace que l'alternance MCE/INS. Chez l'adulte, le pronostic des patients ayant bénéficié d'un MCE seul est de toute façon meilleur que ceux qui n'ont pas eu de MCE. En l'absence d'obstruction des voies aériennes, les gags et la relaxation thoracique peuvent générer une ventilation minime.

DEFIBRILLATION

L'avantage du défibrillateur automatique aussi appelé « Défibrillateur Automatisé Externe » (DAE) par rapport aux appareils non automatisés, c'est que n'importe qui peut l'utiliser, sans connaissance préalable des techniques de défibrillation. Le grand public peut l'utiliser.

Il suffit d'ouvrir le DAE, appuyer sur le bouton « ON » et écouter les instructions vocales émises par l'appareil. C'est le défibrillateur qui analysera lui-même l'activité du cœur de la personne en arrêt cardio-respiratoire de façon automatique et décidera si il faut ou non envoyer un choc électrique ou défibrillation.

Depuis la circulaire du 28 juin 2004 du ministère de l'intérieur, il est possible d'utiliser un défibrillateur automatique (DAE) ou semi-automatique (DSA) sur un enfant âgé de 1 à 8 ans.

Pour prendre en charge l'arrêt cardio respiratoire chez l'enfant de un à huit ans, seul le défibrillateur à onde biphasique est par contre autorisé. Pour des fibrillations ventriculaires et certaines tachycardies ventriculaires, le choc biphasique en basse énergie est aussi efficace, et moins dangereux pour la santé, que le choc monophasique de haute énergie.

Il est recommandé d'utiliser des électrodes enfant, dont la taille est adaptée pour les tout petits. Si le défibrillateur automatique n'est équipé que d'électrodes pour adulte, le secouriste pourra les utiliser en lieu et place des électrodes à usage pédiatrique.

La défibrillation est le seul traitement indispensable pour une Fibrillation ventriculaire. Elle consiste à délivrer un **choc électrique** à travers la paroi du cœur pour l'arrêter momentanément avant qu'il ne redémarre spontanément avec un battement régulier. Il peut être nécessaire, pour arriver à ce résultat, de délivrer plusieurs chocs. L'efficacité du choc électrique diminue avec le temps. La défibrillation précoce est un maillon crucial qui a la plus grande chance de restaurer l'activité circulatoire et la survie. La délégation de l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes (DAE) au grand public est un facteur essentiel (décret du 4 mai 2007). Elle permet à chaque victime de bénéficier le plus rapidement possible de la défibrillation cardiaque. Le principal ennemi est le temps.

SOINS SPECIALISES

La Réanimation cardio-pulmonaire spécialisée constitue le dernier maillon de la « chaîne de survie ». L'arrivée sur place de l'équipe médicale d'un SMUR ou des moyens médicaux des sapeurs-pompiers assure le contrôle de la ventilation artificielle, la mise en place d'un abord veineux, l'administration de drogues, le contrôle des troubles du rythme cardiaque et la stabilisation de l'état clinique de la victime avant et pendant son transport vers un service hospitalier d'accueil. La rapidité de la prise en charge médicale de la victime après la défibrillation cardiaque améliore les chances de survie à long terme et diminue les conséquences cérébrales de l'arrêt cardiaque.