



Alès, le 14 février 2011

Commission régionale de secourisme
Affaire suivie par le S/C GRONDIN
Tel: 04 66 54 25 18 / 06 60 03 08 08

Objet: Congrès Secours Santé 2011

Messieurs les animateurs,

Je me permets de vous rendre compte du Congrès National Secours Santé 2011 qui s'est déroulé du jeudi 10 au samedi 12 février 2011, dans l'enceinte de l'Acropolis à Nice.

En tant que Co-animateur de la commission régionale sud-méditerranée, le président de la région Languedoc Roussillon PACA m'a invité et m'a demandé de faire parti des principaux orateurs dans l'atelier COEUR ET SECOURS A PERSONNES au côté du docteur Daniel Meyran, chef du projet PSE 1 et PSE 2, qui nous a présenté les dernières avancées suite aux recommandations de l'ILCOR 2010, et de l'instructeur Pascal Agliardi qui présentait la mise en place des défibrillateurs dans le département des Alpes maritimes.

Je me suis permis de mettre en pièce jointe mon allocution lors de ce congrès qui présentent les statistiques 2007, 2008, 2009, des formations réalisées dans notre région.

Part rapport au thème de ce congrès (le cœur), le docteur Daniel Meyran nous a surtout développé les principales modifications concernant la réanimation cardio-pulmonaire de base chez l'adulte, l'enfant. et l'usage du Défibrillateur Automatique Externe.

Les principaux changements de la RCP de base portent d'une part sur la reconnaissance de l'arrêt par l'opérateur du service de secours et d'autre part sur la réalisation de cette réanimation par des témoins le plus tôt possible, guidée par téléphone.

Il a été prouvé que souvent les gens mettaient les victimes en arrêt cardio-pulmonaire en PLS par rapport à des respirations agoniques(GASP). De gros efforts seront mis en œuvre pour expliquer et reconnaître le gaspe et inciter les témoins à prévenir les secours et débiter au plus tôt une RCP.

Nous étions sur une fréquence de 100 Compressions en moyenne par minute il sera recommandé d'en faire plus, environ 120 C/M, nous étions sur l'enfoncement de la cage thoracique chez l'adulte de 4 à 5 cm et 1/3 chez l'enfant il faudra appuyer plus fort d'au moins 5 cm chez l'adulte au minimum, et d'au moins 1/3 du diamètre du thorax chez l'enfant. Il est prouvé que masser plus vite et plus fort en relâchant bien le sternum augmente les chances de récupération de la victime.

Pour le grand public il est possible de masser sur un lit, dans un souci de ne pas perdre de temps pour débiter une RCP, pour éviter une insulte sévère du système nerveux.

A l'arrivée des secours le nécessaire sera fait rapidement pour mettre la victime au sol afin d'améliorer la qualité du massage.

Le nombre de compressions ne change pas, par rapport à ce qui se fait depuis 2007.

La ventilation reste quant à elle un élément fondamental lors d'un arrêt, par ailleurs pour des sauveteurs qui ne peuvent ou ne désirent pas faire du bouche à bouche on les encourage à faire des compressions thoraciques.

En ce qui concerne le DAE, les recommandations précises de diminuer le temps d'arrêt de la RCP pour la mise place du défibrillateur et de la délivrance du choc inférieure à 5 secondes.

La réalisation de 2 minutes de RCP avant la mise en place du DAE n'est plus recommandée.

D'autres thématiques sont en cours comme:

- **Intoxications**
- **Réactions allergiques graves**
- **Oxygène**
- **Douleur thoracique**
- **Positions d'attentes**
- **Traumatismes médullaires et des membres**
- **Contrôle des hémorragies**
- **Plaies**
- **Brûlures**
- **Morsures de serpents**
- **Piqûres de méduses**
- **Lésions dues au froid**
- **Lésions dues à la chaleur**

et devraient voir le jour vers la fin du premier semestre pour une publication dans le courant du 3ème trimestre 2011.

Le PSC 1 devrait voir le jour vers la fin du 2ème trimestre 2011.

Une thématique m'a parut importante et a attiré particulièrement mon attention, présentée par le Dr Patrick HERTGEN

Peut-on arrêter une RCP en l'absence de médecin ?

Il nous arrive régulièrement de partir sur des personnes en état de mort apparente, dans 99 pour cent des cas nous entreprenons une RCP et nous n'arrêtons celle-ci que dans 2 cas:

- Reprise de l'activité cardiaque
- Personne reconnue DCD par le médecin

Par rapport à notre fonctionnement la première question serait:

Faut-il envoyer systématiquement une équipe de réanimation pré- hospitalière sur un arrêt même si une RCP est en cours par des secouristes ?

Il faut retenir que rien n'oblige à envoyer un médecin immédiatement auprès d'une personne décédée. La production du certificat de décès ne constitue pas une urgence.

Il faut savoir que la loi et le code de déontologie médical prohibent l'obstination déraisonnable qui consiste à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés et qui n'ont pour objet que de maintenir la vie artificiellement.

Il convient donc que le médecin régulateur détermine et déclenche le plus rapidement possible la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel.

Il lui appartient pour cela comme dans toute autre circonstance médicale d'interroger le requérant ou les secouriste sur place.

Le médecin analyse alors les circonstances de la survenue de l'arrêt, les antécédents connus du patient, son état physiologique, si une RCP précoce a été mise en œuvre, l'absence de la délivrance d'un choc électrique après analyse d'un défibrillateur est un argument fort mais qui a lui seul ne permet pas de déterminer la mort du patient.

Au terme de cette analyse trois éventualités sont possibles:

1) le médecin estime qu'il existe une chance de le voir réanimer, il déclenche alors les secours médicalisés.

2) Le médecin acquiert la certitude du décès de la victime, mais pour des raisons sociales et psychologiques justifie la prise en charge médicale immédiate de son entourage. C'est notamment le cas des morts inattendues, subites, violentes ou non acceptées par les proches. La poursuite de la RCP est alors légitime en attendant l'arrivée du médecin.

3) Le médecin a acquis la certitude du décès et également que celui ci constitue une réalité admissible par l'entourage du défunt, il n'est donc pas souhaitable d'entreprendre ou de poursuivre une RCP, cela ne pourrait que susciter un espoir infondé aux proches de la personne décédée.

En aucun cas le décès doit être annoncé à la famille ou aux proches par un secouriste.

Il convient alors que le médecin régulateur s'entretienne directement avec un membre de la famille, se renseigne des antécédents de la victimes, annonce clairement le décès de la personne, s'assure que la famille a bien compris la réalité de la mort. Cette démarche doit être marquée des caractères d'empathie et d'humanité.

Afin de mener à bien ces interventions et d'éviter bien des querelles entre SAMU /POMPIERS à mes yeux cette procédure doit être connue et comprise de tous nos secouristes.

Bien d'autres thématiques que je ne détaillerai pas furent fort enrichissantes pour ma culture personnelle, telle que la régulation médicale d'une douleur thoracique, l'hypothermie thérapeutique, le prélèvement d'organes chez un sujet décédé, les recommandations de l'ILCOR 2010 sur le plan médical et bien d'autres encore.

Je tiens à vous remercier pour l'intérêt que vous avez porté à ce compte rendu, je ne manquerai pas de vous informer de la suite des dossiers en cours, je reste à votre entière disposition pour tous renseignements concernant le secourisme.

Je vous prie d'agréer, Messieurs, mes respects les plus sincères.

S/C Daniel GRONDIN
Co-animateur de la commission secourisme
de l'Union Régionale