

Chapitre 2

RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE (RCP) & DÉFIBRILLATION EXTERNE AUTOMATISÉE (DEA)

1. INTRODUCTION

Pour vivre, le corps a un besoin continu d'oxygène. Celui-ci arrive aux poumons par la respiration, avant d'être distribué à tout l'organisme par la circulation. Si le cerveau, organe qui contrôle l'ensemble des fonctions corporelles, n'est plus approvisionné en oxygène, il cesse de fonctionner et présente des lésions irréversibles au bout de 3 à 4 minutes. Une victime qui ne respire plus doit rapidement bénéficier des gestes de réanimation. Ces gestes consistent à maintenir une respiration et une circulation artificielles en attendant l'administration éventuelle d'un choc électrique devant permettre le retour des fonctions vitales. Dans ce chapitre, vous découvrirez les aspects essentiels à maîtriser pour réaliser la réanimation d'une victime.

1.1. Rôle du secouriste (objectifs d'apprentissage)

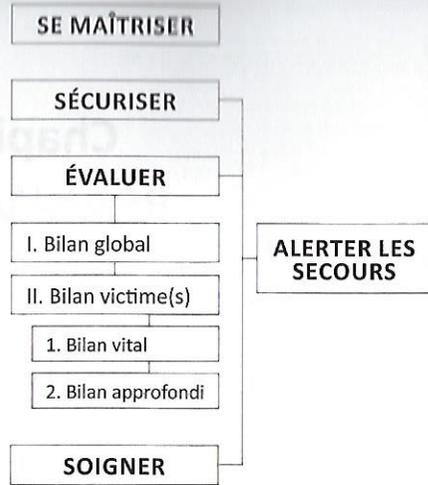
Le secouriste doit être capable de/d' :

- ▶ vérifier l'état de conscience ;
- ▶ assurer la liberté des voies respiratoires ;
- ▶ vérifier si la victime respire normalement ;
- ▶ placer la victime en position latérale de sécurité ;
- ▶ obtenir l'intervention des secours adéquats ;
- ▶ réaliser la suppléance de la circulation par les compressions thoraciques ;
- ▶ réaliser la suppléance de la respiration par la ventilation artificielle ;
- ▶ utiliser un Défibrillateur Externe Automatisé.

Quelle que soit la gravité de l'état de la victime, pensez toujours à votre propre sécurité.

Certains équipements individuels peuvent être utiles pour votre sécurité (gants, masque pour bouche-à-bouche).

La conservation et la suppléance des fonctions vitales sont prioritaires sur tout autre soin.



2. LA CHAÎNE DE SURVIE



Lorsqu'une personne est susceptible de présenter brutalement un arrêt cardio-respiratoire, ses chances de survie augmentent considérablement lorsque toutes les étapes reprises dans le concept de chaîne de survie sont respectées.

Les 4 étapes de la chaîne de survie :

- ▶ La **reconnaissance** de l'urgence et l'**alerte précoce** des secours
- ▶ La **suppléance** des fonctions vitales par la défibrillation précoce
- ▶ La **relance** des fonctions vitales
- ▶ La **stabilisation** des fonctions vitales

2.1. La reconnaissance précoce de l'urgence et l'alerte des secours

Il faut suspecter un malaise cardiaque dès qu'une victime se plaint d'une douleur écrasante et persistante au centre de la poitrine qui ne disparaît pas au repos. La douleur peut s'étendre vers les bras, la gorge ou la mâchoire. La victime peut avoir des nausées, une sensation de faiblesse ou de vertige, et peut transpirer abondamment. Appelez immédiatement le 112 si vous suspectez une crise cardiaque ou si un arrêt cardiaque survient. Les préposés 112 sont formés à interroger les appelants selon des protocoles stricts pour reconnaître l'inconscience ainsi que l'absence d'une respiration normale. Ils peuvent également aider les appelants à effectuer des gestes de réanimation.

2.2. La suppléance des fonctions vitales : Réanimation Cardio-Pulmonaire (RCP)

Lors d'un arrêt circulatoire, les chances de survie de la victime peuvent doubler si les compressions thoraciques et la ventilation artificielle (connue sous l'appellation de RCP de base) sont commencées immédiatement. Chaque citoyen confronté à un arrêt cardiaque devrait réaliser au minimum des compressions thoraciques, qu'il soit formé ou non et éventuellement guidé par téléphone.

2.3. La relance des fonctions vitales : Défibrillation précoce

Dans un grand nombre d'arrêts circulatoires, le cœur arrête de battre à cause d'une perturbation électrique, appelée "fibrillation ventriculaire (FV)". L'unique traitement de la FV est l'administration d'un choc électrique (défibrillation). Sans une RCP, les chances de réussite de la défibrillation diminuent d'environ 10-12 % chaque minute après l'arrêt. Une défibrillation administrée endéans les 3 à 5 minutes après l'arrêt cardiaque peut amener à un taux de survie de 50 à 70%.

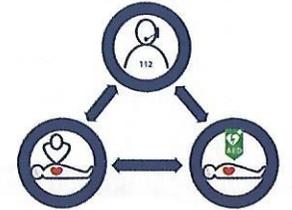
L'utilisation d'un Défibrillateur Externe Automatisé (DEA) est applicable par tout citoyen, ce qui permet de gagner un temps considérable sur l'arrivée des secours spécialisés.

2.4. La stabilisation des fonctions vitales : soins après la RCP

Après une réanimation réalisée avec succès, les secouristes peuvent améliorer les chances de récupération. Cela peut signifier mettre une victime inconsciente en position latérale de sécurité. Les équipes médicales utilisent des techniques plus spécialisées pour améliorer la récupération.

Un travail d'équipe

Il est établi que les interactions entre l'Opérateur 112, la personne qui réalise la RCP et l'utilisation précoce d'un DEA constituent autant d'éléments clés permettant d'améliorer considérablement les chances de survie après un arrêt cardio-respiratoire extra-hospitalier.



Les recommandations internationales

Le Conseil Européen de Réanimation (European Resuscitation Council – ERC) définit, en relation étroite avec d'autres associations scientifiques de par le monde, les principes de réanimation cardio-pulmonaire. Les techniques décrites ici sont conformes aux dernières recommandations publiées en 2015 (Resuscitation 95 (2015) 81-99).

La respiration et la circulation

La respiration est la fonction qui permet à l'air, contenant de l'oxygène, de parvenir aux poumons. Dans les poumons, l'oxygène (O₂) **inspiré** passe dans le sang tandis que le dioxyde de carbone (CO₂) est éliminé lors de l'**expiration**.

Par l'action du cœur, le sang est envoyé, en passant par les artères pulmonaires, vers les poumons pour y être oxygéné. Le sang revient ensuite vers le cœur par les veines pulmonaires.

Le sang oxygéné quitte le cœur par les artères, branches de l'aorte, vers l'ensemble du corps. Les veines ramènent ensuite le sang désoxygéné du corps vers le cœur par les veines caves.

La composition de l'air

L'air est un mélange de gaz composé de 79 % d'azote et de 21 % d'oxygène. La respiration ne consomme qu'une partie de l'oxygène inhalé et il reste environ 16 % d'oxygène dans l'air que l'on expire, ainsi qu'un peu de dioxyde de carbone.

Cela signifie que la quantité d'oxygène que nous expirons peut suffire à oxygéner une autre personne lorsqu'au cours d'une manœuvre de ventilation artificielle, on est amené à insuffler dans ses poumons.

3. LA RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE (RCP)

► Que faire ?

- Approcher en sécurité.
- Vérifier l'état de conscience.
- Dégager les voies respiratoires.
- Vérifier si la victime respire normalement.
- Si la victime ne respire pas normalement :
 - alerter les secours ;
 - réaliser les compressions thoraciques et le bouche-à-bouche.

Quand faut-il alerter les secours ?

Vous bénéficiez d'une aide :

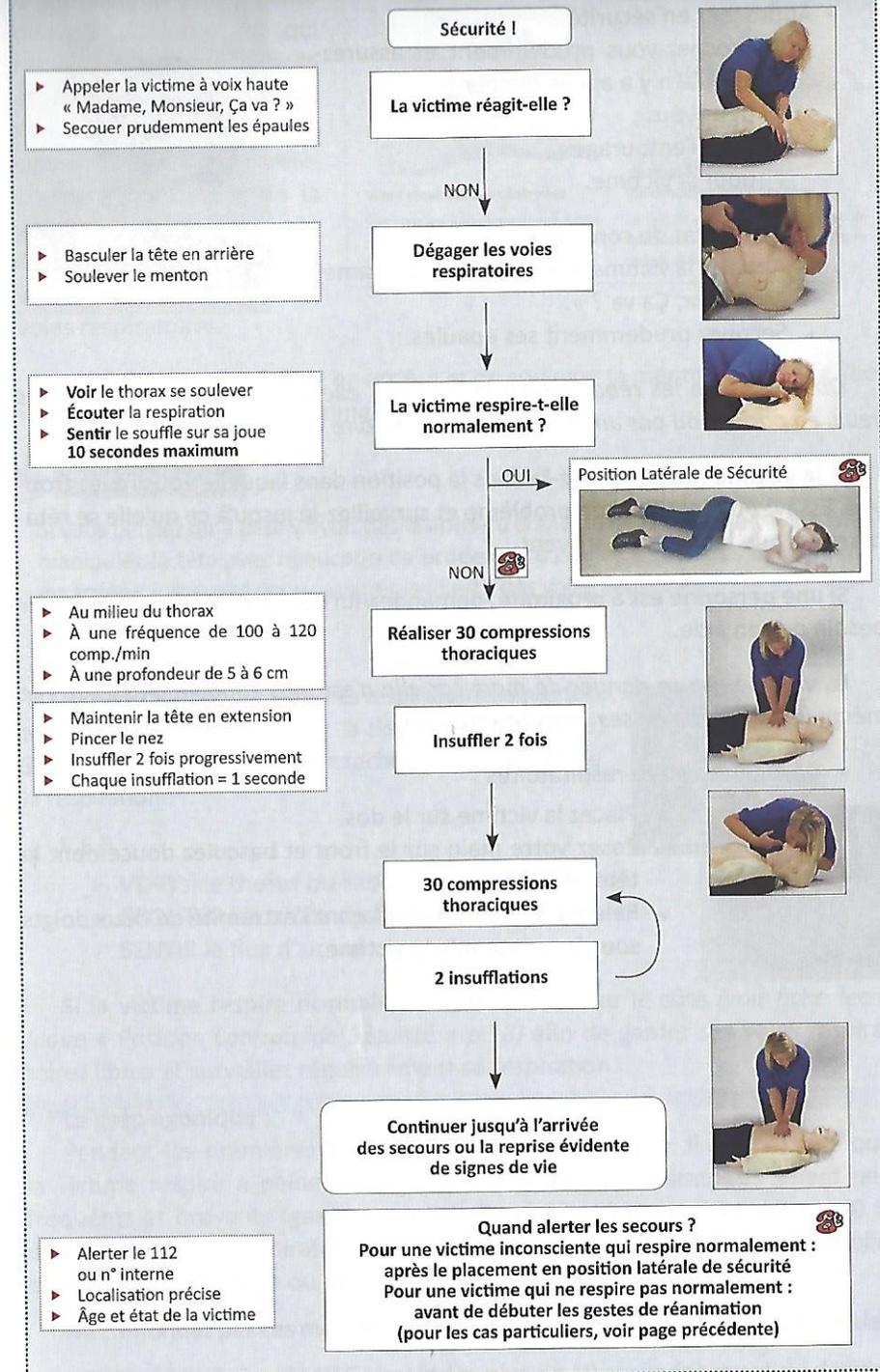
Envoyez cette personne appeler les secours le plus tôt possible.

Vous êtes seul :

Si l'arrêt cardiaque est lié à une noyade ou si la victime est un enfant, il résulte le plus souvent d'un arrêt respiratoire. **Dans ces cas particuliers uniquement**, réanimatez d'abord la victime durant une minute avant de vous arrêter pour appeler les secours.

Dans les autres cas, pour une victime adulte, appelez immédiatement les secours.

SCHEMA GÉNÉRAL DE LA RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE (RCP)



Comment faire ?

- ▶ Approcher en sécurité
 - ▶ Approchez-vous prudemment et assurez-vous qu'il n'y a aucun danger :
 - pour vous ;
 - pour l'entourage ;
 - pour la victime.
- ▶ Vérifier l'état de conscience
 - ▶ Appelez la victime à voix haute : « Madame, Monsieur, Ça va ? ».
 - ▶ Secouez prudemment ses épaules.



Observez bien les réactions de la victime : elle peut réagir en ouvrant les yeux, en parlant ou par un mouvement (volontaire ou réflexe).

Si la victime réagit, laissez-la dans la position dans laquelle vous l'avez trouvée. Essayez d'identifier son problème et surveillez-la jusqu'à ce qu'elle se rétablisse ou que les secours arrivent.

Si une personne est à proximité, demandez-lui de rester car vous allez avoir besoin de son aide.

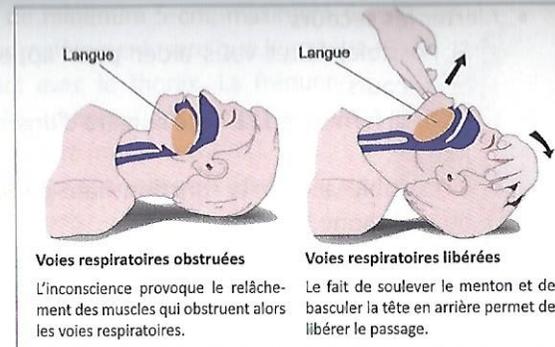
La victime est en danger de mort car elle n'est plus capable d'assurer elle-même la protection de ses voies respiratoires.

▶ Dégager les voies respiratoires



- ▶ Placez la victime sur le dos.
- ▶ Posez votre main sur le front et basculez doucement la tête en arrière.
- ▶ Relevez le menton en plaçant l'extrémité de deux doigts sous le menton de la victime.

Les voies respiratoires d'une victime inconsciente peuvent s'obstruer, ce qui rend la respiration difficile et bruyante, voire totalement impossible. La principale cause est le relâchement musculaire de la gorge ; la langue et le voile du palais tombent alors vers l'arrière et ferment les voies respiratoires.



Le fait de basculer la tête en arrière et de soulever le menton permet la libération du passage et à la victime de respirer.



Restez prudent

Si vous pensez qu'il peut y avoir des lésions du crâne ou de la colonne vertébrale, manipulez la tête avec beaucoup de prudence. Basculez la tête très doucement en arrière, juste assez pour assurer la liberté des voies aériennes.

▶ Vérifier la respiration

Tout en maintenant les voies respiratoires ouvertes, amenez votre visage près de la bouche de la victime. Servez-vous de vos sens pour rechercher les signes de la respiration.



V.E.S.

- ▶ VOIR si le thorax ou l'abdomen se soulève.
- ▶ ÉCOUTER les bruits de la respiration.
- ▶ SENTIR le flux d'air sur votre joue.

Si la victime respire normalement, tournez-la sur le côté (voir fiche technique « Position Latérale de Sécurité » p.18) afin de garder ses voies respiratoires libres et surveillez régulièrement sa respiration.

Le gasp agonique

Pendant les premières minutes d'un arrêt circulatoire, il est possible que la victime respire à peine ou que les mouvements respiratoires soient peu fréquents et bruyants (gasp agonique). Ce phénomène survient dans $\pm 40\%$ des Arrêts Cardio Respiratoires. Elle est habituellement décrite, par le public, comme lourde, difficile ou pénible.

Ne confondez pas ces mouvements inefficaces avec une respiration normale !

VOYEZ, ÉCOUTEZ et SENTEZ, mais pas plus de 10 secondes avant de décider si la victime ne respire pas normalement.

▶ Alerter les secours

- ▶ Si possible, faites-vous aider pour appeler les secours.
- ▶ (Faites) formez le **112** ou le numéro d'urgence interne.
- ▶ Si possible activez la fonction haut-parleur du téléphone.
- ▶ Localisez-vous avec précision.
- ▶ Signalez l'âge et l'état de la victime (victime inconsciente qui ne respire pas).
- ▶ Demandez le retour de l'aidant pour confirmer l'appel.



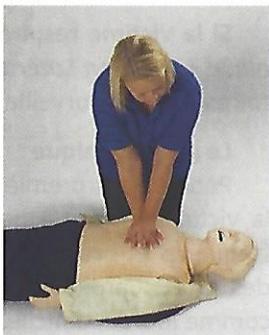
Rappel :

- ▶ Quelqu'un est présent pour vous aider : Envoyez-le appeler le 112 pour obtenir des secours et demandez-lui d'apporter immédiatement un DEA (si disponible) pendant que vous commencez la RCP !
- ▶ **Vous êtes seul :**
Si l'arrêt cardiaque est lié à une noyade ou si la victime est un enfant, pratiquez d'abord la réanimation pendant une minute avant de vous arrêter pour appeler.
Dans les autres cas, chez une personne adulte, appelez le 112 immédiatement (si nécessaire, quittez la victime).

▶ Réaliser les compressions thoraciques

La compression répétée du sternum vers la colonne vertébrale peut générer un flux sanguin vers l'ensemble de l'organisme. Chaque citoyen confronté à un arrêt cardiaque devrait réaliser au minimum des compressions thoraciques, qu'il soit formé ou non, au besoin guidé par téléphone.

- ▶ Placez la victime à plat sur le dos, sur un plan dur.
- ▶ Posez le talon d'une main au centre du thorax de la victime (sur la moitié inférieure du sternum).
- ▶ Placez le talon de l'autre main sur le dos de la première, Entrelacez les doigts des 2 mains et assurez-vous qu'aucune pression n'est appliquée sur les côtes de la victime.
- ▶ Les bras tendus et verticaux, placez vos épaules au-dessus du thorax de la victime.



- ▶ Enfoncez le sternum de minimum 5 cm, maximum 6. Relâchez la pression complètement, sans que les mains ne perdent le contact avec le thorax. La fréquence recommandée pour les compressions thoraciques est de minimum 100 par minute (maximum 120.). Effectuez ainsi 30 compressions en réduisant au maximum les interruptions.



▶ Réaliser la ventilation artificielle

Idéalement, les compressions thoraciques devraient être combinées avec la ventilation artificielle. Après 30 compressions thoraciques, administrez 2 insufflations.

- ▶ Ouvrez les voies respiratoires (basculez la tête et relevez le menton) et pincez les narines en utilisant les doigts de la main posée sur le front. Relevez le menton avec l'autre main. La bouche s'ouvre spontanément.
- ▶ Inspirez normalement et posez vos lèvres autour de la bouche de la victime, en assurant une bonne étanchéité.
- ▶ Insufflez progressivement pendant 1 seconde en observant le thorax de la victime pour voir le thorax se soulever à chaque insufflation.
- ▶ Chaque insufflation doit être suffisante pour provoquer le soulèvement du thorax, comme lors d'une respiration normale.
- ▶ Gardez la tête basculée et le menton relevé, retirez vos lèvres et laissez le thorax de la victime revenir à sa position initiale pendant que l'air s'échappe puis recommencez une seconde fois.



Si la première insufflation n'induit pas le soulèvement du thorax, avant de recommencer :

- ▶ Vérifiez la bouche de la victime et enlevez toute obstruction visible.
- ▶ Vérifiez si la bascule de la tête et le soulèvement du menton sont efficaces.

Après 2 tentatives de ventilation artificielle, recommencez les compressions thoraciques.

- ▶ La réalisation de ces 2 insufflations ne devrait pas induire une interruption des compressions thoraciques de plus de 10 secondes.

Poursuivez en alternant 30 compressions thoraciques et 2 insufflations, jusqu'à ce que les secours qualifiés prennent la relève ou que vous soyez épuisé.

30 compressions thoraciques



2 insufflations

N'interrompez la réanimation pour faire une évaluation que si la victime a repris une respiration normale ; dans les autres cas, n'interrompez pas la réanimation.

En vidéo pour plus de compréhension...
<http://www.edplg.be/ca/65A93851>



Si vous n'êtes pas apte ou ne désirez pas réaliser du bouche-à-bouche, poursuivez les compressions thoraciques uniquement. Si vous réalisez uniquement des compressions thoraciques, elles doivent être ininterrompues à une fréquence de minimum 100 par minute, maximum 120.

Moyens de protection

Le bouche-à-bouche comporte peu de risques de transmission d'une infection grave.

Toutefois, des films de protection ou des masques barrières peuvent être utilisés à des fins hygiéniques.



Ventilation bouche-à-nez

Lorsque des lésions de la bouche rendent le bouche-à-bouche impossible, vous pouvez tenter d'insuffler par le nez.

La technique est tout aussi efficace que celle du bouche-à-bouche lorsque :

- ▶ le nez n'est pas obstrué ;
- ▶ la tête est bien maintenue en extension ;
- ▶ la bouche est maintenue hermétiquement fermée.



Pour faciliter l'expiration passive, essayez d'ouvrir la bouche de la victime entre les insufflations.

Ventilation bouche-à-stomie

Une personne laryngectomisée est une personne dont le larynx a été enlevé chirurgicalement, en laissant une ouverture permanente (stomie) sur la face avant du cou, à travers laquelle la personne respire.

La ventilation artificielle doit être réalisée à travers la stomie.

Si de l'air s'échappe par la bouche ou le nez, il est nécessaire de fermer la bouche et le nez avec vos doigts pendant que vous effectuez les insufflations.

Réanimation Cardio-Pulmonaire à deux sauveteurs

Si deux intervenants sont formés et entraînés à réanimer à deux, ils peuvent réaliser cette technique ensemble.

Chacun se place de part et d'autre de la victime, l'un réalise les insufflations tandis que l'autre réalise les compressions thoraciques et ce, en alternance.



Les intervenants doivent se relayer toutes les 2 minutes (tous les 5 cycles ou lors de chaque analyse du DEA) pour effectuer les compressions. En effet, la qualité des compressions thoraciques est rapidement altérée par la fatigue de l'intervenant même si celle-ci n'est pas ressentie.

Le cycle reste inchangé : 30 compressions thoraciques et 2 insufflations à répéter jusqu'à l'arrivée des secours qualifiés.

La bonne coordination des intervenants nécessite un entraînement régulier.

4. LA DÉFIBRILLATION EXTERNE AUTOMATISÉE (DEA)

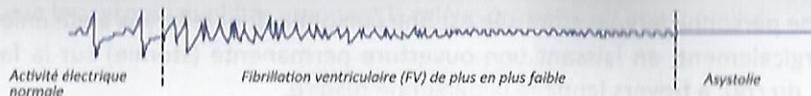


Principe général de la Défibrillation Externe Automatisée (DEA)

Dans la plupart des cas de mort subite de l'adulte, l'état de mort apparente débute par une désorganisation grave de l'activité électrique du cœur : la fibrillation ventriculaire.

La fibrillation ventriculaire

Lorsque l'arrêt cardiaque survient, la fibrillation ventriculaire (FV) représente l'arythmie initiale la plus fréquente. Cette activité électrique et musculaire anarchique se caractérise par une absence de circulation et donc un état de mort apparente (inconscience, pas de respiration normale). Progressivement, cette activité anarchique va évoluer vers le silence électrique complet : l'asystolie.



Lorsque le rythme est enregistré rapidement après le collapsus, en particulier quand un DEA est proche, la proportion de victime présentant une fibrillation ventriculaire peut atteindre jusqu'à 76 %.

La défibrillation électrique est le traitement le plus efficace pour restaurer une circulation spontanée. Plus le choc électrique est administré tôt, plus il a de chances d'être efficace. On estime que les chances de survie de la victime décroissent de 10 à 12 % par minute de retard dans l'administration du choc électrique.

Les Défibrillateurs Externes Automatisés (DEA)

Les DEA sont des défibrillateurs car ils sont capables de délivrer une quantité de courant électrique par l'intermédiaire d'électrodes au travers du thorax de la victime afin de tenter de re-synchroniser l'activité électrique cardiaque.

Ils sont dits automatisés car l'indication de la délivrance du choc électrique ainsi que le choix de l'intensité du choc sont à charge de la machine. Pour les appareils semi-automatique, seul le moment de la délivrance du choc autorisé par l'appareil incombe à l'utilisateur. Avec les appareils entièrement automatiques, le choc est délivré automatiquement après un message d'annonce. Ce type d'appareil est de plus en plus répandu.

Ces appareils sont très fiables, étant à la fois sensibles (ils reconnaissent les rythmes devant être choqués – fibrillation ventriculaire et tachycardie ventriculaire rapide) et spécifiques (ils n'autorisent pas à choquer un autre rythme).

Le DEA comporte le plus souvent :

Un écran à cristaux liquides qui affiche des messages écrits. Certains appareils permettent de visualiser le tracé ECG de la victime, mais ils ne doivent pas être utilisés par les secouristes car ils peuvent induire en erreur une personne non formée à l'interprétation de tracés électrocardiographiques.

Un haut-parleur qui émet des messages sonores et guide l'utilisateur dans son intervention.

Un module de mémorisation des événements et une mémorisation du tracé ECG de la victime. Ce module permet d'établir un rapport d'intervention très détaillé qui devra être transmis aux médecins après l'intervention.

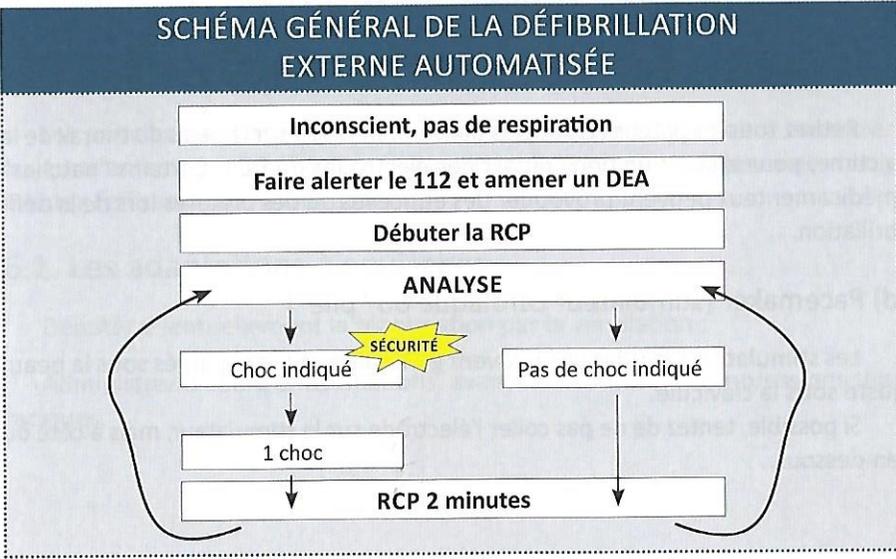
Une batterie au lithium à autonomie variable selon les appareils.

Des électrodes de défibrillation emballées par paire dans une pochette fermée, à usage unique et pré-enduites de gel conducteur du courant électrique.

La législation belge permet, depuis 2006, à toute personne, d'utiliser un DEA pour une victime, ne présentant plus de signes de vie, après avoir alerté le Centre 112.

5. UTILISER UN DÉFIBRILLATEUR EXTERNE AUTOMATISÉ (DEA)

- ▶ En Belgique vous pouvez localiser un DEA grâce à un pictogramme vert et blanc indiquant "AED" ou "DEA".
- ▶ Activez le DEA : certains DEA s'activent automatiquement à l'ouverture du couvercle. Sur d'autres, il faut appuyer sur le bouton de mise en marche.
- ▶ Si un autre intervenant est présent, les compressions thoraciques seront réalisées pendant l'application du DEA.
- ▶ Enlevez les vêtements du thorax de la victime.
- ▶ Sortez les électrodes de leur emballage.
- ▶ La position correcte où les électrodes doivent être collées sur le thorax est souvent illustrée sur l'emballage ou sur les électrodes même :
 - ▶ une électrode doit être appliquée sous l'aisselle gauche ;
 - ▶ l'autre électrode est collée sous la clavicule droite, à côté du sternum.
- ▶ **Durant l'analyse** : écartez-vous et assurez-vous que personne ne touche la victime, pendant que le DEA analyse le rythme cardiaque.
- ▶ **Si un choc électrique est indiqué** :
 - ▶ assurez-vous que personne ne touche la victime ;
 - ▶ Avec un DEA semi automatique, appuyez sur le bouton de choc, comme demandé, sans perdre de temps. Avec un DEA entièrement automatique, veillez exclusivement à ce que personne ne touche la victime pendant la délivrance du choc.
- ▶ **Commencez la RCP** : reprenez immédiatement les compressions thoraciques et la ventilation artificielle (30 compressions : 2 insufflations).
- ▶ **Suivez les instructions vocales du DEA.**



5.1. La sécurité lors de l'utilisation d'un DEA

a) Durant l'analyse

Il ne peut y avoir aucun contact avec la victime pendant l'analyse. Toucher la victime durant l'analyse peut engendrer des mouvements qui interfèrent avec la reconnaissance du rythme cardiaque et retardent l'administration du choc.

b) Durant l'administration du choc

Assurez-vous que l'environnement est sans danger. Pendant l'analyse, la charge et spécialement lors de la défibrillation, vérifiez que personne (ni vous, ni un témoin) ne touche la victime ou son environnement direct (par exemple, un lit).

Criez "écarter-vous" et vérifiez que personne n'est en contact avec la victime avant d'appuyer sur le bouton de choc ou que le DEA ne délivre automatiquement le choc.

5.2. Quelques cas particuliers

a) Thorax mouillé

Certaines victimes peuvent présenter un thorax mouillé, suite à la transpiration ou après un sauvetage hors de l'eau. Essayez rapidement le thorax, avant de coller les électrodes.

b) Thorax très poilu

Un thorax extrêmement poilu peut créer des problèmes d'adhésion des électrodes. Si nécessaire rasez ou coupez les poils pour obtenir un contact adéquat. Ne le faites pas de façon systématique – ceci ferait perdre un temps précieux.

c) Patches médicamenteux

Retirez tous les patches ou autres pansements fixés sur la peau du thorax de la victime, pour assurer un bon contact des électrodes du DEA. Certains "patches" médicamenteux peuvent provoquer des étincelles ou des brûlures lors de la défibrillation.

d) Pacemaker (stimulateur cardiaque ou "pile")

Les stimulateurs cardiaques peuvent généralement être palpés sous la peau, juste sous la clavicule.

Si possible, tentez de ne pas coller l'électrode sur le stimulateur, mais à côté ou en-dessous.

e) Bijoux

Retirez tous les bijoux métalliques qui pourraient entrer en contact avec les électrodes de défibrillation.

Ne collez pas les électrodes sur les bijoux fixés à la peau (piercing).



Attention

Dans tous les cas veillez à ne pas perdre de temps !

5.3. Utiliser un DEA sur un enfant

a) Enfants de plus de 8 ans

Les DEA standards peuvent être utilisés sur les enfants de plus de 8 ans.

b) Enfants entre 1 à 8 ans

Pour les enfants de 1 à 8 ans, si possible, utilisez des électrodes spécifiques (pédiatriques) et un mode pédiatrique, s'ils sont disponibles. S'ils ne sont pas disponibles, utilisez le DEA tel quel.

c) Enfants de moins d'1 an

L'utilisation d'un DEA chez les enfants de moins d'un an est uniquement recommandée si le fabricant du DEA mentionne explicitement que l'appareil est adapté pour cette tranche d'âge.

Utilisez alors le DEA selon les recommandations du fabricant.

6. LA RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE DES ENFANTS

Les principes de base de la réanimation de l'adulte s'appliquent aussi bien au jeune enfant, qu'au bébé. Néanmoins, certaines adaptations pourraient augmenter l'efficacité de l'intervention.

6.1. Les adaptations à envisager

Débuter éventuellement la réanimation par la ventilation :

Administrez d'abord 5 insufflations, avant de débiter les compressions thoraciques.

- ▶ Selon la taille de l'intervenant et le gabarit de l'enfant, les compressions thoraciques seront réalisées sur la moitié inférieure du sternum avec 2 doigts, 1 main ou 2 mains.
- ▶ La profondeur des compressions sera d'environ un tiers de l'épaisseur du thorax de la victime.



Attention : fragile !

Les vertèbres cervicales des enfants sont très fragiles, **manipulez la tête avec beaucoup de prudence.**

La trachée du bébé n'est pas encore complètement constituée et reste très souple ; en basculant exagérément la tête en arrière, la trachée s'écrase et l'air ne peut passer : **l'extension de la tête du bébé doit être douce et modérée (position neutre).**

Priorité à l'appel des secours ou aux gestes de réanimation ?

Alors que chez l'adulte, l'arrêt cardiaque est généralement consécutif à une pathologie cardiaque, chez les jeunes enfants et les bébés, la cause est le plus souvent pulmonaire (suffocation, inhalation, noyade,...).

L'arrêt cardiaque consécutif à un problème respiratoire peut favorablement évoluer suite aux gestes de réanimation cardio-pulmonaire. Ceci justifie que **lorsqu'un choix s'impose** entre débiter les gestes de réanimation ou aller appeler du secours, **on privilégiera, chez l'enfant, les gestes de réanimation durant 1 minute.**

Par contre, pour l'adulte chez qui une pathologie cardiaque a provoqué l'arrêt circulatoire, un choc électrique réalisé avec le matériel adéquat pourra rétablir les fonctions vitales. Dans les cas de mort subite **chez l'adulte, la priorité sera donnée à l'appel des secours.**



Se placer du côté du visage.
Superposer le pied le plus proche de soi.



Glisser les bras, vers le haut, en soutenant l'articulation du coude, pour les amener dans l'alignement du corps.



Passer la main proche du visage sous l'aisselle de la victime pour lui saisir la nuque et la base du crâne.
Poser l'autre main sur la hanche.



Faire rouler la personne sur le dos, en gardant les mains en place pour accompagner la victime jusqu'à la fin du mouvement.





Retirer les lunettes de la victime.
Veiller à ce que les 2 jambes soient étendues.
Placer le bras le plus proche de soi à angle droit (coude et épaule) la paume tournée vers le haut.



Placer le dos de la main opposée contre la joue et la maintenir paume contre paume.



De l'autre main, saisir la jambe la plus éloignée par l'extérieur du genou et la ramener vers soi en maintenant le pied au sol.
En maintenant la main appuyée sur la joue, tirer la jambe fléchie et faire rouler la victime vers soi.



Vérifier la position de la tête, légèrement en extension, la bouche orientée vers le sol.
En position finale, le coude repose sur l'avant-bras, la cuisse est à angle droit, les 2 jambes sont parallèles.



En vidéo pour plus de compréhension...
<http://www.edplg.be/ca/800ED125>

Remarque importante

Toute femme visiblement enceinte sera placée sur le côté gauche, afin de ne pas comprimer la veine cave inférieure.

J'évalue mes connaissances !
<http://www.edplg.be/ca/3F76EB88>



Pour en savoir plus...
<http://www.edplg.be/ca/B7464977>



Chapitre 3

LES TROUBLES DE LA CONSCIENCE

1. INTRODUCTION



Le système nerveux est le système le plus complexe du corps humain : il permet à la fois la réception, l'analyse et le traitement des informations sensorielles, ainsi que l'élaboration des réactions à ces stimulations. Enfin, il coordonne les activités des autres systèmes du corps. Une personne pleinement consciente est donc éveillée, attentive et consciente de son environnement.

Le sommeil est un état normal de diminution de la conscience, réversible à tout moment. Lorsqu'une personne est endormie, les fonctions vitales telles que la respiration s'effectuent de manière autonome.

La perte de conscience prolongée (ou de connaissance ou coma) est un état anormal au cours duquel l'organisme voit s'altérer ou disparaître ses mécanismes de contrôle. Il existe de nombreuses et complexes classifications de l'altération de la conscience qu'il serait ardu de différencier complètement ici.

En cas d'inconscience, une personne peut perdre tout contrôle musculaire et, si elle est allongée sur le dos, étouffer suite à l'obstruction de ses voies respiratoires par sa propre langue.

Une victime ayant perdu connaissance doit immédiatement bénéficier de premiers soins car elle est en danger immédiat.

Dans ce chapitre, vous découvrirez les aspects essentiels de l'intervention en cas de troubles de la conscience.

1.1. Rôle du secouriste (objectifs d'apprentissage)

Le secouriste doit être capable de/d' :

- ▶ détecter un état d'inconscience ou de conscience altérée ;
- ▶ adapter la position de la victime ;
- ▶ veiller au dégagement des voies respiratoires ;
- ▶ envisager la recherche de lésions associées ;
- ▶ assurer la sécurité et la protection de la victime ;
- ▶ obtenir l'intervention de secours adéquats.