

32^{ème} **CAMU**
COLLEGE AQUITAIN
DE MEDECINE D'URGENCE
2026

1 & 2 AVRIL

BÂTIR ENSEMBLE L'AVENIR DE LA MÉDECINE D'URGENCE
BASTIR L'AVIÈNER DE LA MEDECINA D'URGÈNCIA



BORDEAUX (33)

Institut des Métiers de la Santé (IMS) Pessac
Av. du Haut Lévêque, 33604 Pessac



www.camu.mcocongres.com

LA RÉGULATION MÉDICALE - PIVOT DE LA CHAÎNE DE SURVIE DE L'ACR -

1



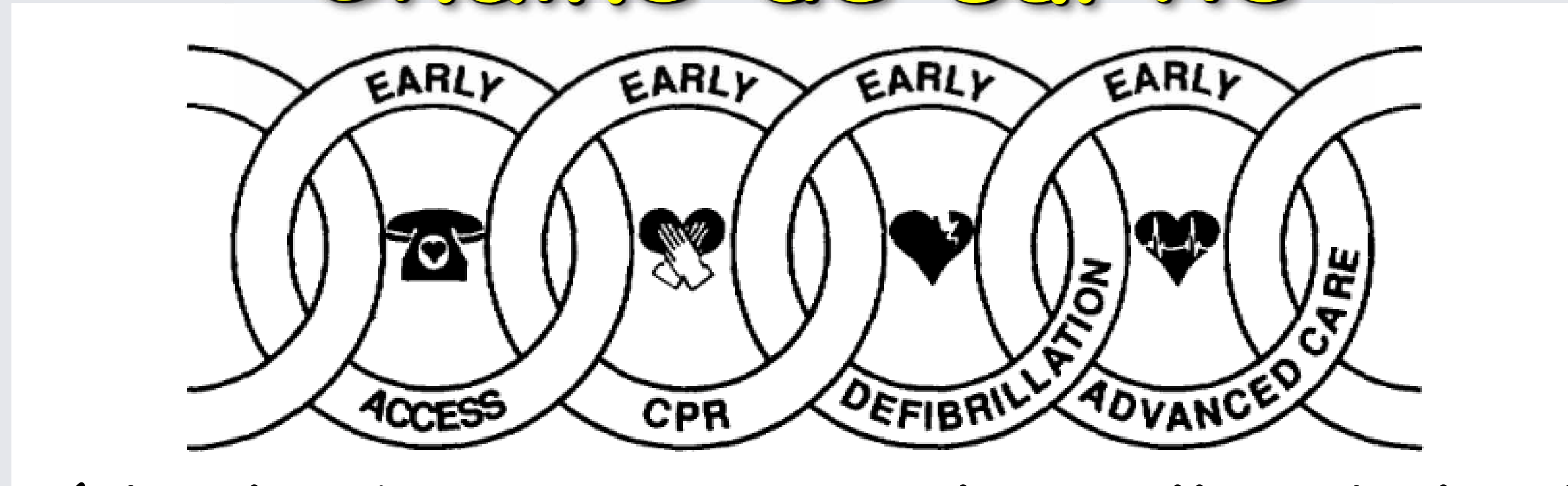
*Gilles DOS SANTOS, Eric TENTILLIER
SAMU 33 & CFARM de Bordeaux*

Un enjeu de santé publique

- 55 ACR extra-hospitaliers traités par les secours pour 100 000 hab. /an en Europe
 - soit près de 3 ACR en Gironde / jour
- Age moyen 67 ans, hommes 65 %
- Survenue à domicile 70 %
- Rythme choquable 20 % (mais écarts de 11 à 37 % selon les registres)
- Cause médicale dans 91 % des cas
- Probabilité de survie moyenne 7,5 % (4 % à J30 sur registre RéAC)
 - perte de 10 % de chance de survie à chaque minute sans RCP

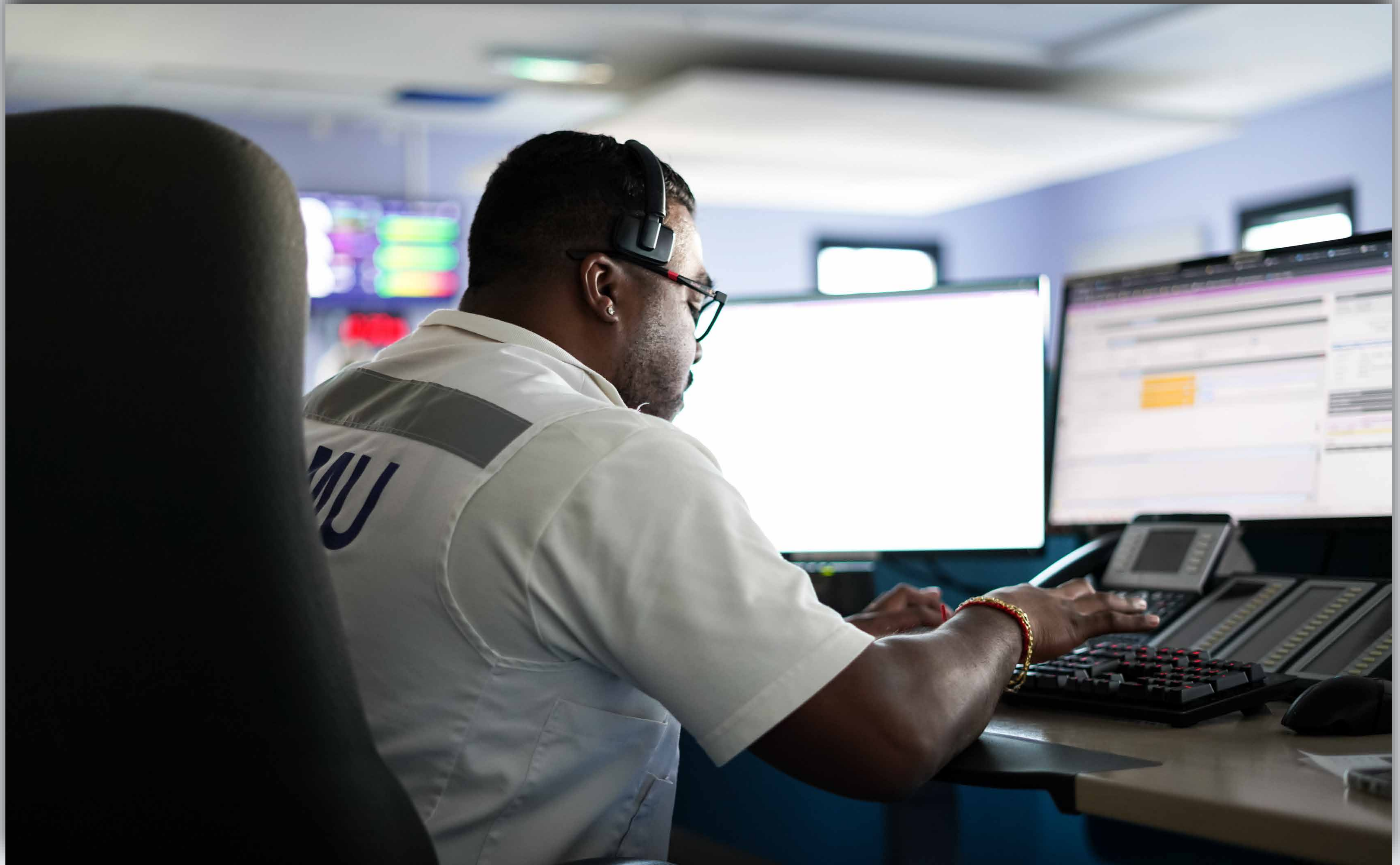


Chaîne de survie



- La régulation médicale n'est pas un simple maillon de la chaîne
- elle agit sur chacun des maillons de la chaîne de survie
- Révision 2025 : met en avant la prévention de l'ACR (1), regroupe RCP et défibrillation précoces (2), et souligne l'importance de la récupération pour restaurer la qualité de vie du survivant / de l'entourage (4)








Reconnaitre un ACR au téléphone

- Reconnaissance de l'ACR parfois difficile
 - stress de l'appelant
 - respiration agonique de type gasps
- Questions clés pour un protocole standardisé
 - la personne est-elle consciente ?
 - la personne respire-t-elle *normalement* ?
- Pas de preuve de la supériorité d'un protocole
- Inconscience + respiration anormale = ACR ?

Protocole No-No-Go

Est-ce qu'il répond ? Est-ce qu'il respire ?
Normalement ?

Faire pratiquer une RCP

Aide à la formulation :

1. Quel est le problème ?
2. Est-ce qu'il/elle répond ?
3. Est-ce qu'il/ respire ? Si oui, est-ce qu'il respire normalement ?
4. Obtenir ou confirmer les informations de localisation
5. Conseil de T-RCP –Aller chercher un DAE

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none">- Simplicité- Rapidité	<ul style="list-style-type: none">- Risque d'augmentation des faux positifs- Rigueur nécessaire pour application

Et l'Intelligence Artificielle ?



- Proposé pour améliorer l'identification de l'ACR ?
- Quelques études s'intéressent à l'identification de signes vocaux
- Mais à ce jour pas de preuve de la supériorité de l'IA sur l'humain...

Engagement réflexe du SMUR



Indications des départs réflexes d'une équipe SMUR :

- arrêt cardiorespiratoire de type "mort subite" (la "découverte de cadavre" ne justifie pas l'envoi du SMUR)
- accident à cinétique élevée (destruction, projection...)
- accident du trafic avec piéton ou conducteur de 2 roues, inerte
- écrasement permanent d'un membre ou du tronc, ensevelissement complet
- pendaison très récente, dépendu
- signes évidents de détresse vitale suite à une :
 - plaie par arme à feu multiple ou de l'extrémité céphalique ou du tronc
 - plaie par arme blanche cervico-faciale, thoracique, abdominale
- section complète au-dessus du métacarpe ou du métatarses
- accident grave de machine agricole professionnelle
- accident électrique avec haute tension ou foudre
- noyade récente, si la victime est sortie de l'eau et les signes de détresse vitale évidents
- accouchement : le bébé est né ou une partie de l'enfant est visible à la vulve.



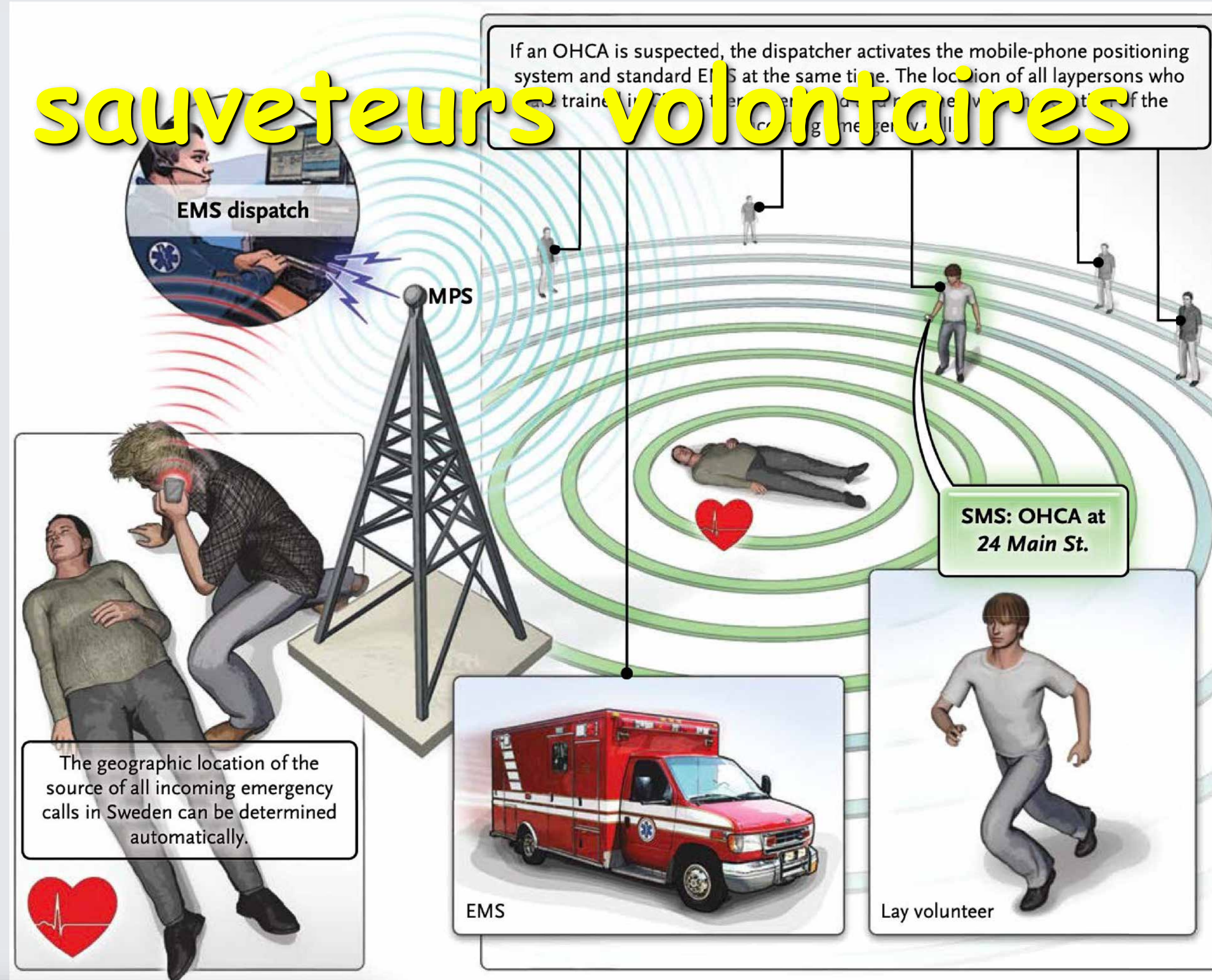
Recherche de citoyens sauveteurs volontaires

- Augmente de 14 % le taux de RCP avant l'arrivée des secours

Incident en cours : 11 R 33240 Cadillac-en-Fronsadais, France
 ID interne #555
 dbuvsbdyugfb Latitude : 44.965044, Longitude : -0.3765926
 ACR F 84 a

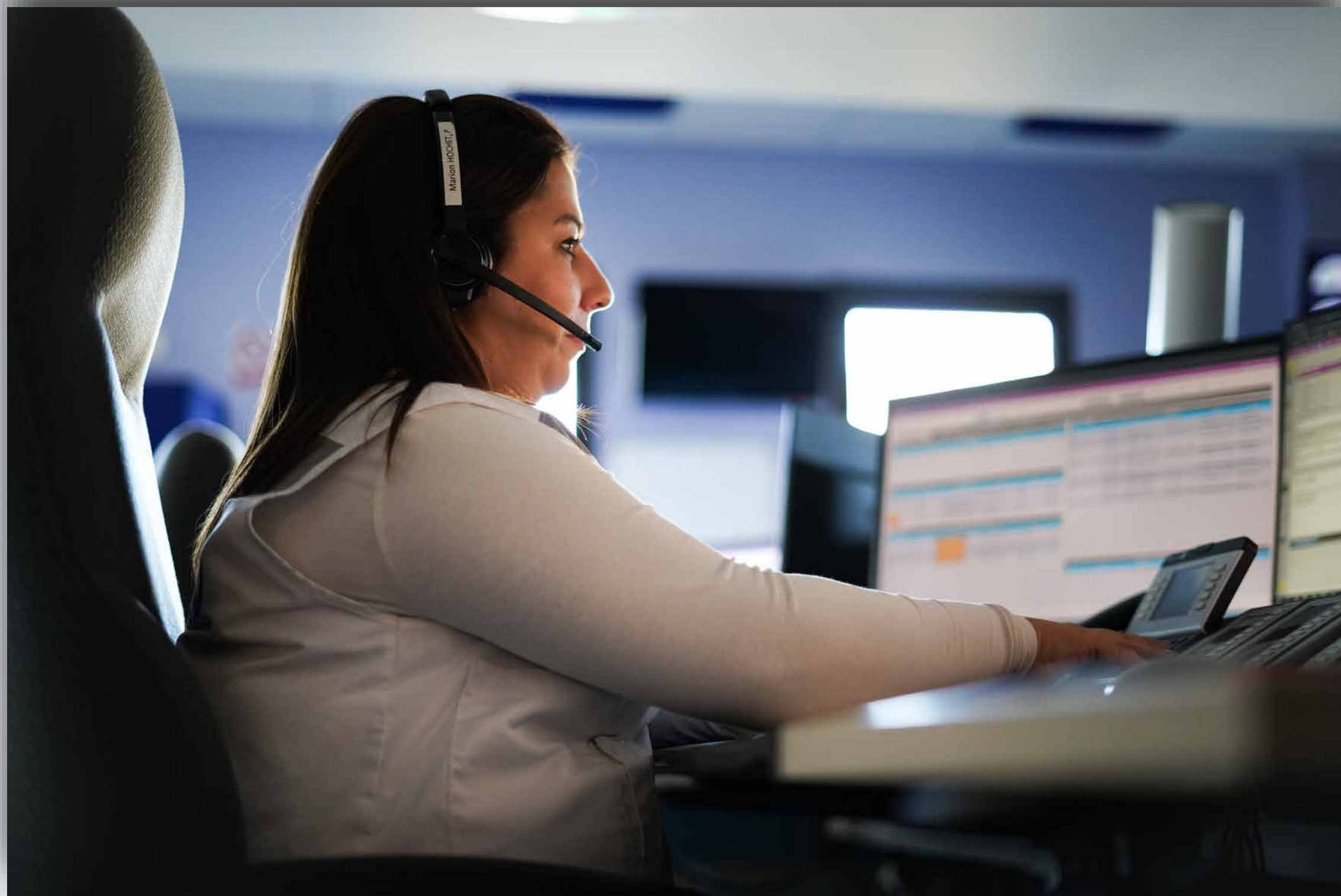
Rafraîchir les données Fermer l'incident

Incident DAE assigné Autres DAE Vers la victime Vers le DAE Notifié Participant envoyé vers la victime qui a déjà un DAE



Place de la visiorégulation ?

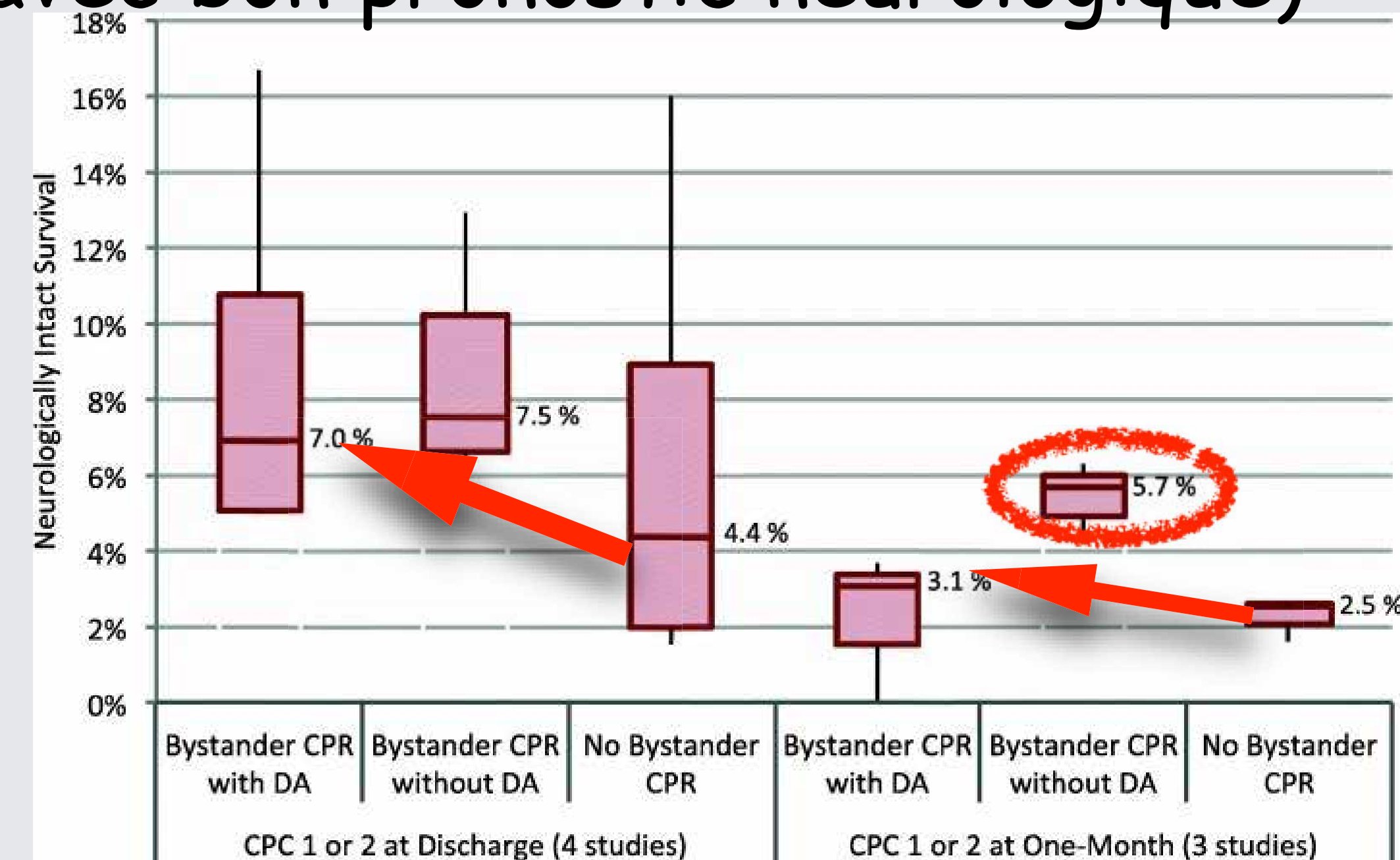
- Proposé pour améliorer la reconnaissance de l'ACR
- Proposé pour améliorer la qualité des compressions thoraciques



- *Ne doit en aucun cas retarder le déclenchement de la RCP*
- *Efficacité reste à démontrer*

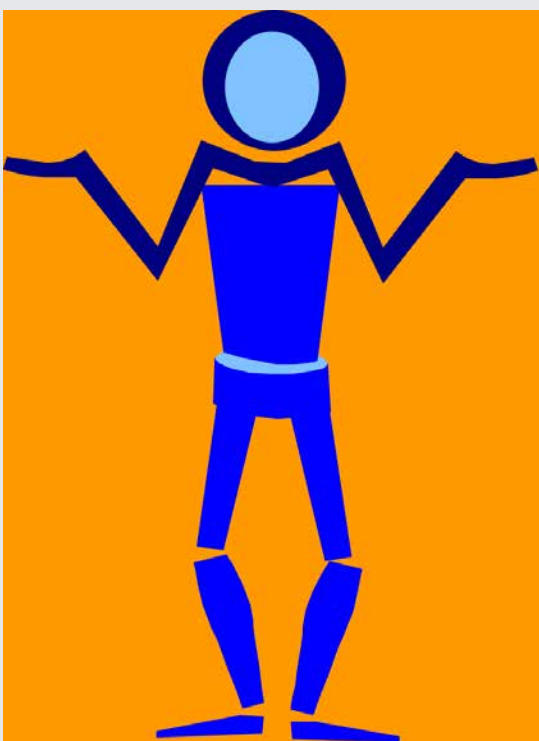
Impact de la RCP guidée par téléphone

- Objectif de réduire le no-flow
- La majorité des études sur l'impact de la RCP guidée au téléphone montre un bénéfice sur la survie
- Sortie d'hospitalisation / survie à 1 mois (avec bon pronostic neurologique)
 - sans RCP 4,4 % / 2,5 %
 - RCP par tel 7 % / 3,1 %
 - RCP d'emblée 7,5 % / 5,7 %



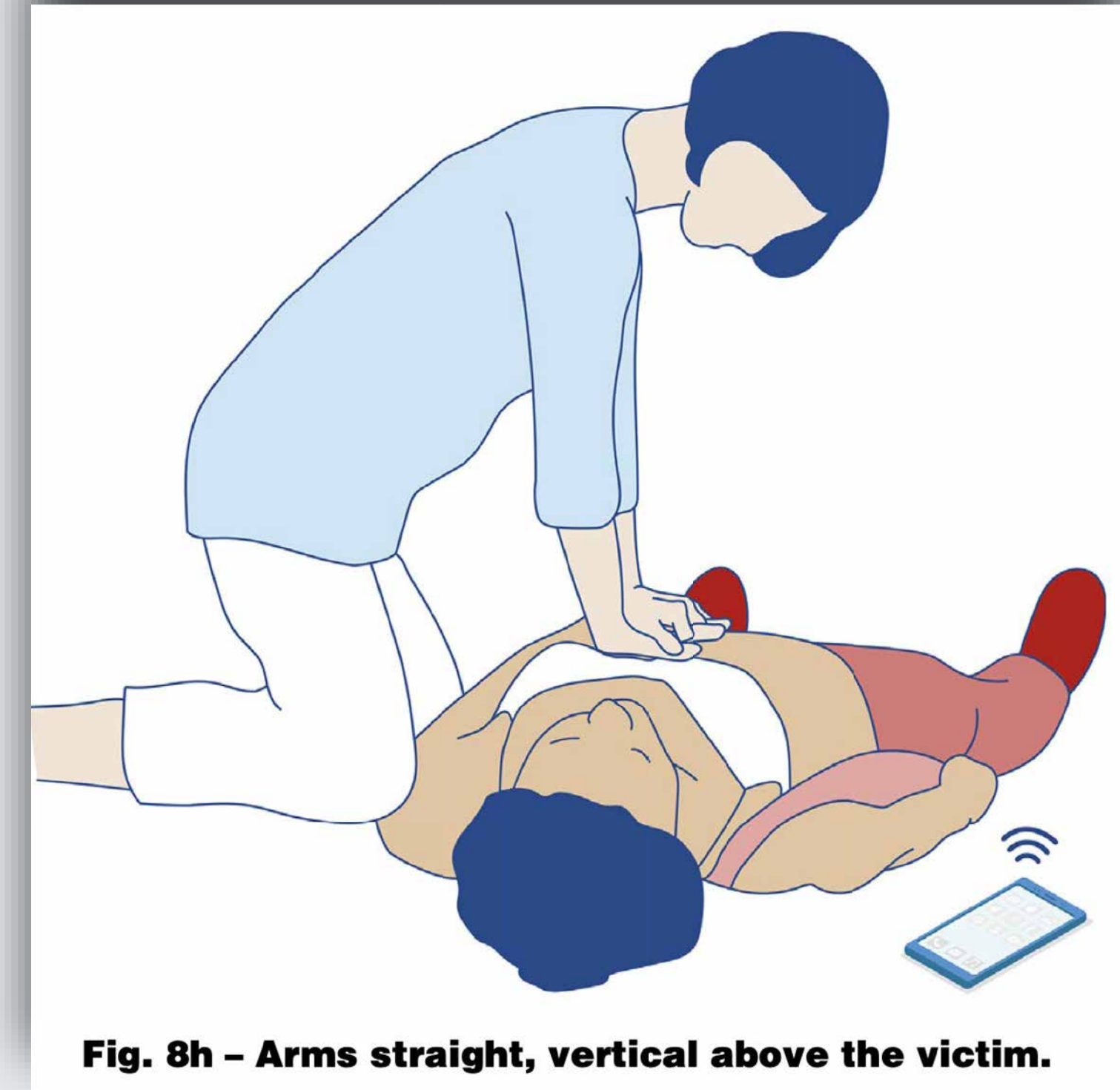
Mais est-ce si simple ?

- Savoir apprécier les possibilités physiques (enfant / personne âgée), et psychologiques de l'interlocuteur (panique...)
- ne pas le placer en situation d'échec ou le faire culpabiliser
- Obtenir l'adhésion de l'interlocuteur, par l'implication directe de l'ARM ou du MR (*je vais vous aider...*)
- Passer par une phase de contextualisation (représentation mentale de la scène), visualiser le geste, afin de guider l'interlocuteur novice dans la réalisation des compressions thoraciques



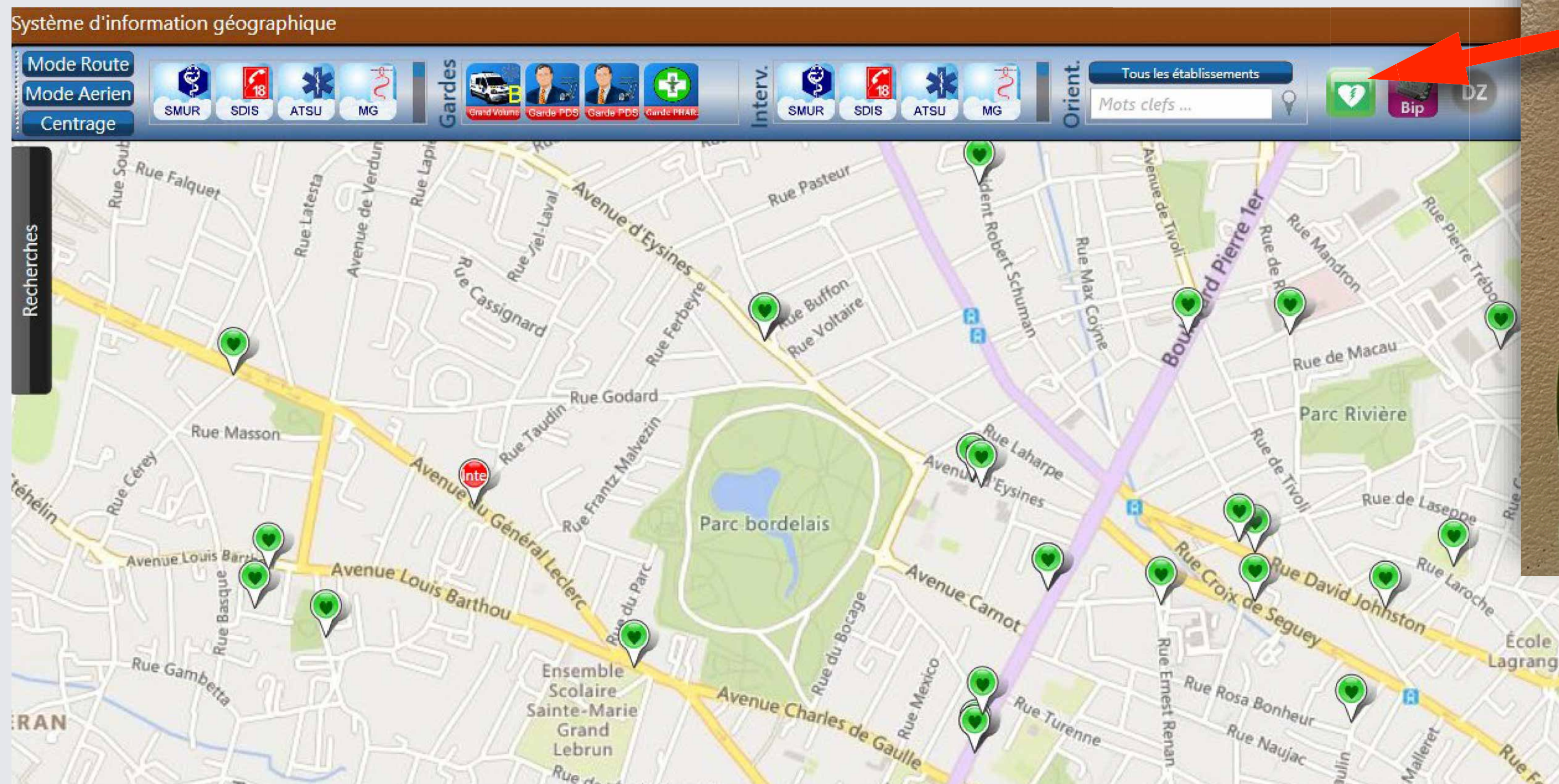
Mais est-ce si simple ?

- Plus qu'une simple description de gestes techniques
- Instructions simples et directes
 - adaptées et compréhensibles par l'interlocuteur
 - rythmées à l'aide d'un métronome
- Ton calme et rassurant
- Dialogue doit être constant
 - accompagné d'une rétro-information (*feed-back*)
 - nourri d'encouragements réguliers (*renforcement positif*)



Inciter à l'utilisation des DAE disponibles

- Registre des DAE accessibles au public
- Application de géolocalisation des DAE



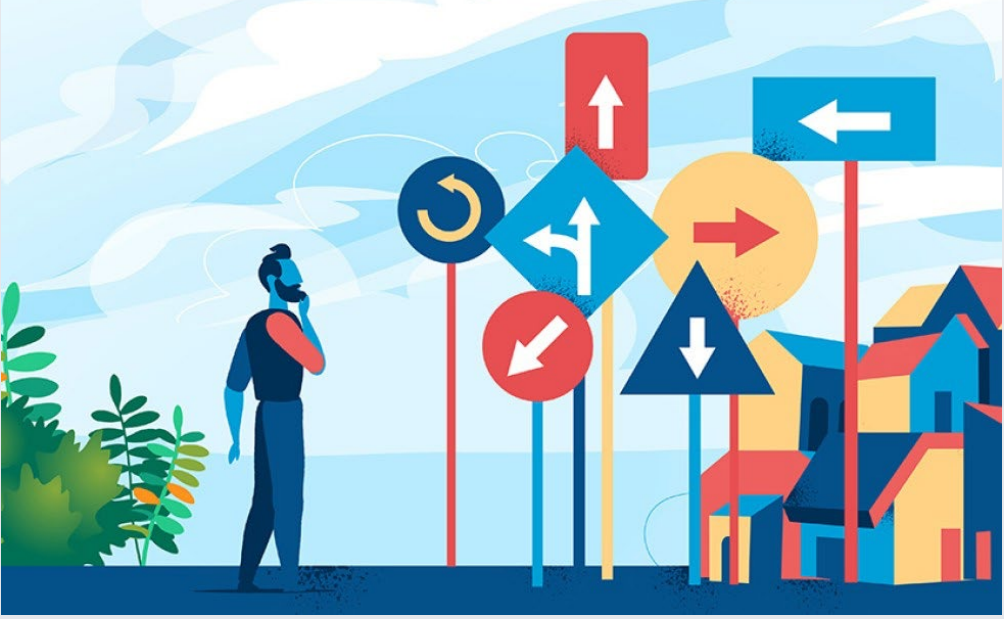
Questions éthiques autour de l'ACR

- Quand ne pas engager de RCP ?
- Quand ne pas engager de secours ?
- Quand faire arrêter la RCP ?

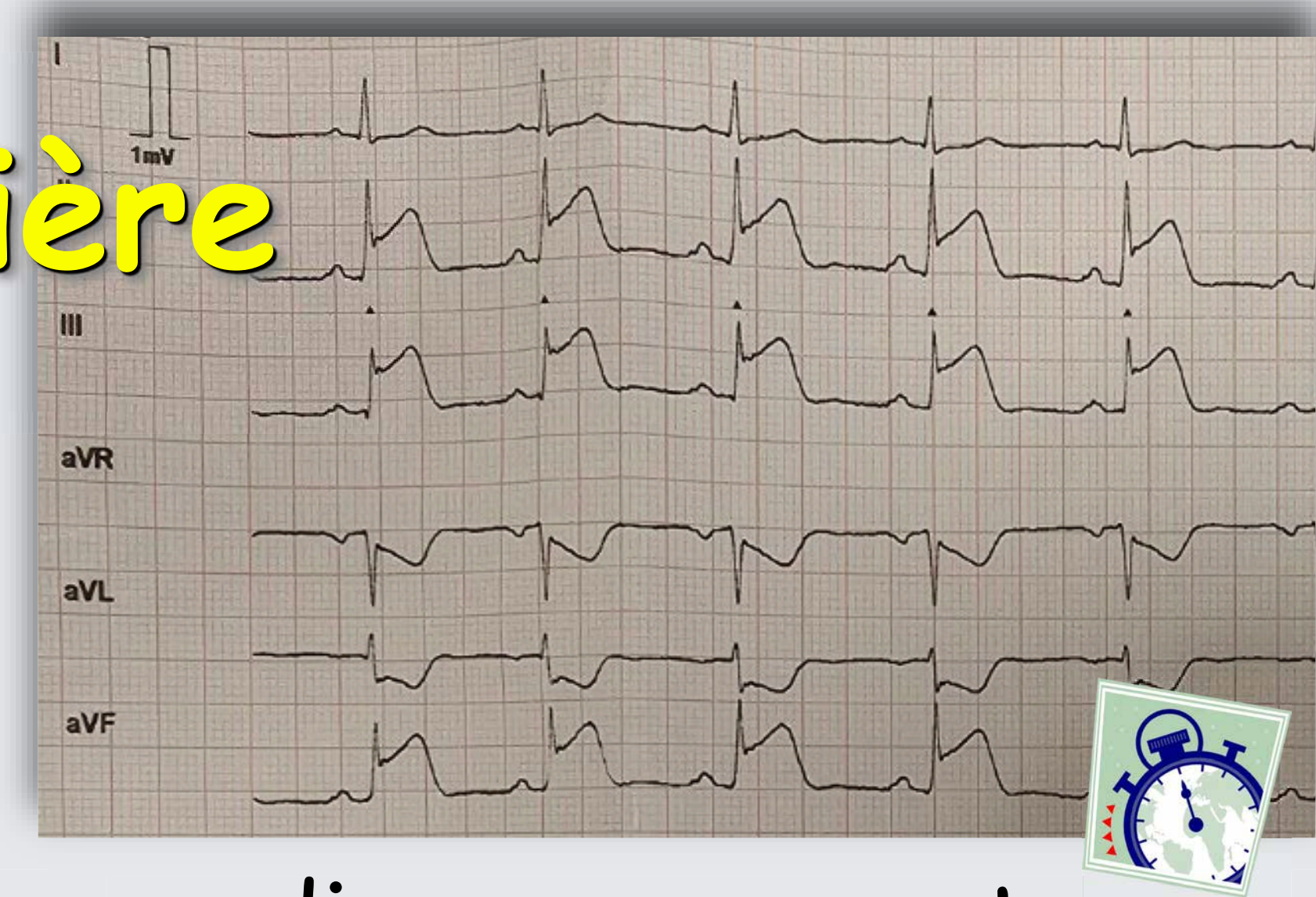


1. de présence d'une lésion mortelle évidente ou de mort irréversible (rigidité cadavérique, lividité cadavérique, putréfaction, décapitation, ...) avec l'adhésion de l'appelant à cette décision ;
2. ou des directives anticipées formalisées et/ou une décision médicale claire et certaine de ne pas réanimer avec l'adhésion de l'appelant à cette décision (exemple : directives anticipées du patient notées dans l'espace numérique de santé « *Mon espace santé* ») ;
3. ou devant l'association de plusieurs facteurs pronostiques défavorables et avec l'adhésion de l'appelant à cette décision.

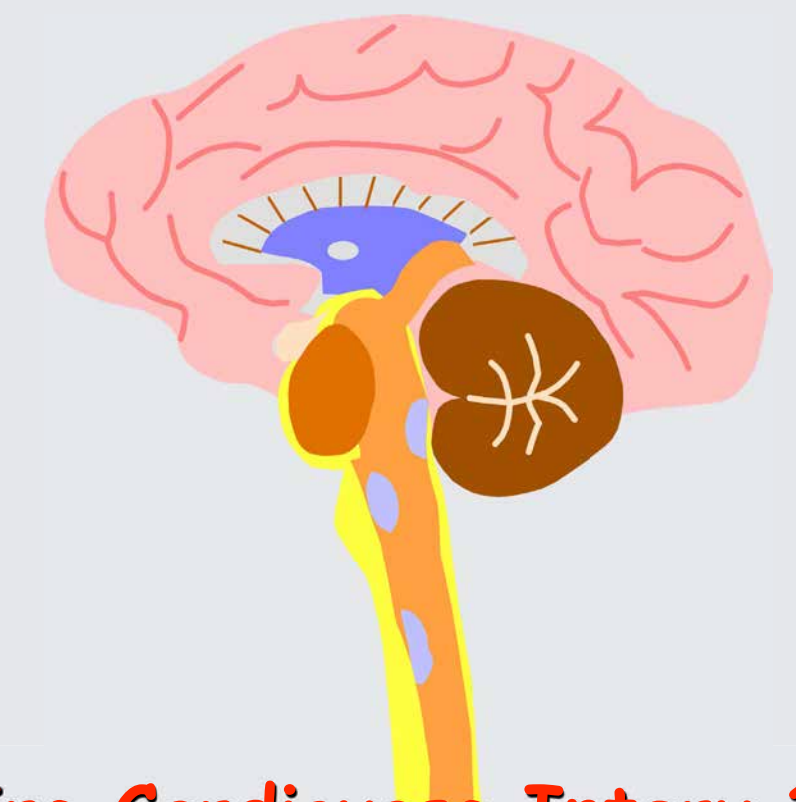
- Evaluation médicale sur place préconisée en cas d'informations médicales trop imprécises à l'appel



Orientation hospitalière



- Déterminer la filière de soins la plus adaptée
- Identification de la cause probable de l'ACR ?
- Etiologie coronarienne en l'absence de cause extra-cardiaque apparente
 - sus décalage ST, rythme choquable, douleur thoracique préalable...
- Autres causes cardiologiques : cardiomyopathie hypertrophique, cardiopathie valvulaire, trouble du rythme sans SCA, dissection aortique...
- Rupture d'anévrisme cérébral
- Détresses respiratoires, causes toxiques
- Causes traumatiques...





La régulation médicale agit sur chaque maillon de la chaîne de survie

Reconnaissance précoce de l'ACR

Engagement et coordination de différents intervenants

Initiation précoce de la RCP par le guidage téléphonique des compressions thoraciques + engagement d'un secouriste

Orientation vers un DAE

Détermination de l'orientation hospitalière la + pertinente pour favoriser la récupération post-RACS

