

Fiche
ProcédurePrise en charge d'une
victime

ARRET CARDIAQUE CHEZ L'ADULTE

Chef d'Agrès VSAV

MAJ 21/03/2024

- Débuter immédiatement une RCP en répétant des cycles de **30 compressions thoraciques** et **2 insufflations**
- **Mettre en œuvre, le plus tôt possible, le DAE** et suivre les indications de l'appareil
 - A deux secouristes avec DAE, un secouriste poursuit le massage cardiaque, le second met en œuvre le DAE. Il demande un renfort médical immédiatement après la première analyse et la délivrance éventuelle du premier choc.
 - A trois secouristes ou plus, les trois actions (alerte, MCE et DAE) sont à réaliser simultanément.
 - La mise en place des électrodes du DAE sur la victime doit se faire sans interruption des manœuvres de RCP.
- L'interruption des compressions thoraciques doit être limitée à son minimum au moment des insufflations.
- Poursuivre la RCP jusqu'à ce que le DAE demande son interruption.
- Reprendre la RCP immédiatement après la délivrance ou non d'un choc électrique sans attendre les instructions vocales du DAE.
- Administer de l'oxygène par insufflation.
L'apport d'oxygène à la victime sous ventilation artificielle doit être réalisé dès que possible, sans retarder la mise en œuvre des gestes de réanimation.
- Réaliser une aspiration des sécrétions, si nécessaire :
Lorsque l'aspiration de sécrétions est réalisée, elle ne doit pas retarder ni interrompre les manœuvres de RCP ou la délivrance d'un choc électrique.
- Mettre en place une canule oropharyngée, si nécessaire :
Une canule oropharyngée est mise en place en cas de ventilation artificielle inefficace par difficulté de maintien des voies aériennes de la victime libres.
- Poursuivre la réanimation entreprise jusqu'à l'arrivée des renforts médicalisés ou à la reprise d'une respiration normale.
- Pour assurer une RCP efficace, les secouristes doivent **se relayer toutes les deux minutes**.
Ce changement sera effectué lors de l'analyse du rythme cardiaque par le DAE, si celui-ci est en place.
- **Surveiller** régulièrement l'apparition :
 - D'un pouls carotidien ou fémoral pendant les insufflations à partir de 3 secouristes (Localiser le pouls pendant les compressions thoraciques et maintenir la position lors des insufflations).
 - D'autres signes de vie (la victime se remet à respirer, bouge, ouvre les yeux).
- Adapter la conduite à tenir suivante

**Le pouls carotidien ou fémoral est perçu (hors compressions thoraciques)
et la ventilation est absente ou anormale (FR ≤ 6 mvts/min) :**

- Interrompre les compressions thoraciques
- Poursuivre les insufflations à une fréquence de 10 insufflations par minute
- Contrôler le pouls carotidien ou fémoral en permanence.

Si la victime commence à se réveiller (bouge, ouvre les yeux et respire normalement)

- Cesser les compressions thoraciques et la ventilation.
- Réaliser un primaire
- Assurer une surveillance constante de la conscience et de la ventilation tout en gardant la victime sur le dos.
- Protéger la victime contre le froid, le chaud et les intempéries
- Se tenir prêt à reprendre les manœuvres de RCP en raison du risque majeur de récurrence de l'arrêt cardiaque.

Dans les autres cas, poursuivre la RCP dans l'attente de l'équipe médicale

Débit d'O ² en insufflation	15 l/min
Fréquence de massage	30 compressions thoraciques / 2 Insufflations
Rythme de massage	100 à 120 / minute