

Fiche  
ProcédurePrise en charge d'une  
victimeSECOURS  
D'URGENCE  
AUX PERSONNESARRET CARDIAQUE CHEZ  
L'ENFANT ET LE NOURRISSON

Chef d'Agrès VSAV

MAJ 21/03/2024

- Retirer délicatement tout corps étranger visible et facilement accessible dans la bouche
- **Réaliser immédiatement 5 insufflations**, de préférence à l'aide d'un insufflateur manuel de taille adaptée. Pendant la réalisation des insufflations initiales, rester attentif à tout mouvement, à tout effort de toux ou à toute reprise d'une respiration normale qui pourraient survenir.
- Débuter immédiatement une RCP en répétant des cycles de **15 compressions thoraciques** et **2 insufflations**.
- Demander un renfort médical
- Mettre en œuvre, le plus tôt possible, le DAE et suivre les indications de l'appareil.
  - A deux secouristes ou plus avec DAE, un ou deux secouristes poursuivent le massage cardiaque et la ventilation, l'autre met en œuvre le DAE.
  - La mise en place des électrodes du DAE sur la victime doit se faire sans interrompre les 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 par le DAE sans attendre les instructions vocales du DAE.
- Administrar 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 (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.  
Les ventilations doivent se rapprocher de la limite inférieure de la fréquence normale pour l'âge (cf. tableau suivant).
- Contrôler le pouls carotidien ou fémoral en permanence.

Age de la victime	Fréquence des insufflations
Nourrisson	25 à 30 insufflations / min
Enfant	15 à 20 insufflations / min

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

- Cesser les compressions thoraciques et la ventilation
- Réaliser un bilan primaire et 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 <sup>2</sup> en insufflation enfant	15L/min
Débit d'O <sup>2</sup> en insufflation nourrisson	15L/min
Fréquence de massage	15 compressions thoraciques / 2 Insufflations
Rythme de massage	100 à 120 compressions / min