TABLE RONDE*

Sous la présidence de Monsieur le Sénateur Alex TÜRK A,
avec la participation du Pr CARLI P,
des Drs GOLDSTEIN P, KACET P et RIFLER JP

INTERVENTION DU DR JEAN-PIERRE RIFLER
(SAMU 21, SMUR de Montbard)

Premier orateur, le Dr RIFLER rappelle qu'avec environ 60 000 morts par an la mort subite est un véritable problème de santé publique mais qu'avec un défibrillateur "*on pourrait en sauver beaucoup si on faisait ce qu'il faut*". À l'intention des élus présents dans la salle, le Dr RIFLER insiste sur l'importance de la chaîne de survie : appel des secours, "*défibrillation dans les 5 min pour être la plus efficace*", "*et surtout faire en sorte que le SMUR arrive le plus rapidement possible*".

Après avoir rappelé les résultats anglo-saxons [31 % de survies à Seattle[1], 53 % dans les Casinos de Las Vegas[2], 56 % à l'aérodrome de Chicago[3]], le Dr RIFLER remarque que si en France on a beaucoup de matériel, des SAMU trés bien équipés et surtout des médecins dans les ambulances de réanimation, le taux de survie est par contre inférieur à 5 % parce que les gens ne sont pas formés à la chaîne de survie, ne savent pas appeler, ne savent pas faire le massage cardiaque. Seulement 6 % de la population sont formés aux GES et l'accès au défibrillateur est toujours trop long, bien qu'à Lyon on ait observé 13 % de survies[4] et 17 % à Air France[5]. À Lyon, les pompiers arrivent en moyenne 4 min avant le SMUR et ils utilisent le DSA ce qui multiplie les chances de survie. À Air France, il y a des DSA dans tous les avions et tous les personnels navigants sont formés. "*Le problème est donc de réduire le délai d'arrivée du défibrillateur*".

Le Dr RIFLER rappelle ensuite qu'en 1997 le Dr Suzanne TARTIÈRE du SAMU de Paris est venue à Montbard enseigner son concept FO-UR-MI (FOrmation URgence MInimum) permettant d'apprendre en 2 h les gestes qui sauvent. En 2001, un partenariat avec la CRF sur la base du concept IPS (Initiation aux Premiers Secours) a été conclu "*parce qu'il était important que toutes les associations de secourisme, les pompiers, la CRF et l'hôpital travaillent de concert sur ces deux manques de la chaîne de survie que sont l'appel et les gestes de survie effectués par le premier témoin. La rencontre décisive avec Pascal Cassan a eu lieu en 2004. On a amélioré l'IPS qui durait 1 h en y rajoutant le défibrillateur, soit 1 h 30 min, ce qui suffit. À Montbard de 2002 à 2005, en intrahospitalier, on a enregistré 3 survivants sur 10 ACR, soit 27 % de survies après 1 mois. Cinq victimes sur 33 ont été sauvées dont 1 par le DSA des pompiers avant l'arrivée du SMUR, soit 16 % de survies à 1 mois en extrahospitalier. Sur ces 8 victimes sauvées, 6 sont toujours vivantes sans séquelles à 1 an dont la plus ancienne a fait son ACR il y a 4 ans (figure 1)*". Bien que 30 % de la population soient formés et

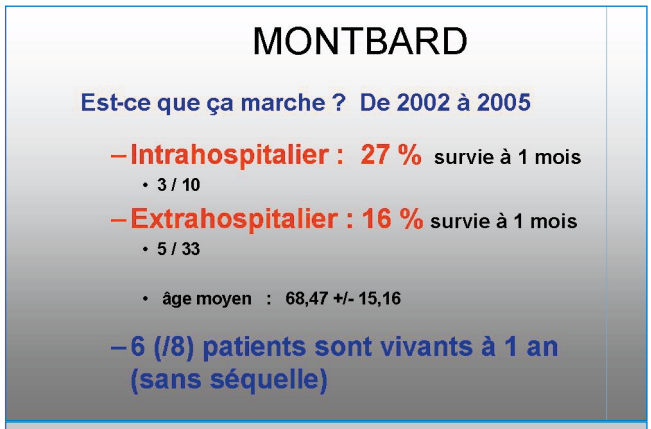

Fig 1 : Résultats de 2002 à 2005.

malgré ces 16 % de survies, ces résultats sont moindres que ceux constatés ailleurs (aux USA par exemple).

Latent en milieu rural, le problème de la disponibilité du défibrillateur automatisé se pose de la même façon en milieu urbain : bouchons de la circulation retardant l'arrivée du SMUR, augmentation du nombre de digicodes compliquant l'accès aux appartements… "*Le délai d'arrivée du secouriste formé avec le défibrillateur et du SMUR est toujours ralenti. La formation ne suffit donc pas et il faut absolument mettre des défibrillateurs à disposition*", souligne le Dr RIFLER.

En juillet 2005, avec l'appui du maire, celui du député de la circonscription qui a déposé un projet de loi tendant à généraliser l'accès public aux défibrillateurs automatisés et à la formation à leur utilisation[6] et grâce à la Caisse d'Épargne qui a financé l'acquisition des défibrillateurs, il a été possible d'installer 6 appareils en ville. "*Le choix en faveur des appareils entièrement automatiques (DEA) s'est fait en raison du vide juridique existant car pour l'instant il n'y a pas de formation obligatoire pour le DEA ce qui n'est pas le cas du DSA. C'est la raison pour laquelle on a opté pour le DEA au départ*". Leur positionnement s'est fait sur la base de sites sécurisés, notamment la mairie avec le gardien, la gare avec les agents SNCF, un hôtel, la salle des fêtes et les deux gymnases de la ville (figures 2 et 3). "*On a considéré qu'il faut approximativement un appareil à disposition du public pour 1 000 habitants*". Le secteur privé a également fait un gros effort "*puisque depuis des DEA ont été installés sur le site industriel où, sur 1 500 employés, pas un seul n'est à plus de 2 min d'un défibrillateur*".

La solution idéale consiste à compléter le défibrillateur par une borne intelligente contenant le défibrillateur, assurant un appel automatique au 15 qui mette la personne utilisant

* 3e Forum de l'Urgence - Conseil Français de Réanimation Cardio-Pulmonaire - Lille, 15 et 16 novembre 2006.

COMMUNICATION

Fig 2 : Lieux de positionnement des DEA.

Fig 3 : Plan de positionnement des DEA dans la ville de Montbard.

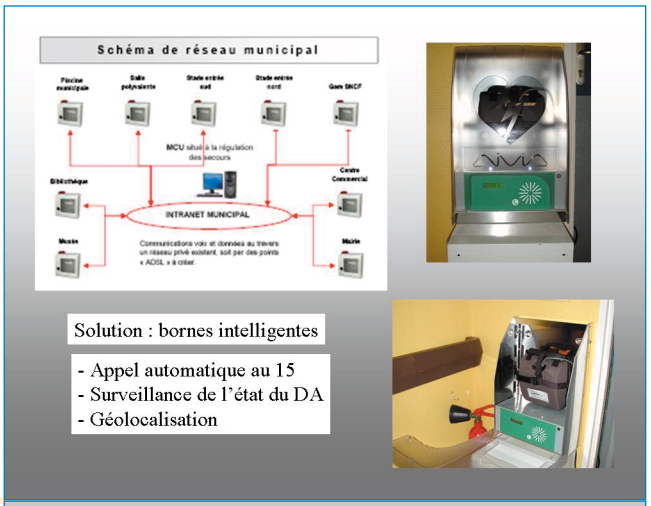

Fig 4 : Schéma de réseau municipal. Les bornes intelligentes.

le défibrillateur en relation avec le régulateur. La borne intelligente permet également la surveillance de l'état de fonctionnement du défibrillateur en life par un réseau internet et une géolocalisation de tout le réseau (figure 4).

Concernant les formations, le Dr RIFLER pense que "*le meilleur réanimateur est celui qui est présent et il ne sert à rien que tel ou tel professeur ou docteur soit disponible s'il arrive une demi-heure trop tard. Il est préférable d'avoir un témoin non formé avec un défibrillateur qu'un professionnel formé sans défibrillateur*". Faisant une distinction entre "*l'information courte type Montbard*" et la formation "*qui est sanctionnée par un diplôme après un examen*", le Dr RIFLER insiste sur "*la nécessité d'une initiation et d'une information sur les choses essentielles pour les utilisateurs issus du tout public à qui l'on n'arrivera jamais à faire faire ce que peut faire un professionnel*".

Cette information courte "*Montbard*" consiste à connaître la chaîne de survie, à reconnaître l'inconscience, à reconnaître l'absence ou la modification de la respiration, à apprendre la manipulation du défibrillateur et le massage cardiaque externe sur le mannequin. On n'insiste pas sur la ventilation car les études ont permis de s'apercevoir qu'il s'agit du point le plus ennuyeux pour le public auquel on demande de faire une réanimation complète. Cette initiation dure 1 h et correspond aux recommandations 2005.

Avant de conclure le Dr RIFLER souligne que dans les sites où on dispose de défibrillateurs accessibles au public on observe deux choses :

- Quand le premier témoin est formé on enregistre 50 % de survie[7] vs 23 % quand le premier témoin utilisant le défibrillateur n'est pas formé[8]. La formation est donc effectivement efficace puisqu'elle double les chances de survie.
- Par contre, sans formation du premier témoin mais avec un défibrillateur les résultats sont 5 fois meilleurs que ceux obtenus dans le système français actuel.

En conclusion, "*le meilleur intervenant est celui qui est présent. Il y a 5 min pour agir afin que la mort subite devienne* "une mort évitable". *La disponibilité des défibrillateurs automatisés est le point à améliorer surtout dans les zones d'habitation puisqu'en fait 70 % des ACRE surviennent au domicile et c'est là qu'il faut les mettre en priorité. S'il faut bien sûr continuer la formation de masses, c'est à l'école qu'il faut commencer car il y a des lois obligeant à former les élèves dès l'école qui doivent être appliquées. Il vaut mieux faire mal que de ne rien faire*".

"*Il ne faut cependant pas oublier que le défibrillateur ne guérit pas mais fait repartir le cœur en attendant les secours. Il est donc indispensable d'améliorer les maillons faibles sans affaiblir le seul maillon fort existant actuellement qu'est le SMUR*".

INTERVENTION DU PR PIERRE CARLI
(Directeur Anesthésie-Réanimation et SAMU de Paris, CHU Necker-Enfants Malades, AP-HP, Président du CFRC)

S'adressant aussi bien aux médecins participant au Congrès qu'aux élus présents, le Pr Pierre CARLI présente le point de vue international et rappelle "*un premier point indiscutable*" : "*chaque fois qu'une minute est perdue pour défibriller un patient en FV, ses chances de survie s'effondrent sur une pente glissante de 10 % par minute*[9] ". Le second point est le suivant : "*si on sait depuis longtemps que les pompiers sont équipés de défibrillateurs, il est nécessaire d'en donner à d'autres qui soient un peu plus proches, car plus on est proche plus on va vite et plus on gagne de temps. Il s'agit des intervenants de sécurité : la police, les moniteurs de sports,*

les vigiles, des citoyens ciblés tels les intervenants de proximité sur le lieu de travail ou en ville, les personnes à l'accueil, les réceptionnistes, la famille ou les proches de malades, de patients à haut risque cardiovasculaire, et après ces différentes catégories tout simplement le public en général".

Les éléments scientifiques disponibles sont clairs. Quand on donne à des personnels qui ne sont pas des secouristes professionnels un défibrillateur, on peut avoir des résultats extraordinaires en termes de survie de la fibrillation ventriculaire comme au Casino de Las Vegas où les membres de la sécurité ont été dans certains cas en mesure d'amener le défibrillateur en moins de 3 min et sont arrivés au taux de survie de 74 % en cas de défibrillation[10].

Le second exemple scientifique indiscutable est celui des défibrillateurs en libre service dans les aéroports comme à Chicago où Caffrey et Becker ont mis en place des défibrillateurs à disposition du public avec un système d'alerte automatique[3]. En peu d'années les défibrillateurs ont été décrochés une dizaine de fois. Sur 21 arrêts cardiaques dont 18 FV, on compte 11 défibrillations efficaces et 10 patients ont survécu sans séquelle à 1 an et "fait extraordinaire aux USA", un seul défibrillateur sur la totalité (53) a été volé. Parmi les intervenants, il y avait des personnels secouristes formés pour utiliser le matériel, des passagers, des médecins mais également des personnes n'ayant pas eu de formation à la défibrillateur[11] (figure 5).

Fig 5 : Défibrillation par le public à l'aéroport de Chicago *(d'après 3)*.

Après avoir souligné qu'aux USA tous les lieux publics – gares, aéroports, centres commerciaux, stades, salles de spectacle, parcs d'attraction - sont équipés de défibrillateurs automatisés externes "*de toutes les marques*" en libre service avec un dispositif d'alerte, le Pr CARLI cite l'exemple des Italiens, et notamment de la ville de Piacenza, "*qui ont été les premiers en Europe à publier des résultats après avoir placé des défibrillateurs à disposition du public (figure 6)*[11,12]. *C'est clair, la DAE par le public triple la survie des patients ayant un arrêt cardiaque et on voit que de 3,3 % la survie passe à 10,5 % après la mise en place de défibrillateurs*".

En Angleterre, 700 défibrillateurs ont été mis en place dans les lieux publics avec des formations de professionnels étant à proximité de ces appareils mais également la possibilité pour le public de les utiliser de manière rapide[13] (figure 7).

Au sujet de "*la différence scientifique entre le défibrillateur automatique (DEA) et le défibrillateur semi-automatique (DSA) pour une utilisation par le public*", le Pr CARLI souligne "*qu'il y a, en France, une différence réglementaire mais peu de données scientifiques spécifiques. Néanmoins quand on regarde le comportement des gens vis-à-vis de l'appareil, il y a un avantage pour l'aspect automatique car il s'agit d'un matériel plus simple. Il y a un gain de temps pour la mise en place et vraisemblablement une possibilité d'avoir une défibrillation ultra-précoce. On voit que le développement du défibrillateur est plutôt le fait qu'il n'est pas dans le contexte de l'utilisation classique par les secouristes*".

Fig 6 : Défibrillation Automatisée Externe en "Libre Service" dans les lieux publics aux USA.

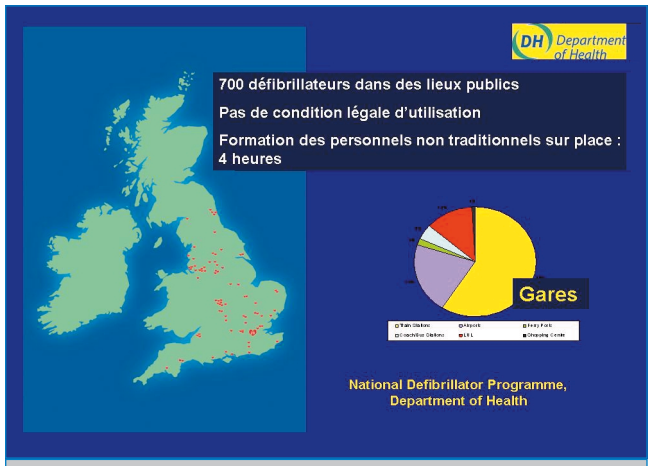

Fig 7 : The National Defibrillation Programme United Kingdom *(d'après 13)*.

Un point fondamental est ensuite souligné par le Pr CARLI : "*l'opposant intelligent ayant lu la littérature dira toujours que s'il est vrai que quand on défibrille plus vite on sauve la vie, ce n'est pas dans la rue que ça se joue mais à domicile où se produisent 80 % des arrêts cardiaques, et que le fait de mettre un défibrillateur dans la rue, à proximité de la mairie, dans un lieu de passage ne va rien changer*". Il faut répondre de deux façons. Premièrement, si on met des défibrillateurs dans les lieux publics en France et si on regarde le nombre d'arrêts cardiaques et le nombre de victimes que l'on peut sauver on peut récupérer 4 000 à 5 000 vies. Deuxièmement, si nous implantons ce programme de manière efficace dans la rue, là où on ne va pas, le défibrillateur ira dans les entreprises, dans des endroits privés, dans des endroits où les gens résidant durant la journée sont susceptibles de présenter une mort subite. La locomotive viendra donc de l'ex-

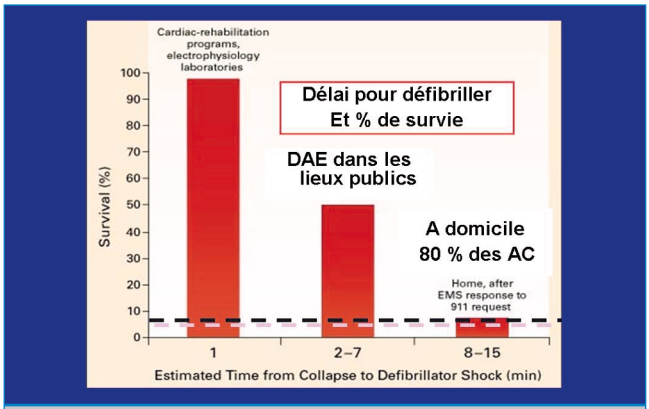

Fig 8 : La principale limite de la défibrillation par le public : délai pour défibriller et pourcentage de survie.

térieur et non pas de l'intérieur. C'est un élément important car en traitant 20 à 30 % des victimes à l'extérieur du domicile on facilite quand même l'accès des autres (figure 8).

En conclusion, le Pr CARLI présente les recommandations internationales et "ce qui a été retenu aussi bien à l'International qu'en France pour maintenant être sûr du succès car nous n'avons pas de droit à l'erreur dans ce domaine :

- L'utilisation de la défibrillation automatisée externe aussi bien par les secouristes professionnels que par des intervenants non professionnels et par le public augmente les chances de survie des arrêts cardiaques.
- La mise en place de DEA dans les lieux publics améliore le pronostic lorsqu'il s'agit d'un endroit où l'arrêt cardiaque survient devant témoin et si cette mesure fait partie d'un programme déterminé, d'un programme coordonné mis en place. Ce point est fondamental. L'analyse exhaustive de la littérature montre que nous sommes sûrs du succès de l'implantation d'un appareil si dans la zone où il est efficace, il se produit un arrêt cardiaque au moins une fois tous les 2 ans. L'analyse coût-efficacité et l'analyse coût-pronostic médical deviennent absolument évidentes.
- Il ne faut cependant pas croire que le problème est résolu en installant un défibrillateur. Un défibrillateur ne serait alors qu'un gadget qui finirait par se périmer comme la mode qui passe alors qu'on veut avant tout faire changer les mentalités et faire avancer durablement le pronostic face à une maladie qui tue énormément.
- Il est donc absolument indispensable que le programme comporte une coordination efficace avec les secours organisés. Le SAMU doit être immédiatement impliqué lorsqu'on se sert de ce type d'appareil. Les intervenants potentiels doivent être formés. C'est-à-dire qu'une partie critique de la population pouvant et sachant utiliser l'appareil. Peu importe les moyens par lesquels elle l'aura appris. Il faut surtout que la population soit informée. Il n'est pas question qu'un tel programme soit confidentiel car c'est le sujet de tous. Un défibrillateur qui ne fonctionne pas étant comparable à un avion qui s'écrase, il est fondamental d'avoir également des procédures de maintenance des appareils.
- Finalement, la mise en place dès le début d'un programme d'évaluation des résultats obtenus est indispensable.

"La défibrillation par le public permet de sauver des vies mais pour qu'elle soit efficace, il ne faut pas la réaliser n'importe comment et il faut tenir compte des procédures résultant des expériences passées".

INTERVENTION DU PR SALEM KACET
(Chef de Service Cardiologie A et Rythmologie, CHRU de Lille)

Au début de son intervention, le Pr KACET rappelle qu'avec environ 50 000 à 60 000 morts par an en France la mort subite est la seconde cause de décès d'origine cardiaque et qu'il s'agit d'un vrai problème de santé publique. Toute la difficulté est de savoir comment y faire face.

Sur le plan physiopathologique on sait qu'environ 80 % des morts subites d'origine cardiaque sont en rapport avec un trouble du rythme. Il s'agit soit d'une fibrillation ventriculaire (FV) soit d'une tachycardie ventriculaire (TV) qui dégénère en FV. Le traitement de ce type de troubles du rythme est trés simple, il consiste à défibriller. Le défibrillateur va prévenir la mort subite lorsqu'on le compare aux autres traitements. On dispose donc à la fois d'une population trés importante et de traitements efficaces.

La difficulté est de sélectionner les malades à risque en deux catégories. En premier, les patients qui ont présenté un événement rythmique ou une mort subite et qui ont été sauvés grâce au défibrillateur. Il s'agit d'une trés faible population. Le second groupe, qui forme la population la plus importante, comporte les patients n'ayant jamais présenté de troubles du rythme mais dont on sait qu'ils sont à risque. Il s'agit de patients ayant une maladie cardiaque : soit une cardiopathie ischémique soit une cardiomyopathie dilatée. Le simple critère d'une FEVG inférieure à 30 % permet de faire la différence entre les patients à risque et à non risque. Aujourd'hui, la présence d'une FEVG basse est une indication d'implantation d'un défibrillateur.

Le cardiologue doit essayer d'affiner en tenant compte de données statistiques et démographiques. *"Dans la population générale l'incidence de la mort subite est extrêmement faible. Par contre, le nombre de morts subites est plus important dans la population des plus de 60 ans. Aux USA on dénombre 300 000 morts subites par an dont 80 à 90 % qui se situent dans la population générale. Si l'incidence est faible le nombre de patients est important puisqu'il avoisine les 300 000 par an. Si on prend les populations qu'on appelle à trés haut risque, c'est-à-dire les patients ayant déjà fait une mort subite ou ayant présenté des troubles du rythme, on observe que l'incidence, de l'ordre de 30 %, est extrêmement élevée alors que la population est plus petite. On sait que si on ne fait rien dans les 2 ans, 30 % de ces malades seront en fin de vie. Même si ces patients sont importants il s'agit d'une toute petite population en nombre de patients".*

Pour le Pr KACET ce qui est plus important en termes de santé publique concerne la grande population à laquelle *"on ne pourra jamais implanter un défibrillateur parce qu'il faudrait implanter un défibrillateur pour sauver 1 000 vies. Cela signifie que quels que soient les progrès qui seront faits en termes de sélection des patients à haut risque, il restera toujours les 80 % de sujets qui vont faire une mort subite et que l'on est incapable d'identifier".*

Considérant que soit on ne fait rien soit on définit une politique de santé publique pour essayer de rattraper ces morts illégitimes, le Pr KACET conclut son intervention en soulignant que *"le programme de chaîne de survie, de défibrillateurs est un élément extrêmement important car il concerne à peu près 80 % des 50 000 à 60 000 morts subites chaque année en France".*

INTERVENTION DU SÉNATEUR ALEX TÜRK (Sénateur du Nord)

Le Sénateur TÜRK explique que c'est après avoir entendu parler de l'expérience de Montbard et avoir rencontré le Dr RIFLER qu'il a décidé d'impliquer les maires dans la mise en place rapide du réseau de lutte contre la mort subite. Par ailleurs, le passage par les collectivités locales permet d'éviter les *"usines à gaz"* qui coûtent beaucoup d'argent et il est *"préférable d'agir soi-même plutôt que d'essayer de trouver des subventions sur le plan national"*. Cette opération se heurtait cependant au problème juridique posé par la responsabilité personnelle civile et pénale des maires *"qui n'auraient jamais accepté un système qui n'aurait pas été fondé sur le défibrillateur entièrement automatique, ce qui a fait tomber cet obstacle juridique en permettant à un témoin de mettre en route l'appareil"*.

Par ailleurs, un *"mécanisme assez complexe qui s'appelle la réserve parlementaire (qui existe uniquement en France) permet aux parlementaires de participer à l'octroi de subventions dans l'intérêt communal"*. Cette réserve parlementaire peut être utilisée de façon égalitaire et transparente puisque tout maire désirant s'impliquer dans le projet bénéficiera d'une aide. C'est-à-dire qu'aujourd'hui, dans la mesure de la réserve disponible, le financement de la moitié de chaque appareil est assuré. Depuis le milieu de l'année 2006, 140 appareils ont été mis en place sur 89 communes essentiellement de moins de 20 000 habitants dans le Nord.

L'année prochaine, Madame le Sénateur Sylvie DESMARESCAUX utilisera la même réserve parlementaire pour équiper une centaine de communes avec un peu plus de 300 appareils. À ce rythme, avec cette montée en puissance, le Sénateur TÜRK pense que *"dans 4 ans toutes les communes de moins de 20 000 habitants disposeront d'un appareil par tranches de 1 000 habitants, mais les communes de 300 habitants auront bien entendu droit à un défibrillateur"*. Pour l'implantation le Sénateur Türk s'en remet totalement aux maires *"qui ont la meilleure connaissance du territoire en liaison avec les professionnels de santé sur place pour déterminer les bons endroits"*. Certains maires l'installent dans l'hôtel restaurant ouvert jour et nuit, d'autres dans des maisons de retraite qui ne sont pas équipées de défibrillateurs, dans tel ou tel bâtiment ouvert jour et nuit, parfois à la mairie, à l'entrée de la pharmacie, à la maison médicale. Certains maires prennent des initiatives en obligeant par exemple les associations utilisant les salles des fêtes à prendre le défibrillateur en même temps que la clé, ainsi le défibrillateur est disponible pendant toute la soirée. Il y a également des maires qui ont organisé des épreuves sportives (marathons, courses) au cours desquelles des bénévoles disposent d'un défibrillateur par médecin le long du parcours pendant la durée de la manifestation.

Concernant la formation, le Sénateur TÜRK insiste sur le fait *"qu'il ne doit pas s'agir d'une exigence préalable"*. Il s'agit d'une information qui sera pour beaucoup de maires l'occasion de sensibiliser parmi les personnes qui acceptent de venir à la salle des fêtes un dimanche matin pour suivre une formation trés courte celles qui ont envie d'en faire plus. Ces gens pourront alors entrer dans un cursus et devenir des référents capables d'aider d'autres personnes. En fait le défibrillateur est un appareil à partir duquel, dans les municipalités, il est possible de réfléchir à la formation aux premiers secours.

Indépendamment de son action de parlementaire auprès du ministre de la santé, le Sénateur TÜRK envisage une campagne auprès de ses collègues *"car si tous les sénateurs de France et de Navarre décidaient d'utiliser leur réserve parlementaire pour faire ce qui se fait dans le Nord, en un an il y aurait un défibrillateur pour chaque tranche de 1 000 habitants sur l'ensemble du territoire, y compris les départements d'Outre-Mer. Il suffirait que les sénateurs le décident et si les députés, qui bénéficient du même système, décidaient d'en faire autant le problème serait totalement résolu"*.

Expliquant que son action ne s'arrête pas au parlement, le Sénateur TÜRK évoque également son rôle auprès du secteur privé, et notamment des patrons de grandes surfaces, des grands magasins auxquels il faut dire que *"dans quelques mois personne ne comprendra que les maires de toutes petites communes se cassent la tête à essayer de participer aux réseaux et que de trés grandes sociétés faisant des bénéfices importants ne donnent pas un peu d'argent pour traiter ce problème"*.

Après avoir également mentionné les Institutions (Conseil d'État, Cour des Comptes, Cour de Cassation, etc.), le Sénateur TÜRK conclut son intervention en disant *"qu'il ne faut pas faire de grandes déclarations abstraites. Il faut partir de quelque part pour agir de manière convergente et continue"*.

INTERVENTION DU DR PATRICK GOLDSTEIN (Président de la SFMU, Chef de Service SAMU 59, CHRU de Lille)

Dernier intervenant, le Dr GOLDSTEIN se déclare impressionné par l'action du Sénateur TÜRK et par le fait qu'à travers les élus *"c'est la société civile qui s'empare d'un problème de santé publique à un moment où sur ce problème trés particulier qu'est la mort subite la santé publique ne peut pas tout faire. Le fait que ce soit la société civile qui s'en empare est probablement le début de l'apprentissage d'une nouvelle culture qui est une culture citoyenne face à ce risque majeur qu'est la mort subite"*.

L'alerte reste cependant un des points sur lesquels il est nécessaire de manifester une certaine prudence car *"il ne faut surtout pas que l'utilisation des défibrillateurs se traduise par un retard à l'alerte. Un dispositif doit se mettre en place"*.

Rappelant que pour l'instant dans le département du Nord on a des communes de moins de 20 000 habitants mais qu'il faudra demain que l'ensemble des communes soit concerné, le Dr GOLDSTEIN exprime son inquiétude sur le fait que l'alerte, la sensibilisation sont parfois plus importantes dans les petites et moyennes communes que dans les grandes villes où les gens ont parfois tendance à regarder et à être des témoins passifs plutôt que des citoyens actifs.

S'il est bien d'accord pour soutenir l'action entreprise dans le département du Nord auprès des élus pour favoriser l'accès du public à la défibrillation, le Dr GOLDSTEIN rappelle que *"demain il va bien falloir s'occuper de ce qui se passe dans les maisons et dans certaines institutions dont notamment les maisons de retraite"*.

Citant les résultats de Vienne en Autriche où *"à travers les cardiologues, les médecins urgentistes ont repéré les patients à trés haut risque en attente par exemple de DAI. À Vienne, par l'intermédiaire des familles, ces patients sont équipés de défibrillateurs automatisés et on évite ainsi un certain nombre de décès peut-être prévisibles par mort subite à domicile"*.

Pour l'avenir, le Dr GOLDSTEIN considère "*qu'il ne faudrait pas que ces défibrillateurs ne puissent être finalement vendus qu'à ceux qui en ont les moyens mais qu'ils puissent être proposés à ceux qui en ont besoin*". Une trés grande vigilance est donc nécessaire et "*il est intéressant de voir que dans l'expérience viennoise le défibrillateur est devenu un médicament qui a été prescrit et donc pris en charge. Il y a là une démarche absolument globale et l'initiative d'Alex TÜRK est essentielle parce qu'elle va permettre trés probablement de booster un certain nombre d'idées qui sont les nôtres depuis plusieurs années*".

Répondant à une question d'un représentant du groupe AXA (1 100 salariés formés) sur la légalité de l'installation des DEA par rapport aux DSA, le Sénateur TÜRK rappelle "*qu'il y a un vide juridique*" et que "*le texte actuellement en vigueur n'envisage pas le DEA. Certains diront que s'il y a un vide juridique, s'il y a un texte réglementant l'utilisation du DSA, cela signifie que le DEA n'est pas autorisé. D'autres ont dit que si ce texte envisage la réglementation du DSA cela veut dire que le DEA est libre. C'est la raison pour laquelle le Ministre doit publier un décret dans les jours qui viennent. C'est également la raison pour laquelle j'ai demandé au Ministre de ne rien faire avant qu'on ait vu les premiers résultats sur le terrain*". Les premières réactions des maires ayant été favorables le texte est maintenant prêt. Selon le Sénateur, ce texte ne mettra pas en place une formation préalable mais il incitera à la formation sans la rendre obligatoire spécifiquement pour un usage citoyen de l'appareil. "*C'est exactement ce qu'il faut pour permettre le développement du réseau sans oublier les exigences de la formation*".

Répondant à une question du Dr Agnès RICARD-HIBON (SAMU 92, SMUR de Beaujon) concernant la maintenance des appareils et la fiabilité de leur alimentation, le Sénateur TÜRK déclare que "*la pile a une fiabilité de 2 ans. Par ailleurs, le maire demandera à ses services de passer régulièrement vérifier les appareils installés et de passer les commandes dans le dernier semestre précédent le changement de la pile. Les sociétés fournissant ces appareils sont également en train de mettre en place le nécessaire pour qu'il n'y ait pas d'incidence néfaste sur le plan climatique*". Évoquant le problème du vandalisme, le Sénateur reconnaît qu'il y aura des vols "*car il y a des imbéciles partout. Pour l'instant on constate cependant que dans les villes où des appareils sont installés les gens se conduisent bien*".

Intervenant ensuite, un maire médecin se félicite d'avoir été sensibilisé à l'existence du DEA. Il rappelle qu'on installe bien partout des extincteurs qui coûtent trés cher, nécessitent une maintenance et statistiquement ne servent pas beaucoup. On peut donc trés bien également installer des défibrillateurs. Dans sa commune les appareils ont été installés dans une église "*pratiquement toujours ouverte*", dans une salle polyvalente, au complexe sportif et à la maison de retraite. Le projet sera poursuivi et "*il est intéressant de pouvoir disposer de boîtes extérieures contenant le défibrillateur avec l'alerte automatique*".

Intervenant dans le débat, le Pr Paul PETIT recommande la plus grande vigilance sur le respect des normes en termes de spécificité et de sensibilité des appareils. "*Il s'agit en effet d'un marché énorme qui va s'ouvrir. Il y a certes actuellement des industriels qui fournissent un matériel de qualité mais il faut s'assurer que la spécificité et la sensibilité des appareils ne seront pas mises en défaut. Par ailleurs, il ne faudrait pas que ce soit parfois l'occasion d'introduire des matériels de mauvaises gammes*". Autre point important, le réseau de surveillance et de maintenance est essentiel "*car si on ne veut pas avoir d'échecs, il faut que ça marche et que l'on n'ait pas une erreur à nous reprocher rapidement*".

Un journaliste présent dans la salle pose ensuite une question au Pr CARLI sur la méthode d'estimation des 4 000 à 5 000 vies potentiellement sauvées chaque année par l'installation de défibrillateurs dans les lieux publics, puis une autre question au Sénateur TÜRK sur le coût de l'implantation des défibrillateurs au niveau du département et au niveau national, et enfin une dernière question au Pr KACET concernant le remplacement de certaines implantations de DAI par l'installation de DEA en ville.

À cette dernière question le Pr KACET répond que "*d'abord tous les patients récupérés de mort subite rythmique auraient ensuite un défibrillateur implantable. Le DEA ne diminuerait donc pas le nombre des implantations mais au contraire l'augmenterait. En réalité le DEA et le DSA vont de paire. Le cardiologue doit d'abord essayer d'assurer au maximum les patients à haut risque pour lesquels on peut envisager le défibrillateur automatisé préventif, à titre de prévention primaire. La difficulté du cardiologue est de trouver le bon rapport. En effet, il ne faut pas être angélique. Si la vie n'a pas de prix, elle a un coût*". Il est totalement illusoire de dire qu'il ne doit pas y avoir un seul mort. Le challenge pour le cardiologue est donc double : sélectionner les malades à risque de mort subite pour lesquels il faut implanter un défibrillateur et essayer d'affiner. Le second challenge est d'avoir une politique de défibrillateurs automatisés dans l'ensemble de la chaîne de survie avec le SAMU en les plaçant aux meilleurs endroits. Autre point important, si on veut progresser il sera essentiel de faire de l'évaluation.

Au sujet de la question posée sur le nombre de survivants potentiels, le Pr CARLI rappelle qu'il s'agit d'une estimation basée sur les 60 000 morts subites dont 80 % vraisemblablement dans des endroits difficilement accessibles rapidement. Il reste 20 % de victimes. Si on arrive à faire monter la survie aux alentours de 30 % on arrive à un chiffre de l'ordre de 4 000 personnes, peut-être plus, peut-être moins. On a en tous les cas un chiffre représentatif du corpus, la population susceptible de pouvoir bénéficier de ce type de mesure. Ce chiffre est non négligeable. "*Quand on voit ce qu'a coûté la diminution de la mortalité routière - 20 ans de travail, d'énormes mesures - on a là un objectif de santé publique probablement plus simple à atteindre. Par ailleurs ce n'est qu'un début car il y a encore vraisemblablement 40 000 autres personnes concernées pour lesquelles il est possible de changer quelque chose et d'apporter un élément positif*".

Bien qu'il s'agisse d'une estimation, le Pr CARLI insiste sur son importance car "*ces chiffres parlent parce qu'on est là devant des problèmes qui sont tellement banaux que les gens ne les voient plus. La mort subite frappe tout le monde et est banalisée. Il faut sortir cette banalisation, regarder les chiffres en face et faire évoluer notre dispositif de santé*".

Prenant la parole le Dr RIFLER insiste sur l'importance de l'information "*qui est essentielle parce que c'est ce qui évitera le vandalisme et c'est ce qui permettra un appel efficace qui doit être concomitant à la mise en place du défibrillateur. S'il faut un défibrillateur, il faut savoir faire un massage cardiaque, il faut savoir appeler les secours et il faut absolument avoir des SMUR sur tout le territoire français*".

Au sujet de la maintenance et de la surveillance le Dr RIFLER rappelle l'existence des boîtiers qui assurent la gestion de l'appareil, sa surveillance, indiquent le moment où les batteries devront être changées, sont munis d'un chauffage pour maintenir une température fonctionnelle de l'appareil et transmettent effectivement une alerte au Centre 15 dès leur ouverture. Tous les boîtiers seront reliés par ADSL. Le régulateur aura un écran lui permettant de savoir quel défibrillateur a été pris et d'identifier l'utilisateur.

À la question des coûts, le Sénateur TÜRK explique que la totalité de la réserve parlementaire investie en 2006 représente 120 000 €.

Pour l'année 2007 avec le Sénateur Sylvie DEMARESCAUX, le Sénateur TÜRK envisage l'acquisition de 300 appareils et ainsi de suite chaque année. "*En 4 ou 5 ans, les communes de moins de 20 000 habitants seront totalement équipées*".

RS

RÉFÉRENCES

1. KIM C, FAHRENBRUCH CE, COBB LA et al. Out-of-hospital cardiac arrest in men and women. Circulation 2001;2699-730.
2. VALENZUELA TD, CAIRNS CB, GARRISON HG et al. Development of new methods to assess the outcomes of emergency care. Erreur! Source du renvoi introuvable. 1998 Feb;5(2):157-61
3. CAFFREY SL, WILLOUGBY PJ, PEPE PE et al. Public use of automated external defibrillators. N Engl J Med 2002; 347:1242-7.
4. BROIN L, PETIT P. Expérience de dix ans de défibrillation semi-automatique dans l'arrêt cardiaque extrahospitalier. Communication Urgences 2002.
5. BERTRAND C, RODRIGUEZ REDINGTON P, LECARPENTIER E et al. Preliminary report on AED deployment on the entire Air France Commercial fleet. A joint venture with Paris XII University training programme. Resuscitation 2004;63(2):175-81.
6. Proposition de loi de Monsieur François SAUVADET, N° 2486 déposée le 13 juillet 2005.
7. HALLSTROM AP, ORNATO JP, WEISFELD M et al, and Public Access Defibrillation Trial Investigators. Public-access defibrillation and survival after out-of-hospital cardiac arrest. N Engl J Med 2004; 351(7):637-46.
8. CULLEY LL, REA TD, MURRAY JA et al. Public access defibrillation in out-of-hospital cardiac arrest: a community-based study. Circulation 2004;109(15):1859-63.
9. LARSEN AL A, Emerg Med 1993;22:1652.
10. VALENZUELA TD, ROE DJ, NICHOL G et al. Outcomes of rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos. N Engl J Med 2000;343(17):1206-9.
11. CAPUCCI A, ASCHIERI D, PIEPOLI MF et al. Tripling survival from sudden cardiac arrest via early defibrillation without traditional education in CPR. Circulation 2002 106(9):1065-70.
12. CAPUCCI A. Accès du public à la défibrillation. L'expérience Italienne. Intervention du Pr Alessandro Capucci à Cardiostim 2006. Rev SAMU 2006;spécial septembre :245-7.
13. DAVIES CS, COLQUHOUN M, GRAHAM S et al. Defibrillators in public places: the introduction of a national scheme for public access defibrillation in England. Resuscitation. 2002;52(1):13-21.

♦ ♦ ♦