



Évaluation de la pertinence d'une formation au défibrillateur automatique pour des enfants de moins de 10 ans

RIFLER JP*, ZAROUALA B*, WAMBA-LENGA F*,
SAHLI D*, JAN A*, BOUDENIA K*, CHAIB K, JOLAK M*

INTRODUCTION

Les nouvelles recommandations pour la prise en charge des morts subites confortent notre démarche de mise à disposition de défibrillateurs automatiques en accès public. Le diagnostic d'arrêt cardiorespiratoire (ACR) étant fait sur l'absence de conscience et de respiration, ce diagnostic est maintenant facilité, en particulier pour les enfants. La non obligation du bouche-à-bouche est aussi un facteur qui fera que le premier témoin interviendra plus facilement pour aider son prochain. Nous avons voulu évaluer la faisabilité de cette réanimation cardiopulmonaire par des élèves de cours moyen.

MÉTHODE

Nous avons formé deux classes d'élèves de cours moyen (25 CM2 et 18 CM1). Soit 43 élèves (moyenne d'âge : $9,9 \pm 1,2$ ans). La formation courte (1h) était basée sur la chaîne de survie (évaluation de la conscience et de la respiration, alerte, position latérale de sécurité pour l'inconscient qui respire, mise en œuvre du défibrillateur automatique puis massage cardiaque externe (MCE) et bouche-à-bouche (BAB) pour l'inconscient qui ne respire pas). Nous les avons évalués avant la formation puis à 4 mois.

Le temps d'analyse et de délivrance du choc du défibrillateur entièrement automatique (DEA) utilisé de marque MEDTRONIC® étant fixe (15 secondes), c'est le temps entre la reconnaissance de l'ACR et la pose des électrodes de défibrillation qui a été mesuré.

* Service des Urgences UPATOU-SMUR. CHIC de Châtillon-sur-Seine et de Montbard, BP 80 - F-21506 Montbard cedex.

RÉSULTATS

On note une amélioration pour tous les items (chi2 test) (n = 43) :

- Appel : 17 (39,5%) vs 42 (97,6%) ; p < 0.0001
- BAB : 10 (23,2%) vs 25 (58,1%) ; p < 0.01
- MCE : 12 (27,9%) vs 41 (95,3%) ; p < 0.0001
- Utilisation du DEA : 23 (53,4%) vs 41 (95,3%) ; p < 0.0001

La mise en œuvre de l'alerte, du MCE et du DEA est améliorée par la formation mais on note une réticence pour le BAB.

Pour les utilisateurs du DEA (t Student test) :

Temps de pose des patches : 136,9 s +/- 123,21 s vs 55,5 s +/- 22,7 s ; p < 0.0001

Le temps de délivrance du premier choc est donc significativement amélioré par la formation mais on remarque que l'élève attend l'invitation de l'appareil pour agir, ainsi le temps du premier choc pourrait être raccourci si les enfants prenaient l'initiative de poser les électrodes avant que l'appareil ne les y invite.

CONCLUSION

L'utilisation du DEA est très simple et l'appareil peut facilement être mis en œuvre par un enfant de 10 ans. Une formation courte semble être efficace sur tous les items de la RCP, mais le BAB est peu pratiqué par cette tranche d'âge. Le fait de ne plus devoir rechercher les signes de circulation et de privilégier le MCE au BAB semble être une levée du frein qui pouvait exister à la pratique des gestes de survie par la population. La mise à disposition des DEA est une motivation supplémentaire pour le public qui est maintenant demandeur de formation.

