

Points importants

- Pour chaque strate de 5 secondes d'interruption de RCR avant un choc, on augmente la mortalité de 18 %.
- Pour chaque strate de 5 secondes de délai avant de redébuter la RCR après un choc, on augmente la mortalité de 14 %.
- Pendant l'analyse, sans toucher le patient, on se prépare à effectuer la RCR (mains au-dessus du thorax).
- Dès qu'on entend l'appareil charger, on masse sans arrêt (massage pendant la charge) et on s'assure que personne ne touche au patient.
- Dès la charge complétée, on administre le choc et on redébuter la RCR tout en respectant la séquence d'intubation.

entend l'appareil charger pour conseiller un choc, on masse sans arrêt (massage pendant la charge). Pendant la RCR, on s'assure que personne ne touche au patient. Dès la charge complétée, on administre le choc et on redébuter immédiatement la RCR.

Dans la situation où l'on a un choc déconseillé, il faut sans tarder débiter la RCR. Évidemment, si nous sommes à l'étape de l'intubation, il est impératif de respecter la séquence (réf. : 2 ventilations avant l'insertion du Combitube® et RCR pendant l'insertion).

Si vous appliquez cette façon de faire, vous augmenterez à coup sûr les chances de survie de votre patient.

Bonne réanimation!

RCR préchoc... RCR postchoc! Interrompre le moins possible la RCR avant et après le choc associée à une augmentation de la survie, selon la littérature.

Dernièrement, Cheske et Col., dans le *Circulation* de juillet 2011, ont publié sur la pause « perichoc », c'est-à-dire la pause avant d'administrer un choc et la pause immédiatement avant de recommencer la RCR postchoc. Ils ont objectivé que plus la pause est courte entre l'interruption de la RCR, le choc et le début du massage postchoc, plus le patient a de chances de survie. En bref, pour chaque strate de **5 secondes** d'interruption de RCR avant le choc, on **augmente la mortalité de 18 %**. Enfin, pour chaque strate de **5 secondes** de délai avant de redébuter la RCR après le choc, on **augmente la mortalité de 14 %**.

Qu'est-ce que tout cela veut dire pour le technicien ambulancier paramédic?

Cela signifie qu'il faut interrompre le moins possible la RCR, et ce, particulièrement avant de défibriller et après avoir donné le choc.

Concrètement sur le terrain, cela doit se traduire de la façon suivante :

Lorsqu'on termine nos cycles de RCR et qu'on est rendu à l'analyse, on appuie immédiatement sur le bouton ANALYSE après avoir arrêté de masser (le plus court délai possible, car l'analyse prend environ 6 secondes). Après avoir appuyé sur ANALYSE, on reste attentif à l'écran et on se prépare, sans toucher au patient, à effectuer immédiatement la RCR. **Dès qu'on**



Position des mains : prêtes à effectuer de la RCR à la suite de l'administration d'un choc, afin de diminuer les délais d'interruption de la RCR.

Dave Ross, M.D.

Référence : Cheskes S, et Col., Perishock pause: An independent predictor of survival from out-of-hospital shockable cardiac arrest, *Circulation*, 2011, Jul 5;124(1):58-66.

Recherche et préparation effectuées par Sébastien Légaré, technicien ambulancier paramédic instructeur