

DIAGNOSTIC DE L'ARRÊT CARDIAQUE : FAUT-IL PRENDRE LE POULS ?

Recommandation de la FFSS

La fiche «Arrêt cardiaque» des **Recommandations PSE - fiches modifiées - édition juin 2018**, est ainsi rédigée (page 34) lorsqu'elle évoque les signes de l'arrêt cardiaque : *La recherche d'un pouls n'est pas systématique pour caractériser l'arrêt cardiaque.*

Cette phrase est associée à une note de bas de page qui dit «*La prise du pouls par les secouristes dépend du choix des autorités médicales de chaque organisme ou association.*»

Il existe donc un choix à faire entre deux pratiques, choix qui manifestement ne repose pas sur les données acquises de la science, sinon ce référentiel aurait tranché le débat.

La prise du pouls pour le diagnostic de l'arrêt cardiaque a été abandonnée depuis quelques années, car il a été démontré sa non fiabilité à donner un résultat déterminant même dans des «mains» de professionnels de santé, et le fait qu'en pratique elle retardait la mise en route de la réanimation cardiorespiratoire ou provoquait des alertes de mauvaise qualité.

La balance du bénéfice à masser alors que le cœur bat, comparé au non massage parce que l'on a cru percevoir un pouls, était très en faveur du massage en absence de signes de vie.

Sur le plan pédagogique on avait du mal à valider l'enseignement de la prise du pouls, et à l'usage, expliquer qu'on ne réalise pas est bien compris.

Pour fonder notre décision, nous nous sommes penchés sur les recommandations internationales de 2015 qui sont le fondement des modifications actuelles de bonne pratique des premiers secours.

Ces recommandations n'ont rien changé pour le secouriste isolé ou qui n'intervient pas en équipe.

Pour ce qui est de l'équipe, rappelons au préalable que les systèmes d'intervention des secours sont différents selon les pays, et notamment les qualifications des intervenants. Dans de nombreux pays ceux-ci ne correspondent pas à notre

organisation, et les intervenants d'autres pays peuvent exécuter un certain nombre de gestes de secours de la compétence chez nous de médecins et infirmiers.

Il existe en pratique deux types de recommandations, celles pour les sauveteurs isolés (Basic Life Support) et celles pour les systèmes organisés d'intervention (médicalisés parfois mais pas que) l'Advanced Cardiovascular Life Support.

Ces recommandations (J. Soar et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation* 95 (2015) 100–147) soulignent alors aux pages 105 et 106 :

« *The exact sequence will depend on the **training of staff and experience in assessment of breathing and circulation. Trained healthcare staff cannot assess the breathing and pulse sufficiently reliably to confirm cardiac arrest.*** »

Ce que l'on peut traduire par :

*La séquence exacte dépendra de **la formation du personnel et de l'expérience dans l'évaluation de la respiration et de la circulation. Le personnel soignant formé ne peut pas évaluer la respiration et le pouls de manière suffisamment fiable pour confirmer un arrêt cardiaque.***

L'article cité détaille alors la stratégie diagnostique :

- *Crier pour obtenir de l'aide (si ce n'est déjà fait).*
- *Tournez la victime sur son dos puis ouvrez ses voies respiratoires.*
- *Ouvrir les voies respiratoires et vérifier la respiration:*
 - o *Ouvrir les voies respiratoires à l'aide d'une bascule de la tête avec ascension du menton.*
 - o *Garder les voies respiratoires ouvertes, regarder, écouter et rechercher une respiration normale (une respiration haletante, lente, laborieuse ou bruyante n'est pas normale)*
 - *Rechercher des mouvements de la poitrine*
 - *Écoutez pour entendre des bruits de respiration*
 - *Sentez-vous l'air sur votre joue ?*
- *Regardez, écoutez et sentez pendant pas plus de 10 s pour déterminer si la victime respire normalement.*
- **Vérifier les signes de circulation:**
 - o ***Il peut être difficile d'être certain qu'il n'y a pas de pouls. Si le patient ne présente aucun signe de vie (conscience, mouvement volontaire, respiration normale ou toux), ou en cas de doute,***

commencez immédiatement la RCP jusqu'à ce qu'une aide plus expérimentée arrive ou que le patient montre des signes de vie.

- *Il est improbable que des compressions thoraciques administrées à un patient ayant un cœur battant soient délétères. **En revanche, le retard dans le diagnostic d'un arrêt cardiaque et le début d'une RCP aura un impact négatif sur la survie et doit être évité.***
- ***Seules les personnes expérimentées en RCP avancée devraient essayer** d'évaluer le pouls carotidien tout en recherchant simultanément des signes de vie. Cette évaluation rapide ne devrait pas prendre plus de 10 secondes. Commencez la RCP en cas de doute sur la présence ou l'absence d'un pouls.*

Si on lit d'autres commentaires¹ de ces recommandations, la grande majorité « réserve ou conseille » la prise de pouls aux professionnels de santé, ce qui est une acceptation différente de nos équipes de secours constituées. Il faut probablement y voir l'idée d'un entraînement très régulier pour devenir « expérimenté » et aussi l'exercice de la responsabilité propre de ces professionnels dans leur démarche diagnostique et thérapeutique.

Prenant en compte ces informations, considérant que l'enseignement jusqu'à présent ne comportait pas la prise du pouls pour le diagnostic d'arrêt cardiaque, qu'aucune donnée ne vient montrer avec un niveau de preuve acceptable que cette attitude est néfaste pour la prise en charge des patients, que la co existence des deux pratiques pourrait avoir un impact perturbant dans l'attitude des membres des équipes, **le choix de l'autorité médicale de la FFSS est de maintenir la manière de faire actuellement en vigueur, et donc de ne pas enseigner ou recommander la prise du pouls carotidien pour le diagnostic de l'arrêt cardiaque en équipe.**

Cependant les formateurs doivent être informés que cela n'est qu'un choix argumenté. L'alternative que d'autres autorités nationales d'emploi peuvent avoir choisi (prendre le pouls) n'est ni une erreur ni un acte dangereux, dès lors que cela se fait en moins de 10 secondes au cours du contrôle de la respiration.

¹ Maudet L, Carron PN, trueb L, Réanimation cardiopulmonaire : l'essentiel des recommandations 2015. Rev Med Suisse 2016 ; 12 : 313-7