



des plaquettes (le clopidogrel) [69] prescrit en dose de charge de 300 mg (4 comprimés à 75 mg) *per os* suivie d'un comprimé par jour. Un traitement anticoagulant par héparine doit être associé. Il consiste en l'injection sous-cutanée d'une héparine particulière, appelée héparine de bas poids moléculaire (HBPM) [57]. Cela fait également courir un risque hémorragique réel parfois sous-estimé. Certaines précautions d'emploi doivent être respectées chez les patients à risque (âgés de plus de 75 ans, insuffisants rénal) et plus particulièrement lors d'associations médicamenteuses qui peuvent augmenter le risque d'hémorragie. D'autres médicaments comme les b-bloquants (qui ralentissent la fréquence cardiaque) sont indiscutablement indiqués dès le début de la prise en charge intra-hospitalière. Par contre, leur emploi systématique en préhospitalier est moins légitime. Ils peuvent être proposés pour traiter d'éventuels troubles du rythme ou une hypertension artérielle sévère. Certains médicaments ne présentent aucun intérêt dans le cadre de l'urgence préhospitalière (comme le magnésium).

Les syndromes coronariens aigus non ST +

Les efforts doivent également se porter sur les SCA non ST +. Comme pour les véritables infarctus avec ST +, des scores de risque ont été établis. Le risque de mortalité ou d'infarctus pour ces patients est élevé à un mois. Ils doivent être identifiés comme à risque dès

lors qu'ils sont pris en charge dans le cadre de l'urgence préhospitalière sur des éléments électrocardiographiques (sous-décalage du segment ST (non ST +) ou inversion de l'onde T) et/ou des arguments cliniques (douleur persistante, troubles du rythme, instabilité hémodynamique, diabète, antécédent coronarien sévère) [11]. Ces patients doivent bénéficier immédiatement d'un traitement basique (aspirine, antalgique incluant les dérivés nitrés, le traitement anticoagulant, b-bloquant), auquel il faut associer le clopidogrel [69]. Ces patients doivent être adressés par une équipe médicalisée Smur après régulation par le Samu-Centre 15 vers une unité de soins intensifs cardiologiques permettant de réaliser une coronarographie au mieux en moins de 2h30 et en tout cas dans les 48 heures.

Évaluation des stratégies [27]

Les dernières années ont vu la constitution de grands registres nationaux et internationaux déclinés sous la forme de simple enquête multicentrique sur les pratiques médicales jusqu'à des registres exhaustifs fondés sur la population avec audit des données et contrôle de qualité. La France a contribué à la collection de registres comme le registre USIC faisant figure de référence internationale. Ces registres issus de la cardiologie (Usic) ou de l'urgence (E-Must, Estim) ont incontestablement permis, au-delà de l'analyse, une évolution des pratiques cliniques et une augmentation du nombre de

Décret n° 2007-705 du 4 mai 2007 relatif à l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes par des personnes non médecins et modifiant le Code de santé publique

Jusqu'au 4 mai 2007, les personnes non médecins autorisées à utiliser un défibrillateur cardiaque externe étaient limitées à quelques catégories définies par décret (n° 2000-648 du 3 juillet 2000).

Pour les personnes non autorisées, l'utilisation d'un tel appareil pouvait être qualifiée d'exercice illégal de la médecine et sanctionnable à ce titre.

Désormais, *toute personne même non médecin ou professionnel de santé* peut utiliser un défibrillateur automatisé externe. Elle n'a besoin d'aucune formation spécifique préalable à cet effet.

Ainsi, toute personne qui assiste à l'arrêt cardiaque d'une victime doit faire trois gestes :

- Alerter les secours en appelant le 15,
- Effectuer un massage cardiaque (si la personne sait le faire),

● Utiliser le défibrillateur trouvé à proximité de la victime. Pour ce faire, la personne doit suivre simplement les consignes données par l'appareil en attendant les secours.

La mesure concerne les deux types de défibrillateurs automatisés externes (DAE), les semi-automatiques (les plus fréquents) et les entièrement automatiques. Dans les deux cas, l'appareil détecte le trouble du rythme du patient puis se charge automatiquement avant de pouvoir choquer.

Dans le cas des défibrillateurs cardiaques entièrement automatiques, l'appareil produit seul le choc.

Dans celui des défibrillateurs semi-automatiques, la personne qui porte secours doit appuyer sur un bouton pour déclencher le choc. Cette pression n'entraîne de choc que si l'appareil a bien détecté au préalable le trouble du rythme. Elle est, en revanche, sans

effet si ce trouble n'a pas été détecté. Il n'y a donc pas de risque à appuyer sur le bouton à mauvais escient puisque ce serait sans effet.

Parallèlement, des mesures permettant d'améliorer la formation de la population aux premiers secours et des professionnels de santé aux gestes de secours et de gestion de crise ont été prises, avec notamment :

- la réforme de l'attestation de formation aux gestes de premier secours (AFPS) en prévention et secours civiques de niveau 1 (PSC1) (arrêté du 24 juillet 2007 fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile);

- la création de l'attestation de formation et gestes aux soins d'urgence (AFGSU1 et 2) (arrêté du 3 mars 2006).

Dr Dominique de Penanster

Sous-directrice,
Direction générale
de la santé,
Sous-Direction
promotion de la
santé et prévention
des maladies
chroniques