

95,5%

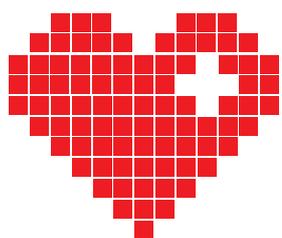
12,8%

36,4%

3,1%

SWISSRECA

Rapport annuel 2019-2021



SWISSRECA

Table des matières

1. Introduction.....	3
2. Résultats 2019 - 2021.....	6
2.1 Âge et sexe.....	6
2.2 Lieu d'intervention	7
2.3 Causes supposées.....	7
2.4 La chaîne de survie a été activée.....	8
2.5 Moyens de sauvetage sur place.....	8
2.6 Répartition des moyens d'intervention.....	8
2.7 Mesures prises par le service de sauvetage.....	9
2.8 Type de compression thoracique.....	10
2.9 Gestion des voies respiratoires (si exécuté).....	10
2.10 Résultats des réanimations préhospitalières.....	11
2.11 Données hospitalières.....	12
3. Données SWISSRECA en rapport avec la stratégie de survie	14
4. Conclusion et perspectives	20



1. INTRODUCTION

Le présent document est le premier rapport annuel public sur l'arrêt circuloire extrahospitalier (Out-of-Hospital Cardiac Arrest - OHCA) en Suisse. Il est le fruit de la collaboration entre l'Interassociation de sauvetage (IAS) et le Swiss Resuscitation Council (SRC), et présente les résultats du registre OHCA SWISSRECA établi par l'IAS. SWISSRECA recueille de nombreuses données sur les différents maillons de la chaîne de survie et fournit des informations pertinentes sur des éléments spécifiques ainsi que sur l'ensemble du système. Il sert ainsi de base à l'élaboration de mesures d'amélioration ciblées. Depuis le lancement en 2017, le nombre d'organisations participantes n'a cessé d'augmenter. Entre-temps, SWISSRECA couvre la quasi-totalité du territoire suisse, raison pour laquelle les chiffres et les résultats présentés ici peuvent être considérés comme représentatifs, à quelques exceptions près.

interverband für rettungswesen
interassociation de sauvetage
interassociazione di salvataggio



SRC
Swiss
Resuscitation
Council

Les destinataires du présent rapport sont fondamentalement toutes les personnes qui s'intéressent à la réanimation, et en particulier tous les acteurs de la chaîne de survie. Le rapport s'adresse notamment aux sociétés de discipline médicale suisses, aux établissements de soins hospitaliers, aux services de sauvetage et aux centrales d'appels d'urgence, aux professionnels de la santé, aux membres d'organisations de premiers secours (First Responder, sanitaires d'entreprise, etc.), aux prestataires de formations initiales, continues et complémentaires, ainsi qu'aux décideurs politiques.

La première partie du rapport présente des données épidémiologiques (répartition par âge et par sexe, causes supposées, etc.). Dans la deuxième partie, certaines données sont mises en relation avec la «Stratégie nationale de survie relative aux arrêts circulatoires» du SRC.

Ce premier rapport présente des chiffres cumulés des années 2019 à 2021. Les influences éventuelles de la pandémie de SARS-CoV-2 ne sont pas abordées. Pour une meilleure lisibilité, les chiffres sont généralement arrondis. Les lecteurs doivent se faire une idée de la situation de la Suisse en matière de prise en charge des arrêts circulatoires extrahospitaliers, des personnes concernées et des chances de survie à un OHCA.

La stratégie de survie du SRC met ensuite l'accent sur des mesures concrètes à prendre pour améliorer les chances de survie en cas d'arrêt circuloire.

Le rapport «EuReCa Three», auquel la Suisse participe avec une trentaine de pays, indiquera en 2023 où se situe la Suisse dans la comparaison internationale. Cette étude compare près de 28 pays européens en ce qui concerne l'incidence, le traitement et les résultats d'un OHCA pendant une période de mesure de trois mois (septembre à novembre 2022).

Il convient de préciser que seules les données des OHCA impliquant un service de sauvetage suisse (terrestre ou aérien) sont prises en compte, ce qui entraîne l'exclusion des données des réanimations intrahospitalières, appelées «In-of-Hospital Cardiac Arrest (IHCA)». Les réanimations dans un hôpital où le service de sauvetage était impliqué en tant qu'«équipe de réanimation» sur place et avait un rôle moteur, constituent des exceptions. L'implication du service de sauvetage lors d'un arrêt circuloire extrahospitalier ne permet pas de conclure au caractère opportun de mesures de réanimation. Dans de nombreux cas, on y renonce car elles ne sont pas appropriées d'un point de vue médical et/ou éthique. Dans ce contexte, il convient de tenir compte du souhait du patient, pour autant qu'il soit connu. L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a publié à ce sujet des directives médico-éthiques concernant les décisions de réanimation sur lesquelles s'appuient les acteurs de la chaîne de survie.

Une partie des entrées du registre représente toutefois les personnes pour lesquelles la stratégie de survie du SRC a été mise en œuvre. Il s'agit de personnes qui sont victimes d'un arrêt cardiocirculatoire prématuré et qui ont besoin d'un système fonctionnant le mieux possible pour pouvoir survivre à cet événement. Ce système est représenté - de manière générique et indépendamment des arrêts circulatoires - sous la forme de la chaîne de sauvetage.

INTERASSOCIATION DE SAUVETAGE IAS

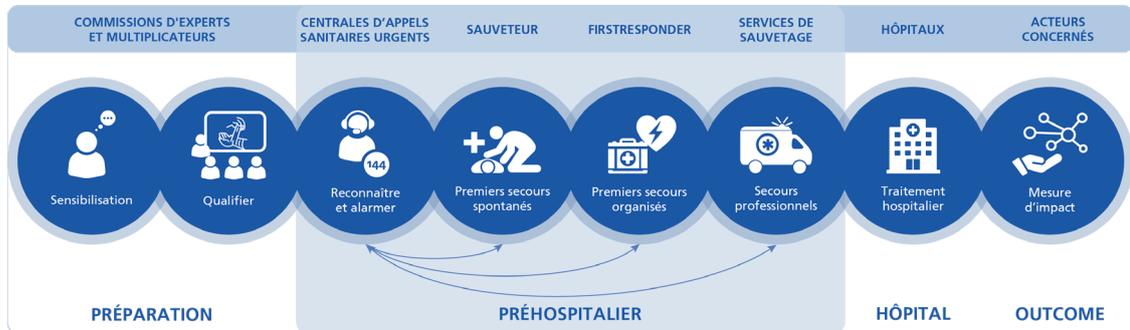


Illustration 1: La chaîne de sauvetage (variante IAS)

À partir de là, la chaîne de survie est représentée pour le cas spécifique de l'arrêt circulatoire, avec les maillons nécessaires à un système optimal. La Stratégie nationale de survie s'y réfère.

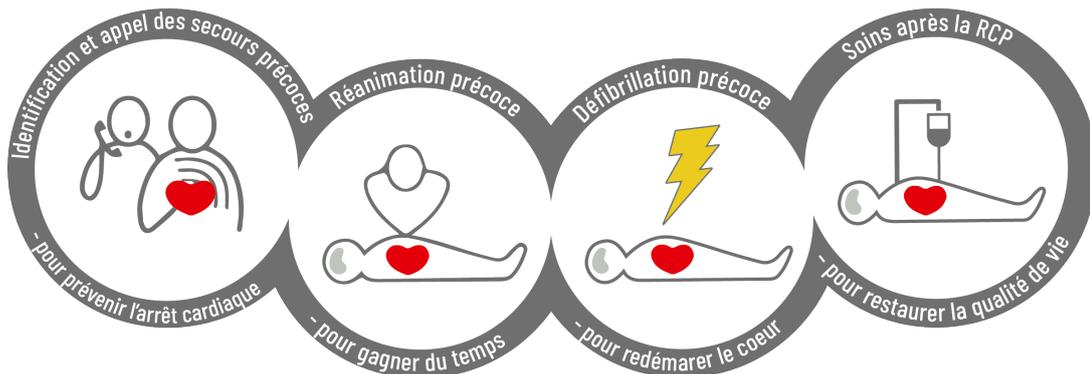


Illustration 2: La chaîne de survie («chain of survival» selon l'ERC)

Remarque:

SWISSRECA est une base de données en ligne qui ne cesse de s'étoffer. En raison de la différence de calendrier de l'évaluation, les chiffres peuvent différer des données publiées ailleurs.

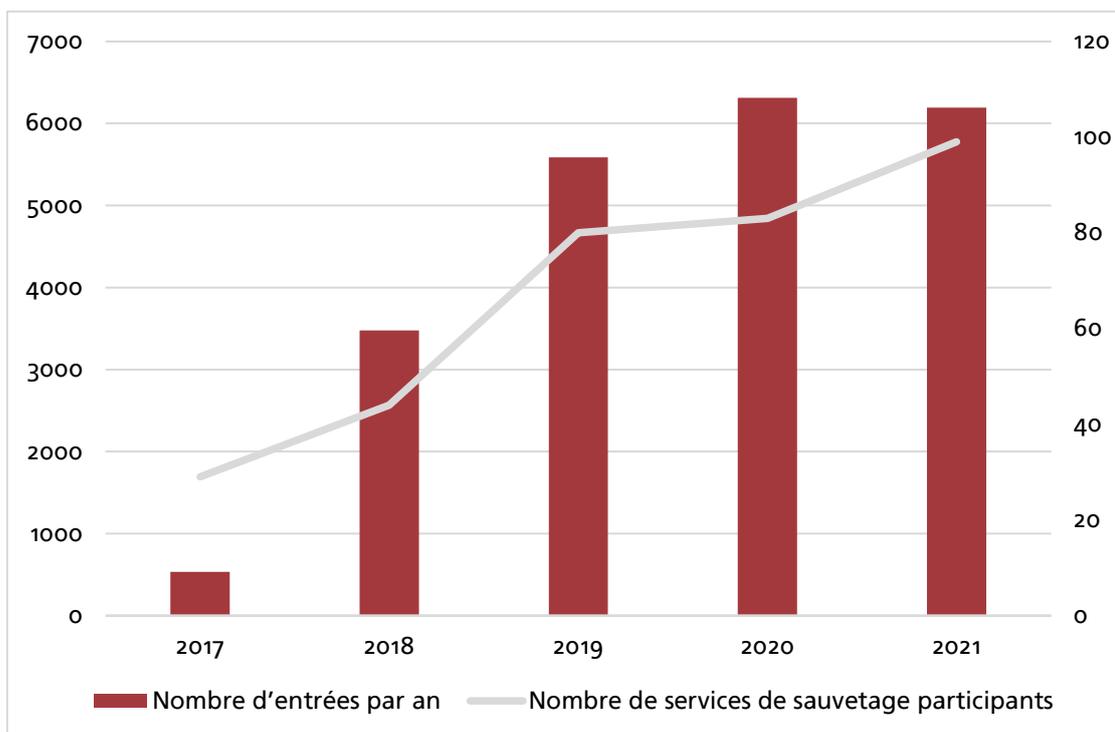


Illustration 3 : Évolution du nombre d'entrées et de services de sauvetage participants depuis le lancement de SWISSRECA

L'établissement de SWISSRECA dans le paysage du sauvetage en Suisse peut être qualifié de succès dans la perspective actuelle. Jusqu'à présent, toutes les centrales d'appels sanitaires urgents 144 et toutes les organisations de sauvetage aérien y participent. Parmi la centaine de services de sauvetage terrestres, plus de 98 % fournissent leurs données, ce qui signifie que la quasi-totalité du territoire et de la population suisses est couverte par le registre. En tout, ce sont plus de 120 organisations de la chaîne de sauvetage qui y participent, et cette tendance est à la hausse.

Pour ce rapport, 18 368 OHCA ont été évalués entre le 01.01.2019 et le 31.12.2021. Pour les informations épidémiologiques, les 18 368 entrées ont été analysées, qu'elles aient été fournies par un service de sauvetage terrestre, aérien ou une combinaison des deux.

Certains résultats sont présentés exclusivement dans la stratégie de survie du SRC, en dépit du fait qu'ils auraient pu figurer plus haut dans le rapport quant à leur thématique.

Lorsque des chiffres sont «inconnus», cela signifie que l'organisation concernée n'a pas pu ou voulu les indiquer. Dans 61 % des OHCA rapportés, une réanimation a été démarrée par un service de sauvetage, ou des mesures en cours ont été poursuivies. Avec 3899 réanimations effectuées par des professionnels, 8'738'791 habitants permanents et l'hypothèse de 100 % de la population couverte par SWISSRECA, l'incidence d'un OHCA en Suisse était de 45 événements pour 100'000 habitants en 2021.

2. RÉSULTATS 2019 - 2021

Les circonstances dans lesquelles les OHCA se produisent vont maintenant être examinées plus en détail. Nous pourrions ainsi déterminer qui est concerné, où, quand et comment. Nous verrons par ailleurs qui a connu quelles circonstances et quelles mesures ont été prises.

Âge moyen aller OHCA

68 ans

Femme | **70** Jahre

Homme | **67** Jahre



Homme

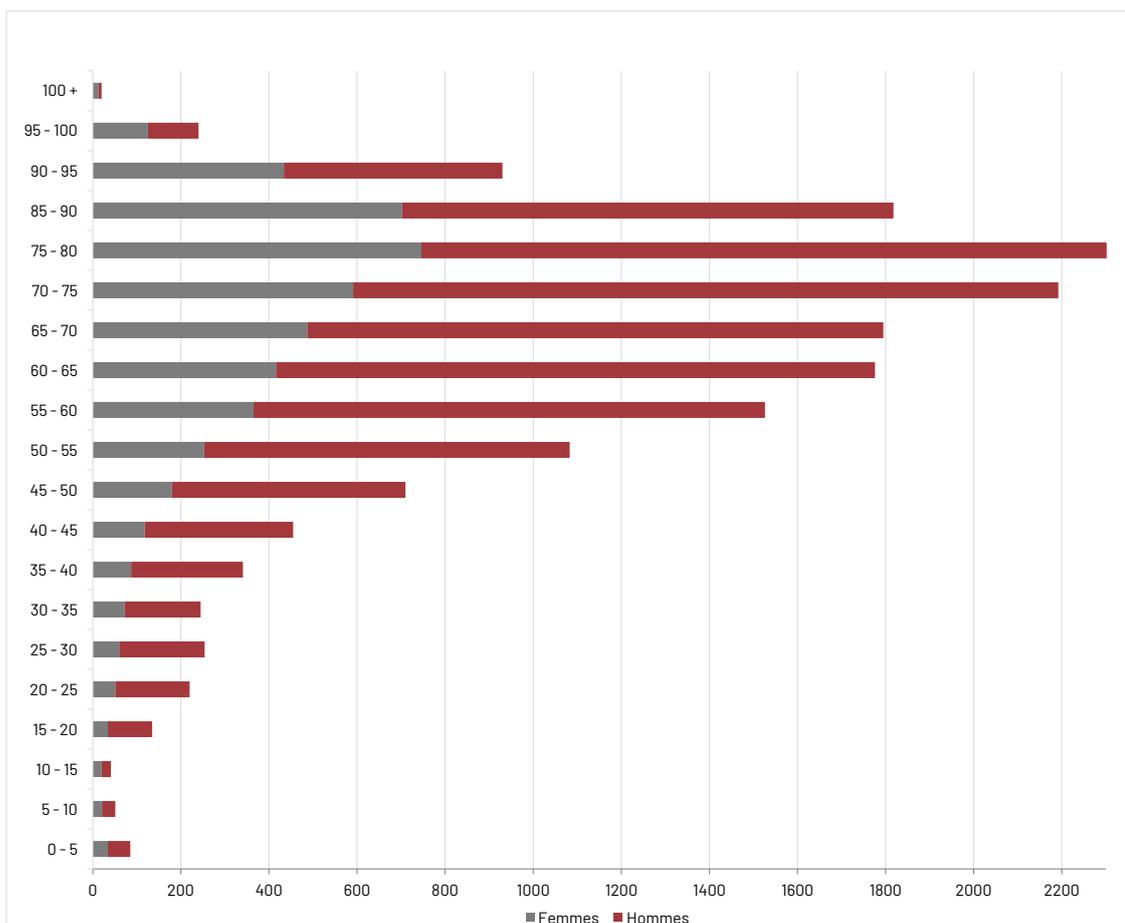
70 %

Femme

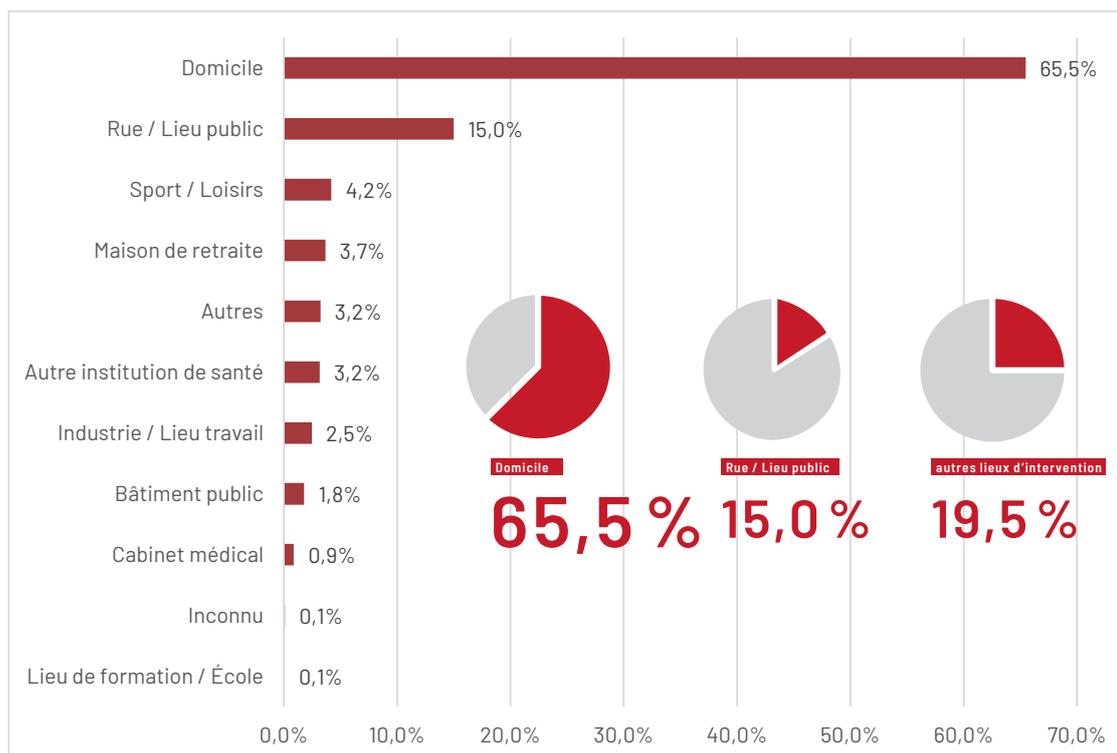
30 %



2.1 Âge et sexe



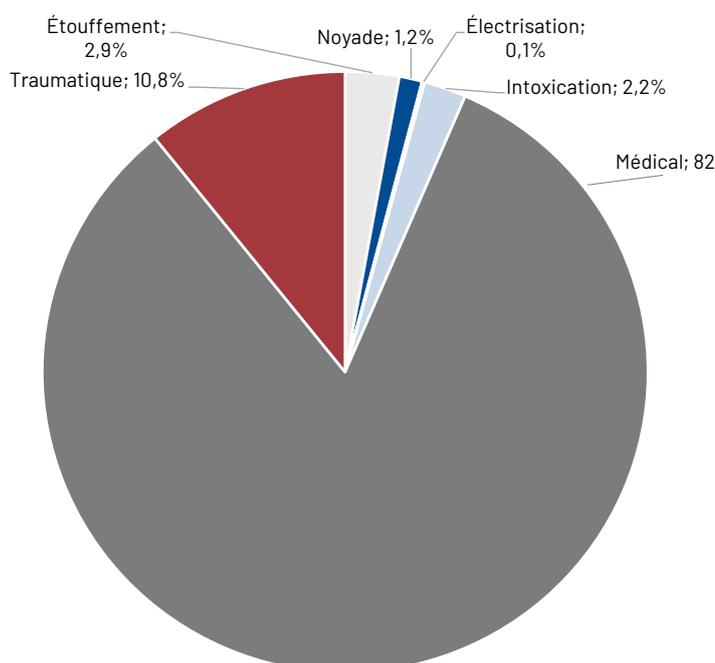
2.2 Lieu d'intervention



2.3 Causes supposées

La grande majorité des arrêts circulatoires surviennent dans le cadre privé du domicile, et la cause est dans huit cas sur dix de nature médicale, c.-à-d. attribuable à une maladie. Sur la base des analyses précédentes et de la littérature, ces pathologies sont principalement d'origine cardiaque.

La plupart des réanimations non commencées se produisent également à domicile. Cela peut s'expliquer d'une part par le fait que les proches sont les plus à même de connaître et d'exprimer le souhait de ne procéder à «AUCUNE réanimation». Une autre raison peut être les décès pendant le sommeil qui ne sont découverts qu'après plusieurs heures, lorsque la réanimation n'a plus aucune chance de réussir. Il peut également s'agir de personnes seules, généralement âgées, dont l'arrêt circulatoire passe inaperçu et qui ne sont découvertes que tardivement. La plupart des arrêts circulatoires accidentels ont lieu lors d'activités de loisirs (p. ex. sport) et sur la route.



2.4 La chaîne de survie a été activée...

Arrêts circulatoires observés

45 %

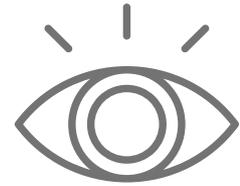
Dont par des témoins accidentels

82 %

le service de sauvetage

17 % des First Responder

1 %

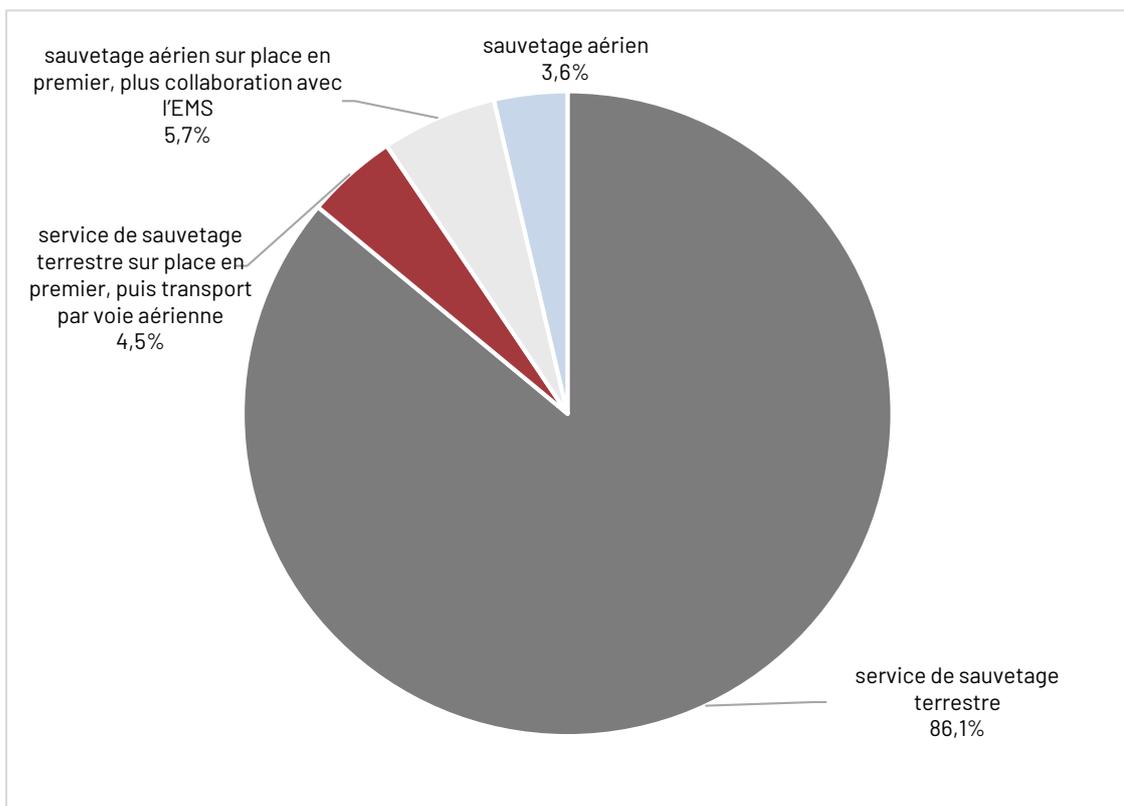


2.5 Moyens de sauvetage sur place

L'organisation et l'intervention de First Responder sont actuellement très différentes en Suisse. Selon la région ou le canton, des membres de différentes organisations à feu bleu (pompiers, police, etc.) sont engagés. Un modèle très répandu est toutefois la collaboration avec des personnes volontaires issues de la population. Après avoir suivi une formation de base de First Responder (dans certaines régions, un cours BLS-AED suffit), ces personnes sont localisées et engagées en cas d'urgence réelle via une application sur smartphone.

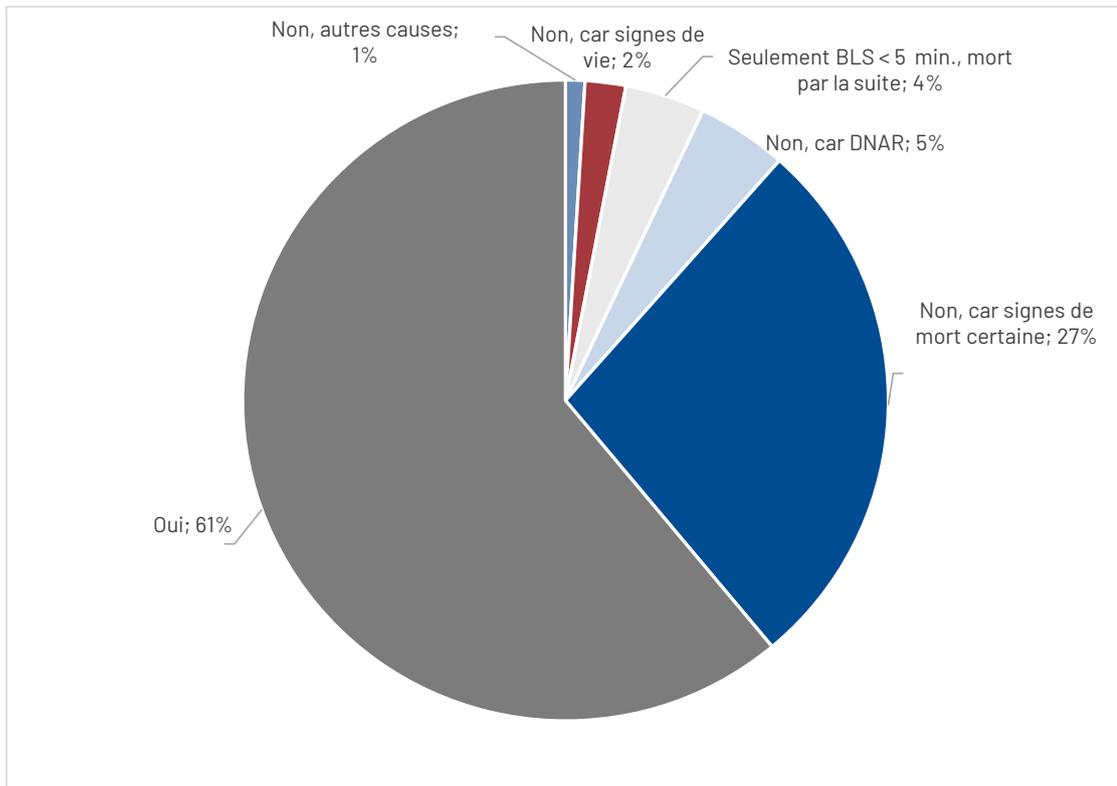
2.6 Répartition des moyens d'intervention

La plupart des arrêts circulatoires sont pris en charge par des services de sauvetage terrestres. Dans à peine 10 % des cas, une collaboration existe entre les secours terrestres et aériens.



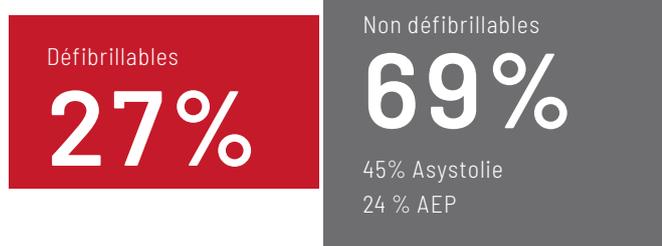
2.7 Mesures prises par le service de sauvetage

Dans près de deux tiers des interventions, le service de sauvetage procède à une réanimation. Dans une petite partie de ces cas (4 %), la réanimation est commencée puis interrompue en l'espace de quelques minutes. Cela se produit notamment lorsqu'il apparaît rapidement que la personne concernée ne souhaite pas que des mesures soient prises. Ou bien lorsque des signes de mort certaine sont constatés au cours de la réanimation, ce qui rend les mesures superflues d'un point de vue médical et éthique. Les personnes qui sont manifestement décédées ont généralement été découvertes quelques heures ou quelques jours après la survenue de l'arrêt circulatoire, ou présentent des blessures incompatibles avec la vie.



Rythmes ECG initiaux

Défibrillables:	27 %
Non défibrillables:	
Asystolie	45 %
AEP	24 %
Aucune indication / AED: pas de choc	4 %



Dans près d'un quart des cas, le service de sauvetage observe des rythmes cardiaques initialement défibrillables. Dans le reste des cas, les rythmes non défibrillables sont des asystolies suivies par les activités électriques sans pouls (AEP).

Contrairement à une asystolie (ligne plate sur l'ECG), en cas d'AEP ou de rythme défibrillable (fibrillation ventriculaire ou tachycardie ventriculaire sans pouls), le cœur a encore une certaine activité. Dans ces cas, les chances de survie à l'événement sont fondamentalement plus élevées. Un rythme défibrillable doit être traité - c'est-à-dire défibrillé - le plus rapidement possible, afin de permettre au cœur de retrouver un rythme ordonné.

2.8 Type de compression thoracique

Toutes les réanimations:

Massage cardiaque principalement manuel: 71 %

VMassage cardiaque principalement mécanique: 29 %

Pendant le transport vers l'hôpital sous réanimation:

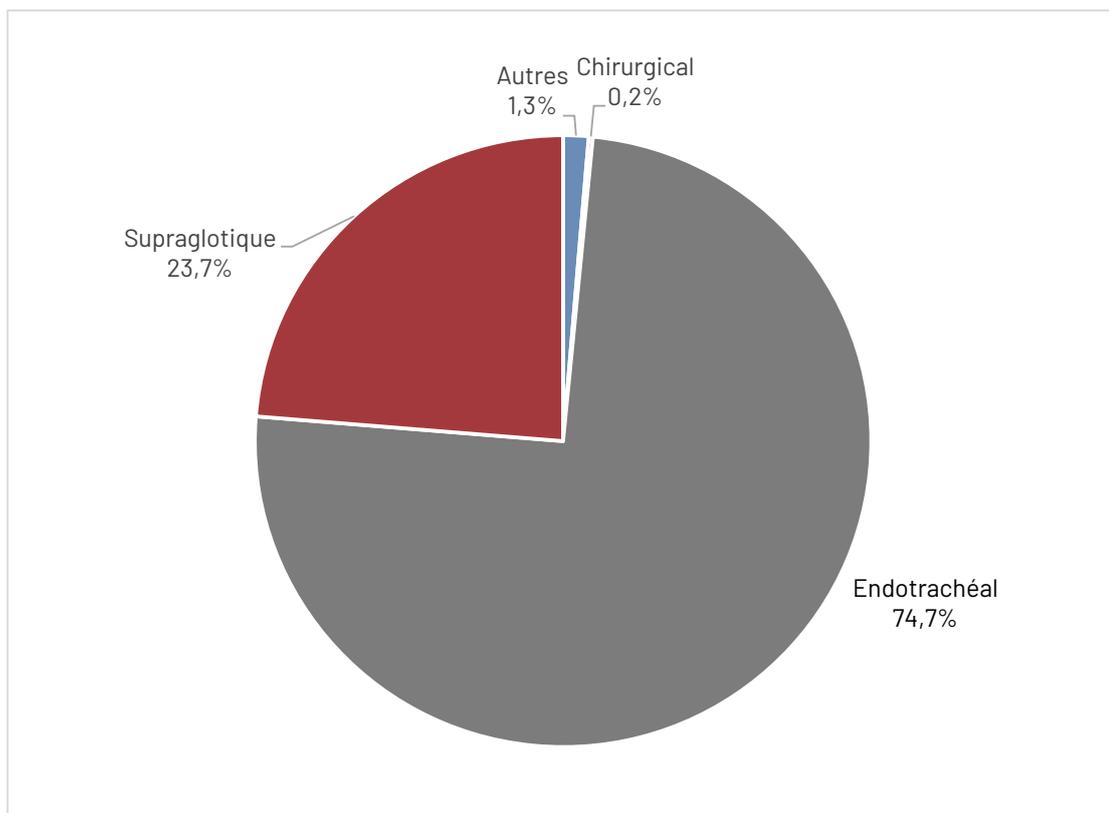
Massage cardiaque principalement manuel: 45 %

Massage cardiaque principalement mécanique: 55 %

Ces dernières années, les aides mécaniques assurant les compressions thoraciques sont devenues de plus en plus courantes. Le principal domaine d'application est l'assistance mécanique pendant le transport vers l'hôpital. La sécurité du personnel et la qualité des compressions peuvent être ainsi mieux garanties. L'utilisation des appareils a toutefois peu évolué au cours de la période de mesure 2019-2021.

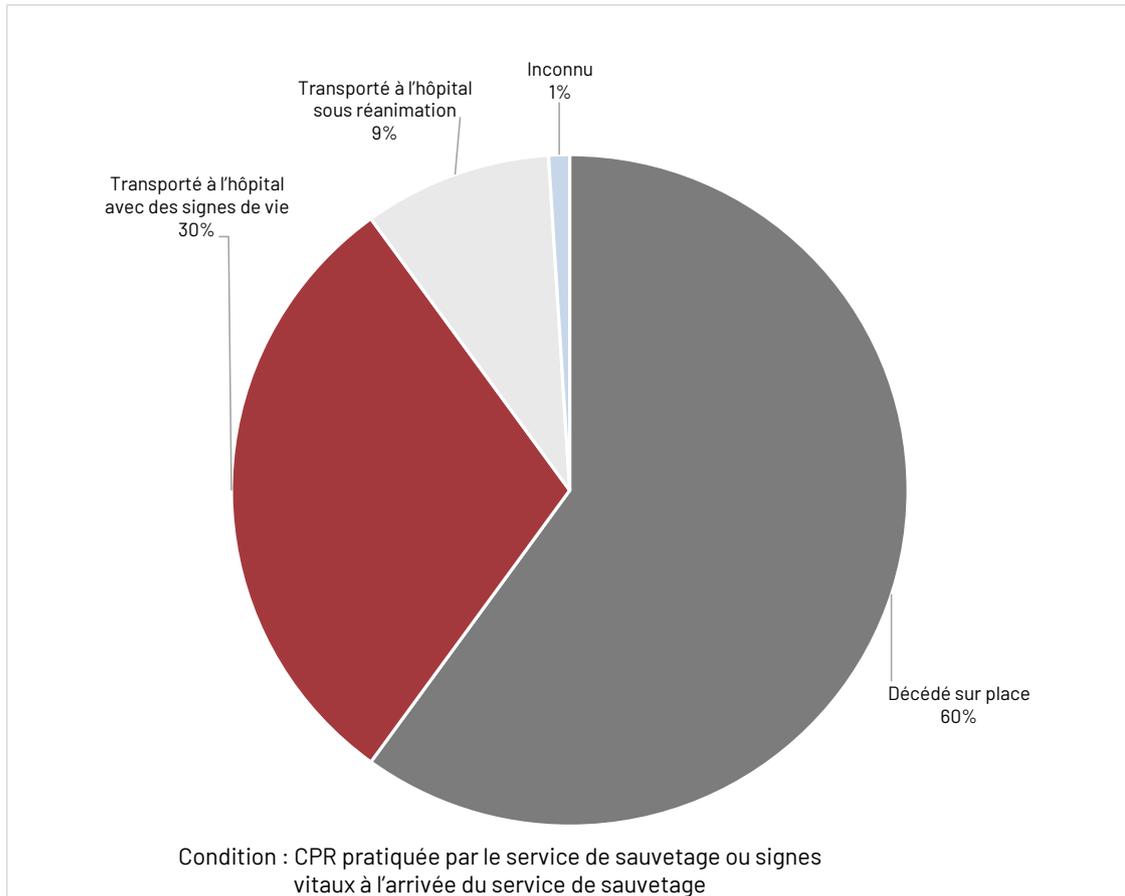
2.9 Gestion des voies respiratoires (si exécuté)

Une gestion avancée des voies respiratoires, si elle est nécessaire, s'effectue souvent sous la forme d'une intubation endotrachéale. Près d'un quart a été réalisé avec des dispositifs supraglottiques tels qu'un tube laryngé ou un masque laryngé.



2.10 Résultats des réanimations préhospitalières

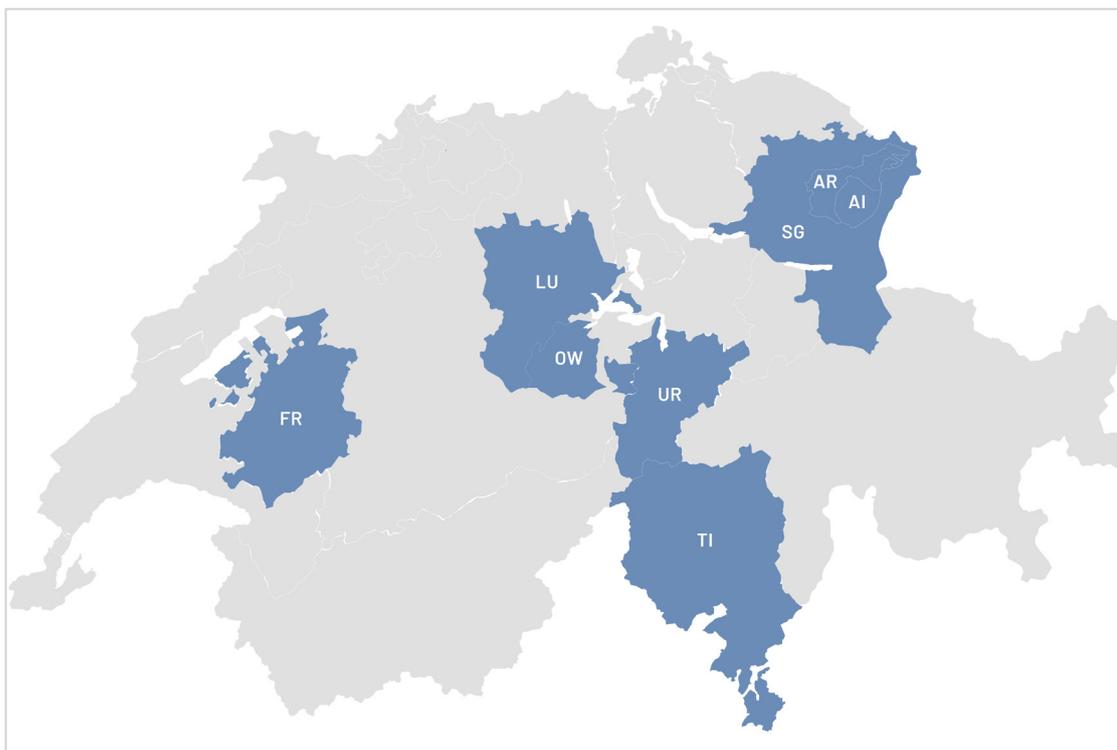
Statistiquement, six personnes réanimées sur dix décèdent sur place. Trois arrivent à l'hôpital avec une activité circulatoire rétablie. Près d'une personne sur dix est transportée alors que la réanimation est encore en cours. Des analyses antérieures ont montré que les admissions à l'hôpital sous réanimation sont en corrélation avec de mauvais résultats.



2.11 Données hospitalières

Pour pouvoir faire une déclaration concrète sur les résultats, et en particulier sur la survie à un arrêt circulatoire, il faut disposer d'informations provenant des hôpitaux participants. Jusqu'à présent, seuls quelques hôpitaux spécialisés en fournissent au registre de SWISSRECA. Les données concernant plus de la moitié des personnes admises dans ces hôpitaux sont manquantes. Il est donc encore impossible, dans cette édition du rapport, de fournir des données explicites sur la survie après un arrêt circulatoire dans toute la Suisse.

Par conséquent, nous avons utilisé comme valeur de référence des données d'hôpitaux situés dans des cantons dont les données sur les résultats sont complètes à plus de 80 %.



Ces cantons dont les données sont très complètes représentent un peu plus de 1,7 million d'habitants, soit environ un cinquième de la population suisse. Le taux de survie à un arrêt circulatoire dans ces cantons était en moyenne de 14 %, indépendamment des circonstances de l'événement.

Pour permettre la mesure de la performance d'un système, on se concentre souvent sur un groupe de patients précis, qui satisfait aux exigences suivantes :

- L'arrêt circulatoire a été observé
- La cause présumée était médicale (p. ex. provoqué par un infarctus du myocarde)
- Les personnes présentes ont déjà commencé la réanimation
- Le premier rythme cardiaque détecté a pu être défibrillé

Ce groupe de patients (défini ici comme le «groupe Utstein») est celui qui bénéficie le plus d'une chaîne de survie bien organisée, notamment de concepts de défibrillation précoce.

Dans les cantons cités, plus d'un tiers (34 %) des personnes concernées de ce groupe de patients a survécu en moyenne, et avec de bons résultats neurologiques.

34%

Taux de survie dans le groupe Utstein

dont

95%

avec un bon résultat neurologique (CPC 1+2)

CPC à la sortie de l'hôpital

CPC 1	CPC 2	CPC 3	CPC 4
74,4 %	20,4 %	3,8 %	1,3 %

CPC 1

Bonne performance globale

Conscient, orienté, la capacité de travail intacte. Une bonne santé, capable de mener une vie normale. Éventuellement légers déficits neurologiques ou psychologiques.

CPC 2

Handicap neurologique modérée

Conscient. Le fonctionnement du cerveau assez pour assurer un travail à temps partiel dans un environnement protégé et de l'autonomie dans les activités quotidiennes. Peut-être hémiplégie ou une altération irréversible de la mémoire ou des troubles mentaux.

CPC 3

Handicap neurologique grave

Conscient. Besoin d'aide dans la vie quotidienne en raison de la fonction cérébrale altérée (structure protégée ou assistée par leur noyau familial). Perception limitée. Couvre un large éventail de troubles du cerveau.

CPC 4

Coma

Coma, état végétatif. Inconscient. Aucune perception avec son environnement. Et de la communication verbale ou psychologique.

Ces résultats permettent de conclure à un bon fonctionnement de la chaîne de survie et peuvent être présentés dans la comparaison internationale. On peut supposer avec prudence que des valeurs similaires ont été atteintes dans les autres cantons, car les systèmes sont en principe très similaires dans tout le pays. Cette hypothèse reste toutefois à valider.

3. DONNÉES SWISSRECA EN RAPPORT AVEC LA STRATÉGIE DE SURVIE

Le Swiss Resuscitation Council SRC a publié pour la première fois en 2019 sa «Stratégie nationale de survie relative aux arrêts circulatoires». Elle est soutenue par une large alliance de parties prenantes issues de domaines thématiques apparentés. Le SRC assume une fonction de coordination et fait appel à tous les partenaires concernés pour la mise en œuvre.

La stratégie est un instrument à la fois scientifique et pratique qui vise à orienter d'une manière appropriée les activités des différents acteurs participant à la mise en œuvre et à obtenir ainsi le meilleur résultat possible.

Le but est l'amélioration des chances de survie avec un bon résultat neurologique en cas d'arrêt circulatoire soudain et prématuré. La stratégie de survie aide les partenaires impliqués dans la mise en œuvre à organiser et à hiérarchiser leurs activités sur la base d'objectifs stratégiques.

La stratégie ne prend pas en compte les arrêts circulatoires qui, en fin de vie ou à la suite d'une maladie grave préexistante, entraînent la mort.

SWISSRECA peut fournir des résultats ou des indications pour 10 des objectifs stratégiques. Pour les calculs d'intervalles (p. ex. délai d'intervention), les entrées non plausibles ont été éliminées (p. ex. délais d'intervention de plusieurs heures).



B. Identification

Objectifs stratégiques	Degré de réalisation	Évaluation
<p>B2) Les observateurs d'un arrêt circulatoire donnent immédiatement l'alerte via le numéro d'urgence 144.</p>	<p>· 90% réception appel d'urgence < 3 minutes</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;"> <p>OBJECTIF 90 %</p> <p>RÉALISÉ 52 %</p> </div>	<p>· Intervalle entre le moment du collapsus observé et l'alarme à la CASU 144 < 3 min. : 52 %</p>



C. Réanimation cardio-pulmonaire

Objectifs stratégiques	Degré de réalisation	Évaluation
<p>C1) Juste après l'alerte et jusqu'à l'arrivée des secours professionnels, les observateurs d'un arrêt circulatoire mettent en oeuvre les mesures de base de haute qualité (HQCPR). En cas d'arrêt cardiaque chez l'enfant, une attention accrue doit être accordée à la ventilation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · 90% réanimation par un témoin <3 min après observation d'un ACC · 80% performance RCP 	<ul style="list-style-type: none"> · BLS < 3 minutes: 53 % · La performance RCP ne peut pas être indiquée par SWISSRECA. Cela relève de la responsabilité des différents services de sauvetage et dépend de leurs possibilités techniques.
<p>C2) Concernant la décision de commencer ou non une réanimation, la volonté du patient doit être prise en compte dans la mesure du possible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · 90 % 	<ul style="list-style-type: none"> · DNAR en l'absence de RCP : 5 %, BLS < 5 min. : 4 % (≈ 2000 patients) · Le registre ne permet pas de saisir ou d'évaluer si la volonté des personnes concernées est prise en compte. Comme décrit dans le chapitre «Mesures prises par le service de sauvetage», il est possible d'indiquer combien de réanimations n'ont pas été commencées parce qu'elles auraient été contraires à la volonté connue.
<p>C5) Lors de l'alerte, les régulateurs expliquent de façon standardisée et structurée aux témoins intervenant comment effectuer la réanimation (RCP guidée par tél.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> · 90 % des cas avec indication claire 	<ul style="list-style-type: none"> · Les instructions téléphoniques pour la réanimation (RCP guidée par téléphone (T-CPR)) sont une mesure importante pour fournir aux personnes concernées la perfusion cérébrale nécessaire, voire une défibrillation, le plus rapidement possible et avant l'arrivée des First Responder ou du service de sauvetage. Pour pouvoir guider la RCP, l'arrêt circulatoire doit d'abord être détecté lors de la conversation entre l'opératrice/opérateur et l'appelante/appelant . · Sur l'ensemble des entrées du registre, l'arrêt cardiaque a été détecté dans près de deux tiers des cas et/ou n'a pas été détecté dans un cas sur 10. Parmi les arrêts circulatoires détectés nécessitant d'une RCP guidée par téléphone, cette dernière a eu lieu dans 42 % des cas. Un peu moins d'un tiers de ces arrêts circulatoires n'ont pas été guidés. Le registre offre depuis peu la possibilité de justifier la raison pour laquelle aucun guidage n'a eu lieu. Ceci est important pour les centrales d'appels sanitaires urgents 144 afin d'évaluer les cas dans lesquels une T-CPR n'a pas été effectuée jusqu'à présent sans raison. Dans certains cas (17 %), les appelantes/appelants et les secouristes refusent d'être guidés pour la réanimation. Les raisons sont multiples, comme la protection personnelle, le dégoût du sang ou d'autres liquides corporels, ou encore la peur de mal faire.

Arrêt détecté: 63 %
 Non détecté : 10 %
 Pas encore en arrêt : 18 %
 Inconnu : 9 %

RCP en cours: 15 %
Indication claire de T-CPR: 85 %

T-CPR: 42 %
 (pas d'instructions : 31 %;
 refusé: 17 %;
 inconnu: 10 %)

À partir de 2022, la justification de l'absence de T-CPR sera complétée. L'appelante/appelant ne peut pas réanimer (limitation physique/pas sur place/volonté de la patiente/du patient)

D. Défibrillation

Objectifs stratégiques	Degré de réalisation	Évaluation
<p>D1) En cas d'arrêt circulatoire, un défibrillateur automatique externe (AED) est utilisé dans les 5 minutes.</p>	<p>· 90 %</p> <p>OBJECTIF 90 % RÉAL. 26%</p>	<p>· AED <5 min*: 26 %</p> <p>* Intervalle de temps entre l'alarme à la CASU 144 et le premier choc (personnes présentes ou First Responder)</p>
<p>D3) Les témoins d'un arrêt circulatoire utilisent un DAE.</p>	<p>· 90 %</p> <p>OBJECTIF 90 % RÉAL. 10 %</p>	<p>· Dans 69 % des cas, des secouristes étaient sur place.</p> <p>· Dans 10 % des cas, ils ont utilisé un AED *</p> <p>* En présence de « secouristes sur place » : OUI et « AED utilisé par les secouristes » = OUI</p>

E. Mesures de réanimation étendues

Objectifs stratégiques	Degré de réalisation	Évaluation
<p>E1) Chaque personne concernée reçoit des soins étendus par un service de sauvetage professionnel le plus tôt possible (selon les directives de l'IAS).</p>	<p>· 90 %</p> <p>OBJECTIF 90 % RÉALISÉ 41 %</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Service de sauvetage sur place entre 0 et 10 min. : 41 % · Service de sauvetage sur place entre 11 et 15 min. : 37 % · Service de sauvetage sur place au-delà de 15 min. : 22 % <p>L'expression «le plus rapidement possible» ne peut pas être exprimée en chiffres absolus. C'est surtout aux services de sauvetage qu'il revient de mesurer, d'évaluer et d'optimiser leurs délais d'intervention. L'analyse du délai d'intervention est une exigence pour la reconnaissance de tout service de sauvetage par l'IAS.</p>
<p>E4) Les personnes en arrêt circulatoire sont directement transportées dans un hôpital approprié. Les transports secondaires sont à éviter.</p>	<p>· 90 %</p> <p>OBJECTIF 90 % RÉALISÉ 89 %</p>	<p>Hôpital de destination spécialisé : 89 % Transport secondaire : 1 %</p> <p>La plupart des personnes concernées sont transportées dans des hôpitaux spécialisés dans la prise en charge de patients après réanimation (return of spontaneous circulation - ROSC). Le transfert d'un hôpital non spécialisé vers un hôpital spécialisé est rare (1 % des cas). Une prise en charge dans un hôpital disposant d'une médecine hautement spécialisée est essentielle pour les chances de survie après un arrêt circulatoire.</p> <p>Le transport vers un hôpital local non spécialisé peut, dans certaines circonstances, s'avérer judicieux si, après un ROSC, une thérapie maximale n'est pas nécessaire ou plus souhaitée et que le traitement s'oriente vers une prise en charge palliative.</p>

F. Soins post-réanimation

Objectifs stratégiques	Degré de réalisation	Évaluation
<p>F1) Les personnes concernées reçoivent des soins médicaux intensifs optimaux et structurés (ROSC).</p>	<p>· 90 %</p> <p>OBJECTIF 90 % RÉALISÉ 41 %</p>	<p>· Personnes bénéficiant d'un ECG à 12 canaux : 51 % · Dont STEMI : 42 %</p> <p>Pour le domaine préhospitalier, SWISSRECA ne peut pas mesurer ce paramètre. Il est toutefois possible de déclarer si un ECG a été réalisé après un ROSC afin de détecter un infarctus du myocarde pouvant être traité. Un ECG à 12 canaux a été enregistré chez plus de la moitié (51 %) des personnes réanimées qui sont arrivées à l'hôpital après un ROSC. Dans près de la moitié de ces cas (42 %), il y avait des signes d'infarctus du myocarde.</p>
<p>F2) En cas de réussite de la réanimation, les paramètres de résultats sont systématiquement enregistrés.</p>	<p>· 90%</p> <p>OBJECTIF 90 % RÉALISÉ 44 %</p>	<p>· Données sur les résultats (follow-up H) des personnes vivantes ou décédées: 44 %</p> <p>La pertinence des données sur le succès de la chaîne de survie est limitée. Comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, de nombreuses informations provenant des hôpitaux spécialisés font défaut.</p>

4. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Avec cette première édition du „**Rapport annuel SWISSRECA 2019-2021**“, il a été possible, sur la base de données, de représenter l'état réel des arrêts circulatoires extrahospitaliers en Suisse sous différentes perspectives. Un potentiel considérable existe encore dans le domaine de la réanimation par les secouristes et de l'utilisation d'AED accessibles au public. Une approche pourrait consister en une RCP guidée par téléphone (T-CPR) par les centrales d'appels sanitaires urgents (CASU 144). Le potentiel de la sensibilisation et de la formation répétée de la population est également loin d'être épuisé. De la même manière, les systèmes de First Responder couvrant l'ensemble du territoire peuvent contribuer à la survie après un arrêt circulatoire prématuré. En fin de compte, c'est toute la chaîne de survie qui est sollicitée et qui est donc représentée et évaluée dans la stratégie de survie du SRC.

Une stratégie ne s'arrête pas à l'obtention de premiers résultats. Il s'agit plutôt de comprendre comment améliorer les résultats obtenus jusqu'à présent au moyen de cette stratégie. Pour cela, il faut de la persévérance et une bonne dose d'optimisme. Dans le rapport annuel 2022 (à paraître en 2023), nous commencerons par des comparaisons pluriannuelles et montrerons les évolutions. Lorsque des mesures ont déjà été prises, notamment, nous sommes impatientes de voir si elles sont efficaces et jusqu'à quel point.

Nous remercions ici chaleureusement toutes les organisations participant à SWISSRECA. Sans données brutes de bonne qualité, il aurait été impossible de rédiger ce rapport.

Les personnes intéressées par d'autres informations dans le domaine de l'OHCA et de la réanimation peuvent les trouver sur les sites Web ci-dessous. Les personnes qui s'abonnent à la newsletter de l'IAS seront tenues au courant de la parution des prochains rapports annuels et d'autres publications.

www.144.ch

www.swissreca.ch

www.resuscitation.ch

www.samw.ch

Roman Burkart

Directeur IAS
Président SRC

Helge Regener

Président SRC
BLS-Faculty

André Wilmes

Collaborateur IAS
Responsable SWISSRECA

IMPRESSUM

interverband für rettungswesen
interassociation de sauvetage
interassociazione di salvataggio



Interverband für Rettungswesen
Bahnhofstrasse 55
5000 Aarau
Tel 031 320 11 44
Mail info@ivr-ias.ch

SRC
Swiss
Resuscitation
Council

Swiss Resuscitation Council
Geschäftsstelle SRC
Wattenwylweg 21
CH-3006 Bern
Tel 031 351 04 32
Mail info@resuscitation.ch

Crédits photographiques:

Photo de couverture, S. 15 Mathieu Demierre (Ambulance Clerc SA)
S. 14 Rettung Basel Stadt
S. 2 Larissa Bruhin und Pascal Häderli, Kommunikation, Kantonspolizei St.Gallen