



95,5%

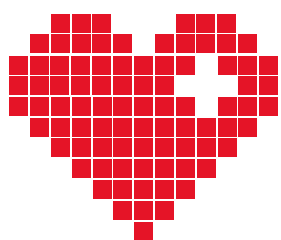
12,8%

36,4%

3,1%

SWISSRECA

Rapport annuel 2022



SWISSRECA

Table des matières

1. Introduction.....	3
2. Résultats 2022.....	7
2.1 Âge et sexe.....	7
2.2 Lieu de survenue	8
2.3 Causes supposées.....	9
2.4 Premiers secouristes.....	10
2.5 Premiers soins organisés.....	11
2.6 Répartition des moyens d'intervention.....	13
2.7 Mesures prises par le service de sauvetage.....	14
2.8 Rythmes ECG initiaux	15
2.9 Type de compression thoracique.....	16
2.10 Gestion des voies respiratoires (si exécutée).....	17
2.11 Résultats des réanimations préhospitalières.....	18
2.12 Données hospitalières sur l'OHCA	19
2.13 UB-ROSC score	22
3. Données SWISSRECA en rapport avec la stratégie nationale de survie	24
4. Conclusion et perspectives	31



1. INTRODUCTION

Le présent document est le deuxième rapport annuel public sur les arrêts cardiaques extrahospitaliers (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

L'IAS n'a obtenu que des retours positifs au sujet du précédent et tout premier rapport annuel de SWISSRECA, qui présentait un condensé des données des années 2019-2021. Cela nous réjouit et nous incite à fournir un rapport annuel au moins équivalent, si ce n'est meilleur. Meilleur en termes de présentation et de description des résultats. Contrairement au dernier rapport, vous trouverez ici pour chaque thème une introduction décrivant en détail de quoi il s'agit et ce qui a été mesuré. Les résultats sont ensuite présentés, suivis d'une interprétation possible. Pour certains résultats, il vaut la peine d'expliquer comment ces chiffres ont été obtenus et ce qu'ils peuvent signifier – ou non. Nous nous efforçons ici d'être aussi transparents que possible.

Outre les résultats « standard » que nous publions ici chaque année, nous aimerions aussi aborder ponctuellement de nouveaux thèmes. Dans le présent rapport, nous allons nous pencher sur le score UB-ROSC. Vous pouvez consulter le chapitre correspondant pour savoir ce dont il s'agit.

Les destinataires du présent rapport sont fondamentalement toutes les personnes qui s'intéressent à la réanimation, et en particulier toutes celles participant à 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 professionnel-le-s 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 décideuses et 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 cardiaques » du SRC.

La stratégie de survie du SRC met ensuite l'accent sur des mesures concrètes à prendre pour justement survivre à un arrêt cardiaque.

Les résultats de l'**étude EuReCa THREE** seront publiés autour de la date de parution du présent rapport annuel. Cette étude compare les données OHCA de la période de mesure de septembre à novembre 2022 de nombreux pays européens, dont la Suisse. Nous sommes impatients de connaître les conclusions de cette étude et en rendrons compte dans le rapport annuel SWISSRECA 2023.



Il convient de préciser que dans le rapport annuel SWISSRECA, seules les données des OHCA impliquant un service de sauvetage suisse (terrestre ou aérien) sont prises en compte, à l'exclusion des données des réanimations intrahospitalières, appelées « In 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 cardiaque 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 personnes impliquées dans la chaîne de sauvetage.

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 cardiaque 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 cardiaques – sous la forme de la chaîne de sauvetage.

INTERASSOCIATION DE SAUVETAGE IAS

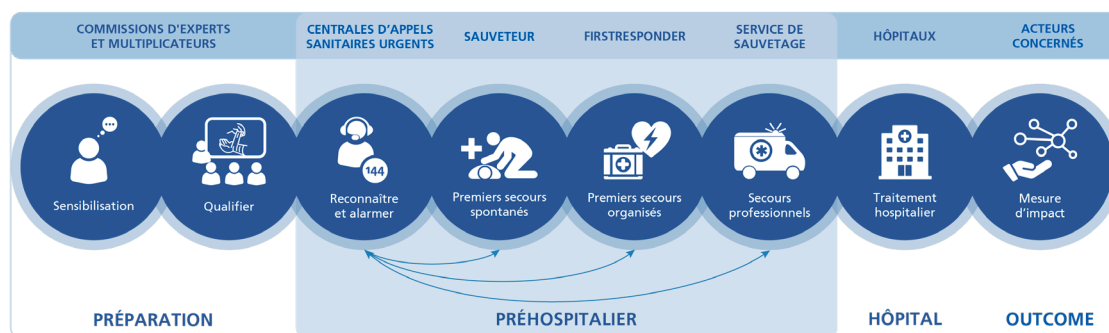


Illustration 1 : La chaîne de sauvetage (variante IAS)

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

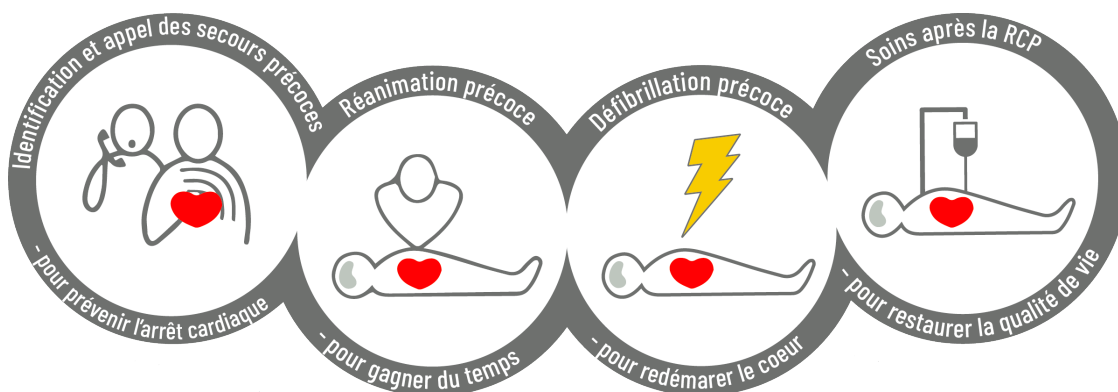


Illustration 2 : La chaîne de survie (« chain of survival » selon l'ERC)

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.

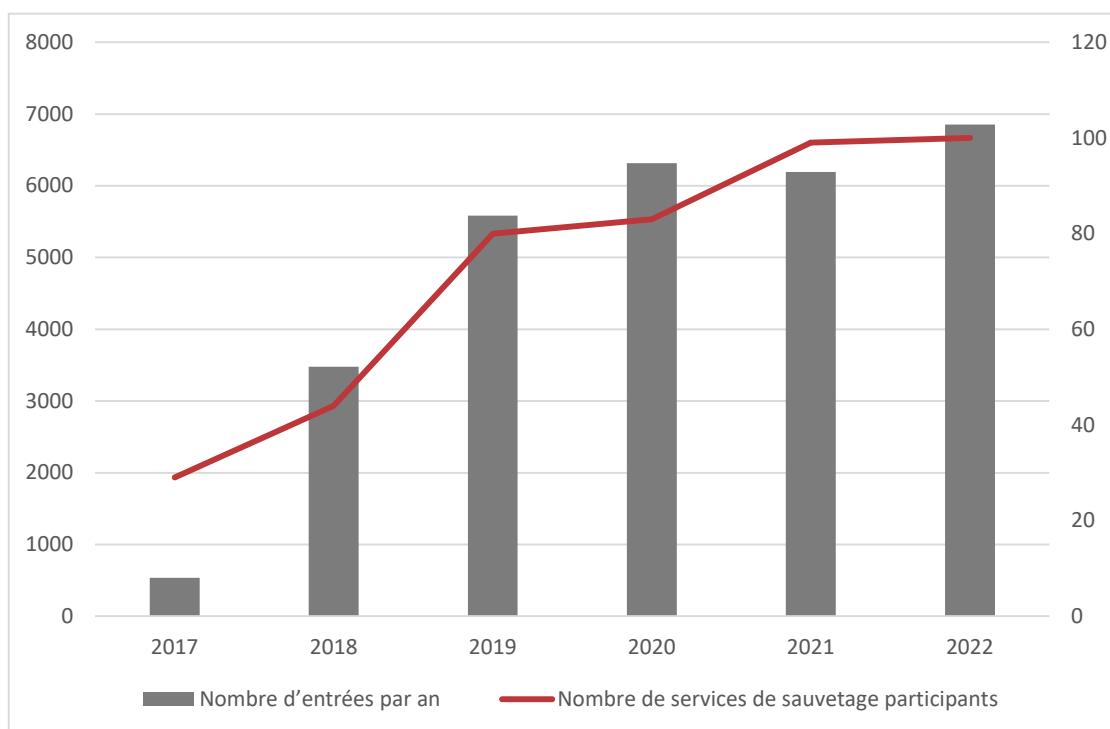


Illustration 3 : Évolution du nombre d'entrées et de services de sauvetage participants depuis le lancement de SWISSRECA

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. Sur les 102 services de sauvetage terrestres, 100 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. Nous avons observé une hausse surtout dans le domaine des hôpitaux participants. Pour en savoir plus, consultez le chapitre « Données des hôpitaux ».

Pour ce rapport, 6854 OHCA ont été évalués entre le 01.01.2022 et le 31.12.2022. Aucune distinction n'est faite selon que les interventions correspondantes ont été effectuées par un service de sauvetage terrestre, aérien ou une combinaison des deux.

Afin d'éviter au maximum les doublons dans la base de données, un règlement a été établi avec les organisations participantes. Celui-ci définit quelle organisation doit se charger de l'entrée SWISSRECA lorsqu'il y a plusieurs moyens de sauvetage sur place. En 2022, nous avons eu affaire à près de 60 de ces entrées multiples, ce qui correspond à moins de 1 % de toutes les entrées.

Certains résultats sont présentés exclusivement en lien avec 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. Selon l'hypothèse que 100 % de la population est couverte par SWISSRECA et que la Suisse compte 8 812 700 habitants permanents fin 2022¹, l'incidence d'un OHCA est de 78 événements pour 100 000 habitants (2021 : 75).

Avec 3903 réanimations effectuées par des services de sauvetage et la même hypothèse que celle décrite ci-dessus, l'incidence des réanimations est de 44 pour 100 000 habitants (également 45/100 000 en 2021).

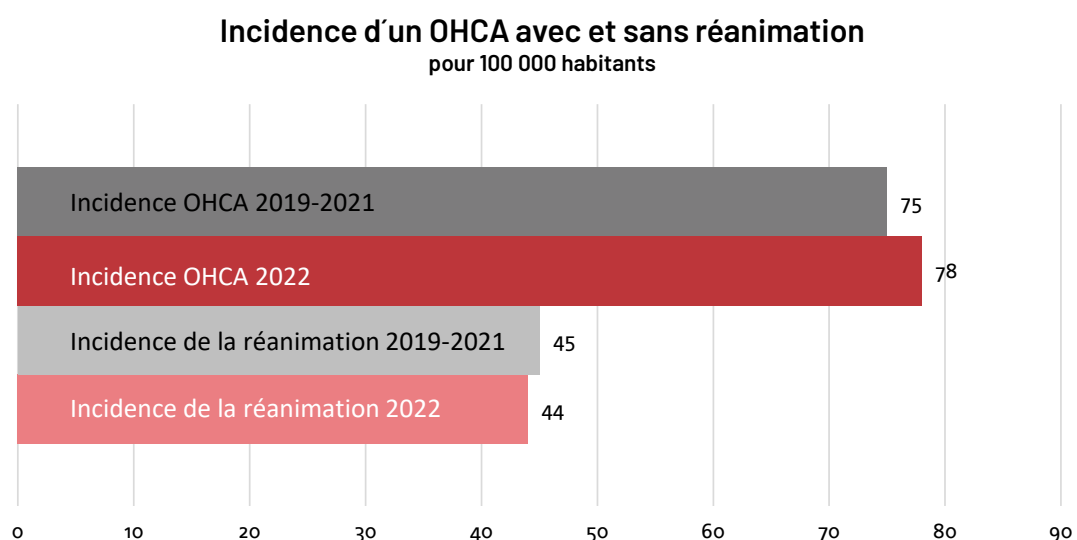


Illustration 4 : Nombre d'OHCA et/ou de réanimations pour 100 000 habitants.

¹ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees.assetdetail.24310453.html>

2. RÉSULTATS 2022

Ci-après sont décrites et représentées sous forme de graphiques les personnes touchées par les OHCA, les organisations impliquées dans l'événement et les mesures prises. Nous abordons la situation des données et expliquons ce qu'il en est de la survie à un OHCA en théorie (mot-clé : UB-ROSC) et dans la réalité.

Âge moyen de tous les OHCA

68 ans

Femmes | **71** ans

Hommes | **67** ans



2019-2021

Âge moyen de tous les OHCA: **68 ans**

Âge moyen de tous les OHCA chez les femmes : **70 ans**

Âge moyen de tous les OHCA chez les hommes : **67 ans**

Part des OHCA chez les hommes : **70 %**

Part des OHCA chez les femmes : **30 %**

Hommes

69 %

Femmes

31 %



2.1 Âge et sexe

L'âge moyen est resté stable au cours des dernières années. Les femmes subissent un OHCA en moyenne quatre ans plus tard que les hommes.

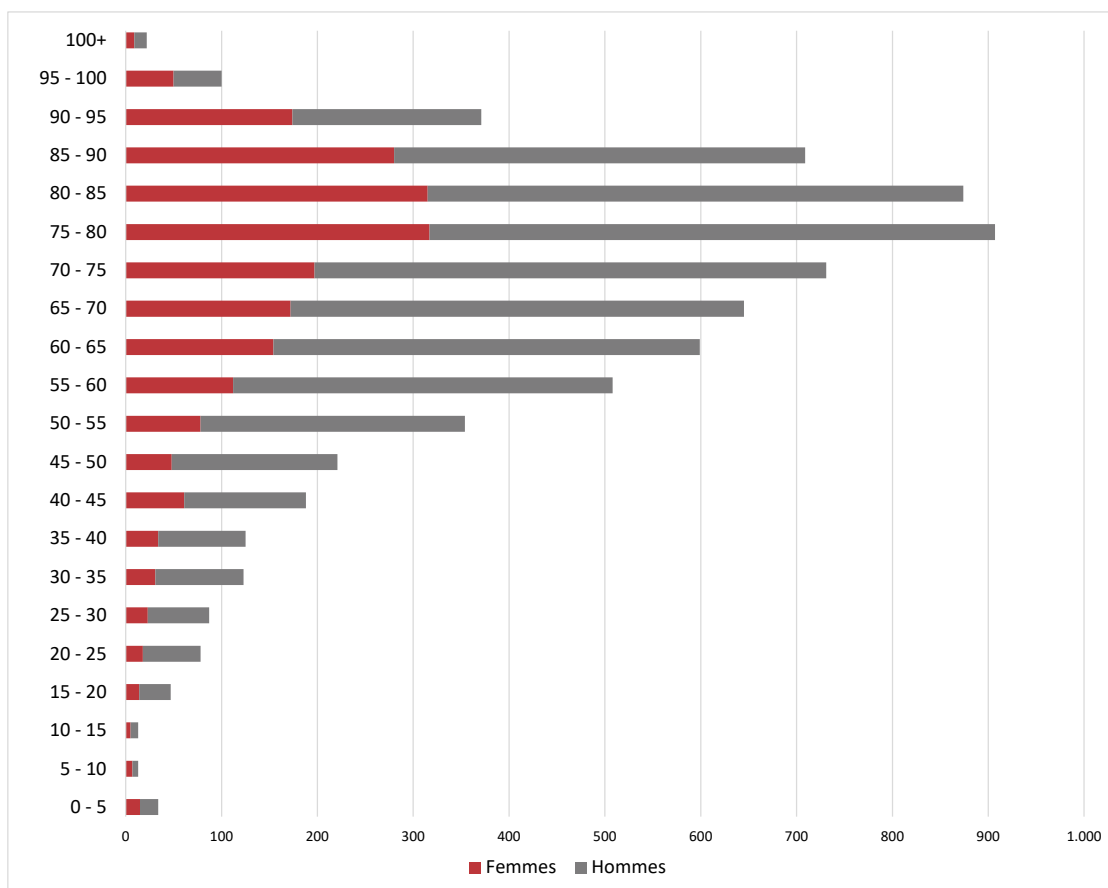


Illustration 5 : La répartition des OHCA est représentée en fonction de l'âge et du sexe. Ce n'est qu'entre 5 et 10 ans que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à subir des OHCA. Sinon, les hommes sont clairement plus touchés. Comme on peut s'y attendre, les OHCA augmentent avec l'âge. Leur fréquence diminue à partir de 85 ans.

Il convient de noter que, dès la naissance, le sexe masculin est davantage touché par un OHCA. Chez les adolescents et les jeunes adultes, cette répartition pourrait être corrélée aux comportements à risques. Avec l'âge, le risque de maladies cardio-vasculaires augmente, et, selon la recherche, ces dernières sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Les OHCA diminuent à partir de l'âge de 85 ans environ. Cela peut aussi s'expliquer par le fait que les personnes d'un âge avancé décèdent de manière plus ou moins attendue et ce, dans un contexte où aucun service de sauvetage n'est appelé.

2.2 Lieu de survenue

S'agissant du lieu où se produit un OHCA, les catégories suivantes sont disponibles dans le registre. Cette décision suit un consensus international (Utstein), ce qui permet une comparaison à l'échelle mondiale. Vous trouverez plus d'informations à ce sujet dans le rapport annuel SWISSRECA de l'année prochaine, au chapitre EuReCa THREE.

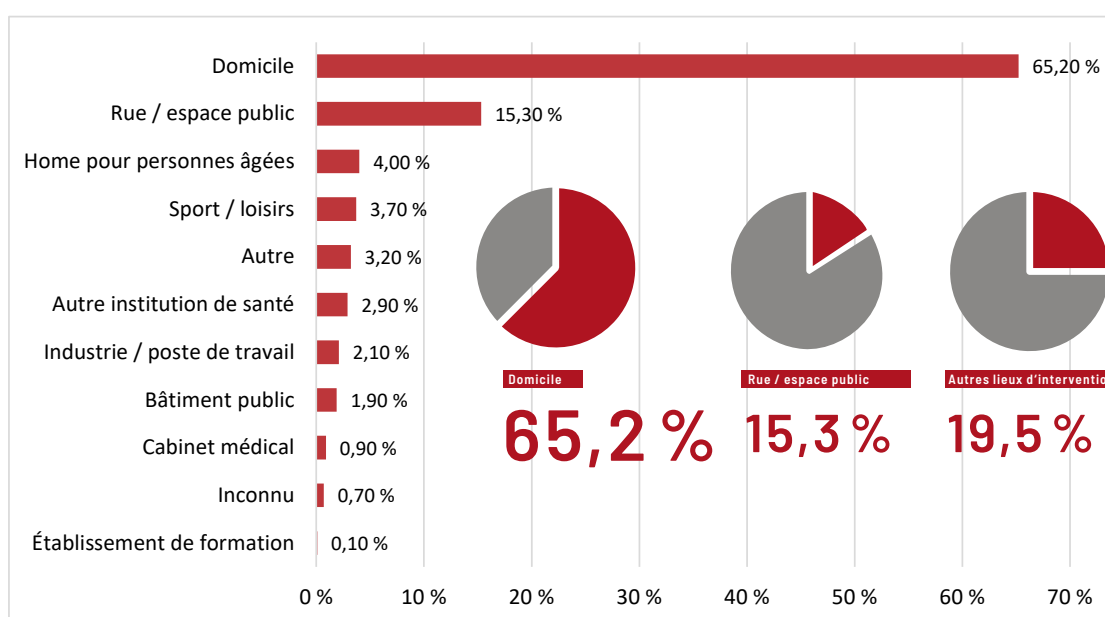


Illustration 6 : Comme nous l'avons déjà montré dans le dernier rapport, les OHCA se produisent principalement dans le cadre privé. Loin derrière, l'espace public est le lieu de survenue le plus fréquent.

Sur la base de la répartition par âge susmentionnée, il semble plausible que la plupart des OHCA se produisent au domicile. Une grande partie de la population passe plusieurs heures par jour chez elle. Cette durée augmente avec l'âge, ce qui est bien corrélé à la sortie de la vie active et aux restrictions de mobilité souvent croissantes.

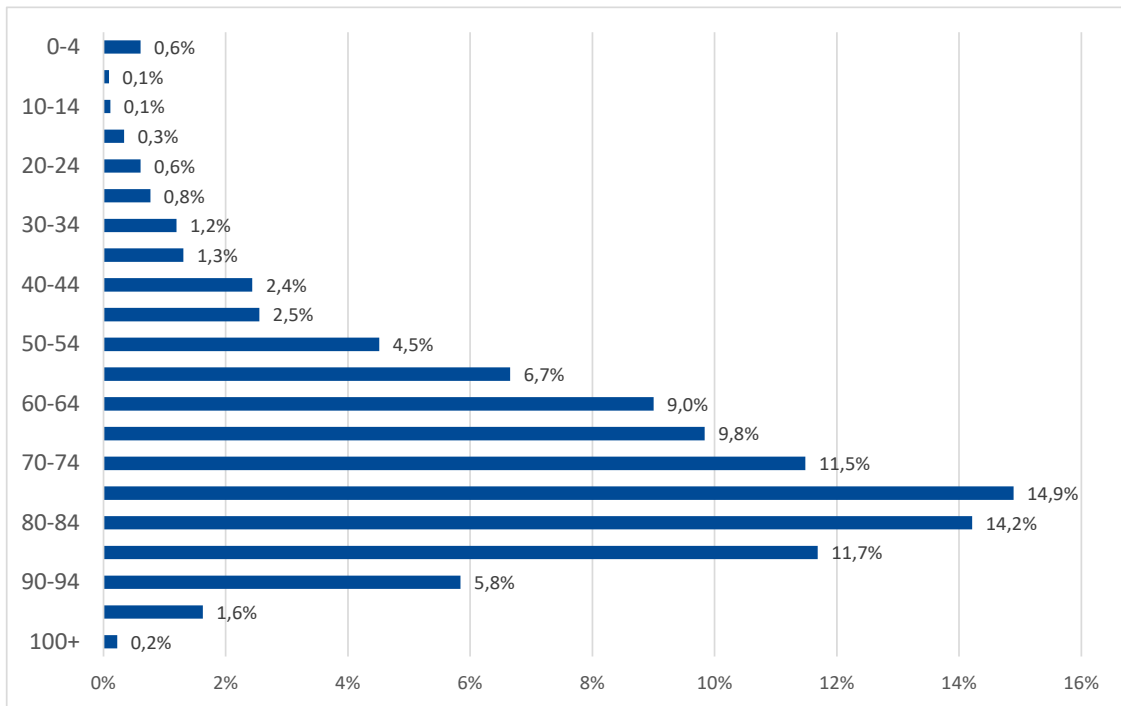


Illustration 7 : Répartition du lieu de survenue « domicile » par groupes d'âge

Les nourrissons et les petits enfants ne quittent pas leur environnement familial de manière autonome, ce qui peut également expliquer que le domicile soit le lieu de survenue le plus fréquent. S'il est vrai que les concepts de défibrillateurs accessibles au public devraient se concentrer davantage sur le « domicile » en tant que lieu de survenue de l'arrêt cardiaque, il est important que de telles approches tiennent également compte des autres lieux, qui sont certes moins importants en nombre, mais qui visent un public souvent plus jeune.

2.3 Causes supposées

Tout comme les lieux de survenue, les causes supposées sont également prédéfinies lors de la sélection dans le registre, conformément au consensus international.

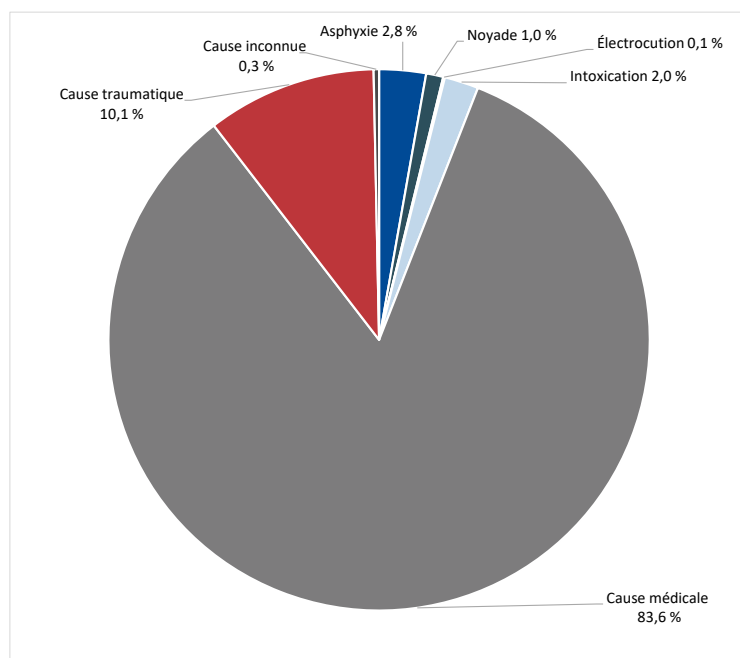


Illustration 8 : Les causes supposées ont peu changé depuis le dernier rapport. La cause médicale est, de loin, la raison la plus fréquente d'un OHCA.

Comme la plupart des OHCA surviennent chez des personnes d'un âge avancé, des causes médicales sont évitables. Chez les personnes concernées qui ont survécu à un arrêt cardiaque jusqu'à l'hôpital, les signes d'un infarctus du myocarde sont fréquents (voir stratégie de survie SRC F1). S'agissant de la cause de l'arrêt cardiaque, il existe également une nette différence entre les enfants et les jeunes adultes par rapport aux adultes d'âge moyen et aux personnes âgées.

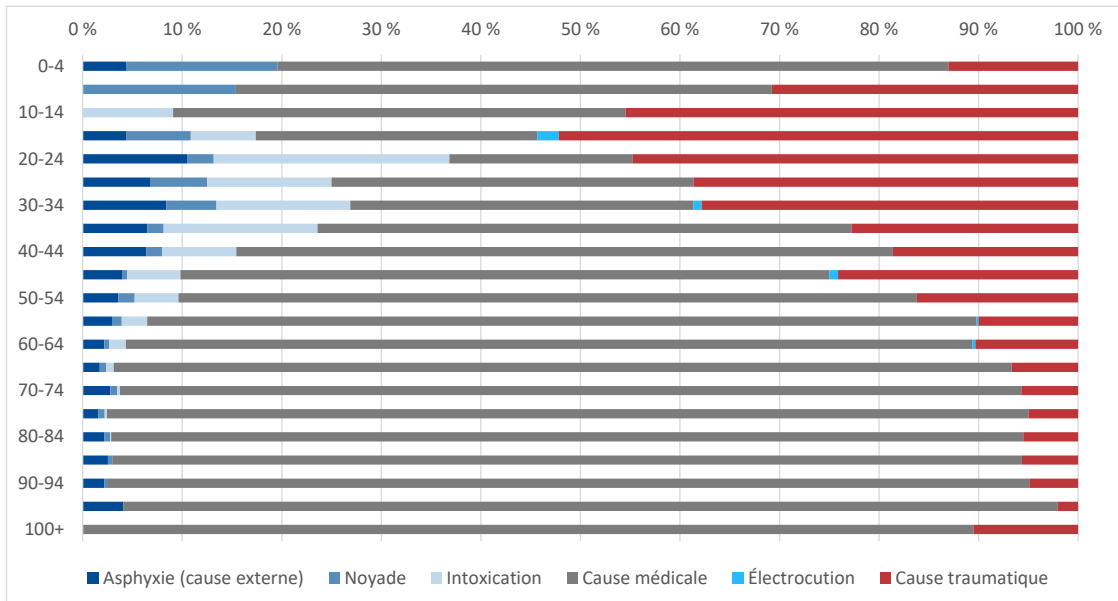


Illustration 9 : Répartition des causes supposées par groupes d'âge.

Chez les nourrissons, la cause supposée d'un OHCA est principalement médicale. Selon les données de l'Office fédéral de la statistique², les causes liées à la grossesse et à l'accouchement sont les plus fréquentes. Au cours des dix premières années de vie, la noyade est une cause fréquente qui, avec l'âge, est remplacée par l'intoxication (p. ex. drogues) et le traumatisme (p. ex. accident, suicide). À partir de 40-50 ans, la cause médicale est la principale raison d'un arrêt cardiaque, un pourcentage qui augmente avec l'âge jusqu'à devenir presque total à partir de 85 ans. Cela s'explique par l'augmentation de l'incidence de différentes pathologies liées à l'âge.

2.4 Premiers secouristes

Les premiers secouristes (appelés « bystanders » dans le consensus international) sont des personnes qui se trouvent par hasard sur le lieu de survenue d'un OHCA. Le facteur décisif est que ces personnes n'ont pas été activées de manière ciblée. Cela signifie qu'elles ont soit directement observé l'arrêt cardiaque, soit qu'elles sont arrivées plus tard, mais dans les deux cas par hasard. En règle générale, il s'agit de non-professionnelles médicales et de non-professionnels médicaux.

Dans le chapitre sur les données SWISSRECA en rapport avec la Stratégie nationale de survie du SRC, on mesure la proportion de premiers secouristes qui, en cas d'arrêt cardiaque observé, commencent des mesures BLS dans les 3 minutes suivant l'alerte.

Dans les cas où les premiers secouristes étaient sur place (2019-2021: 69 %, 2022: 70 %), des mesures BLS (massage cardiaque et ventilation ou massage cardiaque uniquement) ont été pratiquées un peu plus d'une fois sur deux (54 % en 2019-2021, 54 % en 2022).

² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces/infantile-mortinaissances.assetdetail.24525181.html>

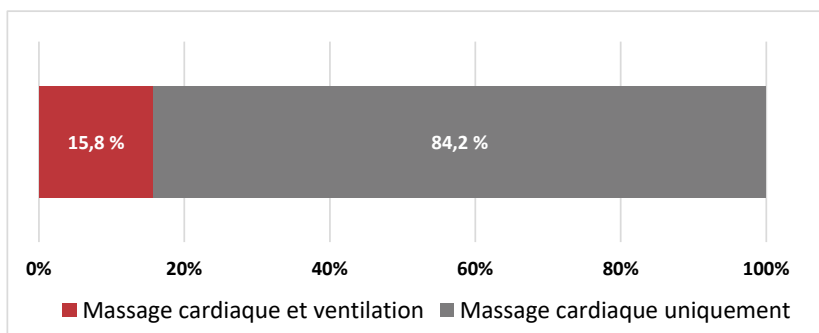


Illustration 10 : Dans la plupart des cas (84,2 %), les premiers secouristes n'ont pratiqué qu'un massage cardiaque, sans ventilation.

Pour maximiser les chances de survie des personnes concernées, il est essentiel que la chaîne de survie fonctionne bien. Les premières personnes pouvant avoir une influence importante sur cette survie sont les bystanders. Cela a été confirmé par différentes études, notamment une grande étude³ qui a démontré que des mesures BLS-AED introduites par des bystanders offrent des chances de survie plus élevées à la campagne que dans les zones urbaines. La réanimation pratiquée par des premiers secouristes augmente non seulement la probabilité de survie, mais aussi la récupération de bonnes capacités neurologiques, ce qui est essentiel pour parler d'un bon résultat.⁴

2.5 Premiers soins organisés

Selon la définition de l'IAS, un First Responder est une « personne formée en BLS-AED que la centrale d'appels sanitaires urgents 144 peut appeler pour des interventions en cas d'arrêt cardiaque ». Le but des First Responder est de raccourcir l'intervalle thérapeutique (jusqu'à l'arrivée du service de sauvetage) dans le cas où une prise en charge thérapeutique spontanée n'a pas lieu ou n'est pas suffisante. L'ancrage local permet aux First Responder d'être très rapidement sur place⁵. L'organisation et l'alerte des First Responder sont très hétérogènes dans toute la Suisse. Une enquête menée par l'IAS en 2023, à laquelle 54 organisations FR ont participé, a révélé que la plupart des concepts de First Responder sont organisés et réglementés au niveau régional. Ils sont suivis de près par une réglementation cantonale sur mandat du canton ou de différentes organisations et communes.

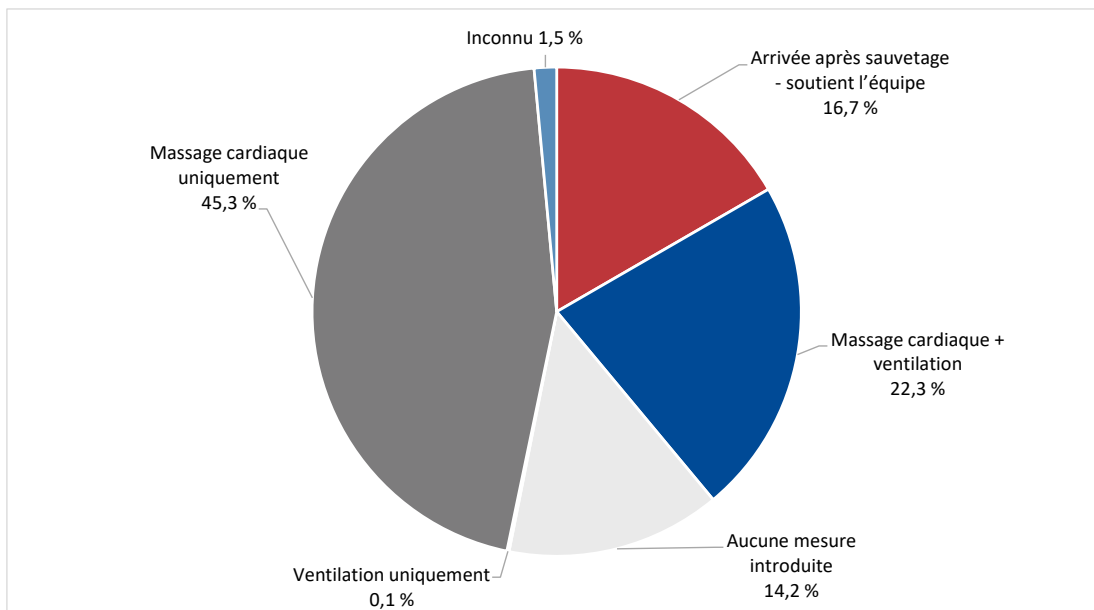
Près d'une unité FR sur quatre est sollicitée exclusivement pour des arrêts cardiaques. Les autres organisations FR ayant répondu prennent également en charge des interventions avec d'autres mots-clés d'urgence, comme douleur à la poitrine, détresse respiratoire et électrocution. L'éventail des interventions dépend de la formation suivie par les FR, et de la manière dont les unités collaborent avec les autorités, les services de sauvetage et les centrales d'appels sanitaires urgents 144, et dont elles sont intégrées dans leur tactique de prise en charge médicale.

SWISSRECA enregistre si des First Responder étaient présents sur le lieu d'intervention et à quelle heure, ainsi que les mesures qu'ils ont prises. Le registre ne recense donc pas les différences organisationnelles ou structurelles entre les organisations FR impliquées, mais la prise en charge et le cadre temporel des procédures.

3 Grubic et al. Bystander-initiated cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillator use after out-of-hospital cardiac arrest: Uncovering disparities in care and survival across the urban-rural spectrum; RESUSCITATION 175 (2022) 150 - 158

4 Cournoyer et al. Clinical outcomes following out-of-hospital cardiac arrest: The minute-by-minute impact of bystander cardiopulmonary resuscitation; RESUSCITATION 185 (2023)

5 Caputo et al. Lay persons alerted by mobile application system initiate earlier cardio-pulmonary resuscitation: A comparison with SMS-based system notification; RESUSCITATION 114 (2017) 73-78



2022: First Responder sur place
31%



Illustration 11 : En 2022, des First Responder étaient sur place dans 30,6 % des OHCA (2095 cas). Deux fois sur trois, ils ont pratiqué des mesures immédiates pour sauver la vie (massage cardiaque avec ou sans ventilation). Dans environ une intervention sur six, ils étaient sur place après le service de sauvetage et, dans la même proportion, ils n'ont introduit aucune mesure, même lorsqu'ils étaient les premiers sur place.

Comme on peut le constater clairement, les First Responder interviennent désormais dans près d'un OHCA sur trois (2095 cas sur 6854). En règle générale, ils sont sur place avant le service de sauvetage et prennent des mesures importantes, ce qui correspond fondamentalement à l'idée d'un tel concept. Dans une petite partie des interventions, on renonce à prendre des mesures. Soit parce que la patiente concernée ou le patient concerné a exprimé clairement le souhait que l'on renonce à la réanimation, soit en présence de blessures incompatibles avec la vie. Parfois, les First Responder et le service de sauvetage arrivent en même temps. Toutefois, dans près d'un cas sur six, ils participent également à la réanimation lorsqu'ils arrivent sur les lieux après le service de sauvetage. Dans ce cas, ils assistent le personnel spécialisé – des mains supplémentaires qui sont souvent très appréciées.

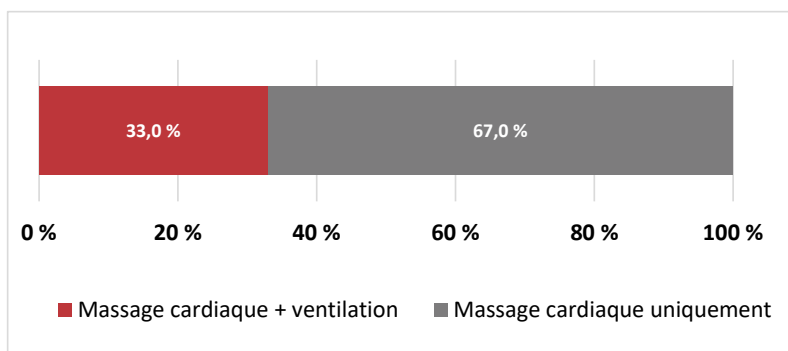


Illustration 12 : Dans deux tiers des interventions FR, la RCP a été pratiquée « à mains nues », c'est-à-dire sans ventilation.

Le graphique montre que dans la plupart des cas, les First Responder ne pratiquent qu'un massage cardiaque sans ventilation. Ceci est contraire aux recommandations du Swiss Resuscitation Council pour les personnes formées en BLS-AED et fera l'objet d'une analyse dans le futur.

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'organisation des unités FR n'est pas uniforme dans toute la Suisse. Il en va donc de même pour le mode d'alerte. L'enquête de l'IAS a montré que la plupart des organisations FR participantes sont alertées par SMS, par des services de messagerie (p. ex. WhatsApp), par pager ou par téléphone (ou

bien une combinaison de ces moyens). Un peu moins de la moitié des participantes et participants utilisent une application. Les alertes par application coûtent généralement plus cher que les autres solutions, mais peuvent présenter un avantage en termes de temps.

Dans certaines régions, les concepts FR sont mis au point par le biais d'organisations à feu bleu existantes telles que les pompiers, la police ou les gardes-frontières. Le recours à des unités équipées d'un signal prioritaire et expérimentées en matière d'intervention peut réduire considérablement le délai d'intervention et apporter ainsi un avantage décisif aux personnes concernées, comme l'a clairement démontré une étude⁶ réalisée à Zurich.

D'une manière ou d'une autre, les First Responder constituent un maillon important de la chaîne de survie. Dans de nombreux cas, il s'agit de particuliers qui sont prêts à consacrer leur temps libre à aider des personnes dont la vie est gravement menacée. Ils méritent d'être remerciés pour cela. Les acteurs du système sont invités à prendre soin de ces auxiliaires, à leur donner une formation initiale et une formation continue suffisantes, et à les protéger contre les risques et la charge mentale⁷.

2.6 Répartition des moyens d'intervention

Selon le lieu, l'accessibilité ou la distance du moyen de sauvetage le plus proche, on appelle un service de sauvetage terrestre ou aérien (hélicoptère de sauvetage). Dans certaines situations, il est également judicieux de combiner les deux types de service de sauvetage.

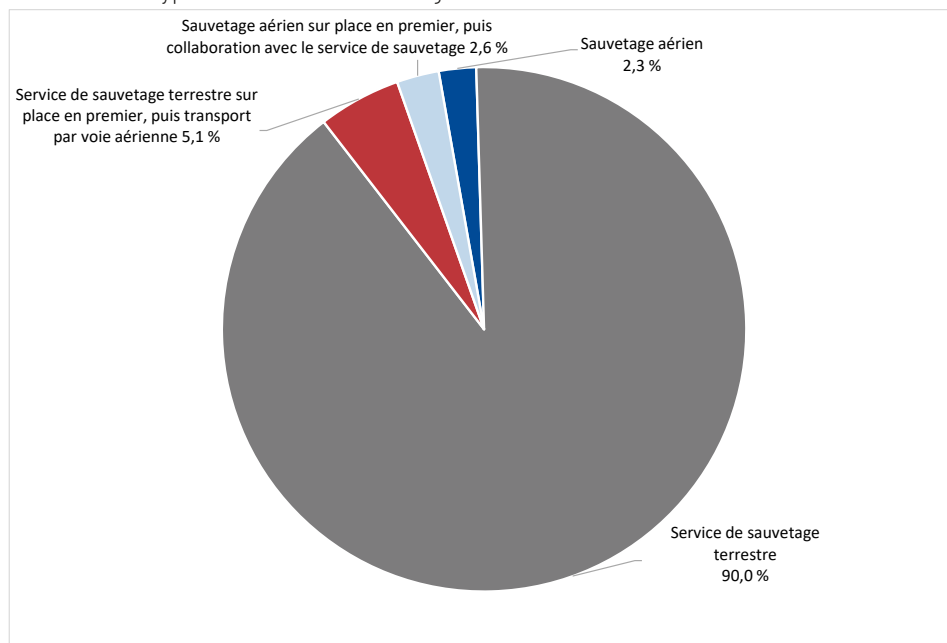


Illustration 13 : La plupart des personnes touchées par un OHCA sont rejointes, traitées et, le cas échéant, transportées à l'hôpital par des moyens terrestres. Il n'y a pas de changement majeur ici au regard du dernier rapport.

En principe, les zones urbaines et rurales, tout comme les agglomérations, sont couvertes par des moyens de sauvetage terrestres. Comme les centrales d'appels sanitaires urgents 144 assurent la coordination selon le principe next-best⁸, le sauvetage aérien peut parfois arriver sur place plus rapidement qu'une ambulance de sauvetage par la route. Ceci est souvent le cas dans les zones difficiles d'accès ou montagneuses. Il s'agit alors d'OHCA pour lesquels seul le sauvetage aérien était sur place (2,3 %). Dans les autres cas où les deux moyens sont combinés, le sauvetage aérien est utilisé comme moyen d'acheminement du médecin d'urgence et/ou comme moyen de transport rapide vers un hôpital.

6 Stein et al. Impact of city police layperson education and equipment with automatic external defibrillators on patient outcome after out of hospital cardiac arrest; RESUSCITATION 118 (2017) 27-34

7 Semeraro et al. Proposal to increase safety of first responders dispatched to cardiac arrest; Letter to the editor RESUSCITATION PLUS 14 (2023)

8 Next-best décrit un principe selon lequel les centrales d'appels sanitaires urgents engagent les moyens de sauvetage qualifiés les plus rapides lors d'interventions P1 afin de réduire le délai d'intervention. Voir aussi : <https://www.144.ch/fr/next-best/>

2.7 Mesures prises par le service de sauvetage

Il s'agit ici de montrer ce que le service de sauvetage a entrepris lors de l'OHCA. Lorsque la volonté de renoncer explicitement à la réanimation (statut de la réanimation = non) est connue, cela peut être indiqué dans le registre. Dans certains cas, le service de sauvetage doit d'abord s'orienter sur place, peut-être reprendre à son compte les mesures prises par les premiers secouristes, pour ne constater qu'avec retard que des signes de mort certaine sont visibles ou que les chances de survie sont quasi-nulles. Ceci est enregistré avec le libellé « BLS < 5 minutes uniquement, puis décédé-e ».

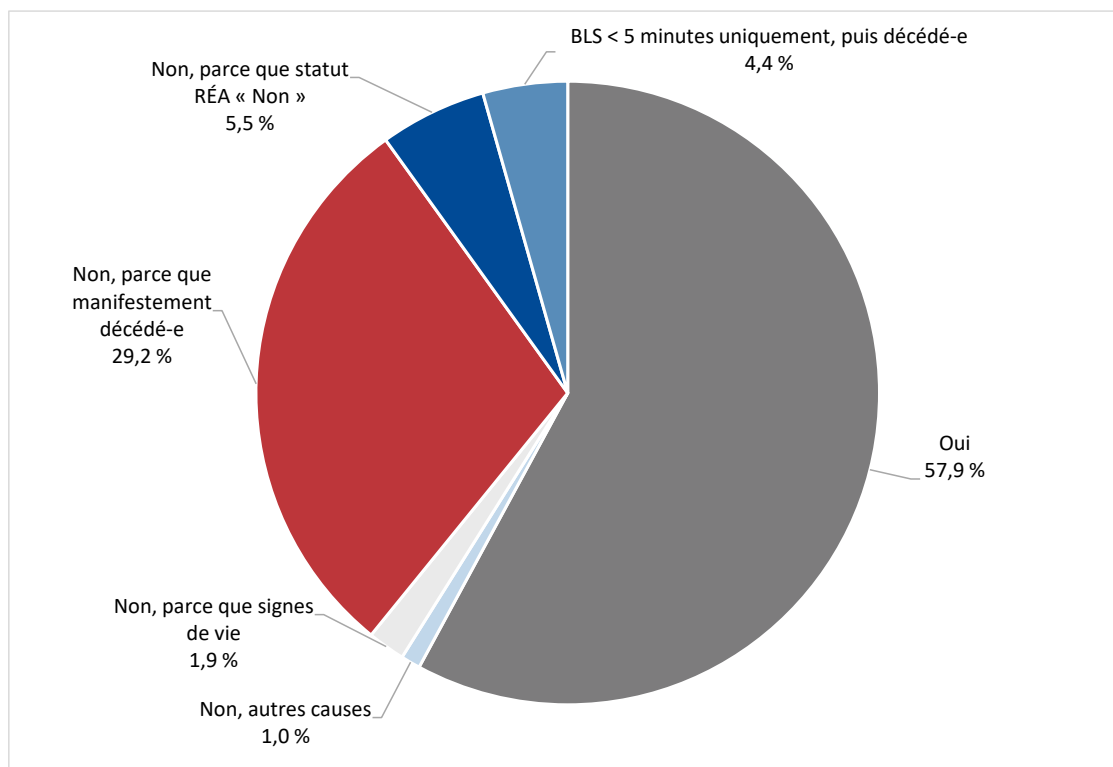


Illustration 14 : Une réanimation a-t-elle été effectuée par le service de sauvetage ? La réanimation a été entièrement réalisée dans près de 58 % des cas. Près de 29 % des personnes concernées étaient déjà manifestement décédées et seulement 1,9 % montraient déjà à nouveau des signes de vie à l'arrivée des services de sauvetage professionnels.

Ici aussi, il y a peu de changement au regard du dernier rapport. La proportion de personnes concernées montrant déjà à nouveau des signes de vie à l'arrivée du service de sauvetage a diminué. La proportion de personnes qui ont décidé de ne pas être réanimées a également peu évolué. Dans beaucoup (trop) de cas, les dernières volontés ne sont pas connues. Cela peut être dû au fait qu'au moment de l'arrêt cardiaque, aucune des personnes présentes n'a été informée du statut de la réanimation. Même chez les personnes concernées d'un âge avancé, ceci est malheureusement également fréquent dans le cercle familial le plus proche. À ce sujet, nous souhaitons attirer l'attention sur la [page d'information sur les directives anticipées de la FMH](#) (Fédération des médecins suisses).

Dans un peu moins d'un tiers des cas (29,2 %), aucune mesure n'est prise par le service de sauvetage, car la personne est manifestement décédée. On peut donc se demander pourquoi le service de sauvetage et, le cas échéant, les First Responder ont été appelés. En fait, lors de l'entretien téléphonique, les centrales d'appels sanitaires urgents 144 ont beaucoup de mal à se faire une idée précise de la situation sur place et de l'état de la personne concernée. Il arrive que les appelantes et appelants ne soient pas elles-mêmes/eux-mêmes sur place ou qu'elles/ils n'osent pas entrer en contact avec la personne supposée avoir besoin d'aide. De même, l'opératrice ou l'opérateur ne peut pas priver les personnes concernées des premiers secours tant que la mort certaine n'a pas été constatée de manière indubitable et professionnelle. C'est pourquoi la chaîne de survie est systématiquement activée, même s'il s'avère ensuite que l'aide médicale arrive quelques minutes, quelques heures, voire peut-être quelques jours trop tard. À l'inverse, il serait fatal qu'une personne ayant des chances de survie intactes ne soit pas traitée le plus rapidement possible sur la base de suppositions non confirmées.

2.8 Rythmes ECG initiaux

Le rythme cardiaque initial, c'est-à-dire celui qui est mesuré en premier, peut donner des indications sur le temps écoulé depuis la survenue de l'arrêt cardiaque et les chances d'y mettre fin avec succès. Selon la littérature, environ 60 % des OHCA se trouvent en phase de fibrillation ventriculaire ou en tachycardie ventriculaire sans pouls au moment du collapsus. Ces deux rythmes peuvent être combattus au moyen de la défibrillation (p. ex. à l'aide d'AED ou d'un défibrillateur utilisé par le service de sauvetage). Un rythme cardiaque défibrillable est corrélé à une probabilité de survie plus élevée que les rythmes non défibrillables mentionnés ci-dessous.

Plus l'arrêt cardiaque se prolonge, plus les chances de trouver un rythme défibrillable diminuent. Chaque arrêt cardiaque se termine par une asystolie, c'est-à-dire une ligne plate sur l'ECG.

Rythmes ECG initiaux

Défibrillables:	27,0 %
Non défibrillables:	70,5 %
Asystolie	45,6 %
AEP	24,3 %
AED: pas de choc	0,6 %
Aucune indication	2,5 %

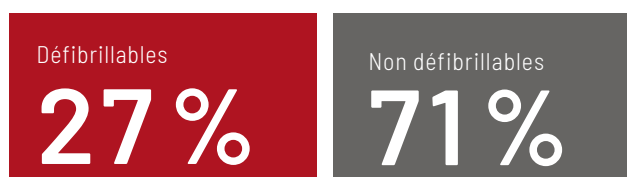


Illustration 15 : Plus des deux tiers (70,5 %) des rythmes cardiaques rencontrés par le service de sauvetage ne sont pas défibrillables. La plupart du temps, on observe une asystolie, suivie d'une activité électrique sans pouls (AEP). Quelques rares organisations participant à SWISSRECA interviennent pour réduire le délai d'intervention et sont équipées d'un AED au lieu d'un moniteur coûteux. Si l'AED ne délivre pas de choc dans de tels cas, cela a été enregistré ainsi. Les cas défibrillables comprennent également ceux pour lesquels un AED délivre le choc sans préciser le rythme défibrillable qui était présent. La bradycardie extrême, c'est-à-dire un rythme cardiaque si lent qu'il ne peut pas maintenir de circulation, compte parmi les « autres rythmes ». Les enfants présentant une fréquence cardiaque inférieure à 60 battements par minute malgré la ventilation et l'oxygénation font également partie de ce groupe.

Le fait que la majorité des rythmes cardiaques rencontrés ne puissent pas être défibrillés peut s'expliquer par le fait que les mesures de premiers secours ne sont pas introduites aussi souvent qu'elles pourraient l'être. La RCP pratiquée par les premiers secouristes permet de maintenir plus longtemps une fibrillation ventriculaire avant qu'elle ne dégénère en asystolie (ligne plate). Si la fibrillation ventriculaire initiale est déjà défibrillée par les premiers secouristes à l'aide d'un AED, les chances de survie augmentent considérablement⁹.

Les AED peuvent être mis à disposition des premiers secouristes par les centrales d'appels sanitaires urgents 144 ou au moyen de cartes publiques (p. ex. www.defikarte.ch). La disponibilité et le positionnement judicieux des défibrillateurs publics sont laissés à l'appréciation des différentes communes ou villes. Des modèles statistiques et mathématiques permettent aujourd'hui de calculer les besoins et de simuler le positionnement idéal des AED¹⁰.

9 Pollack et al. Impact of Bystander Automated External Defibrillator Use on Survival and Functional Outcomes in Shockable Observed Public Cardiac Arrests; CIRCULATION 137(20):2104-2113

10 Tierny et al. Novel relocation methods for automatic external defibrillator improve out-of-hospital cardiac arrest coverage under limited resources; RESUSCITATION 125 (2018) 83-89

2.9 Type de compression thoracique

Ces dernières années, les aides mécaniques de réanimation 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, afin de mieux garantir la sécurité du personnel et la qualité des compressions pendant le trajet. Mais ces appareils sont également utilisés dans des situations où une équipe ou un moyen de sauvetage doit réanimer pendant une longue période sans aucun autre soutien. Dans ce cas, une aide mécanique de réanimation peut prendre le relais d'un-e professionnel-le pour la compression, libérant ainsi des ressources pour d'autres activités importantes.

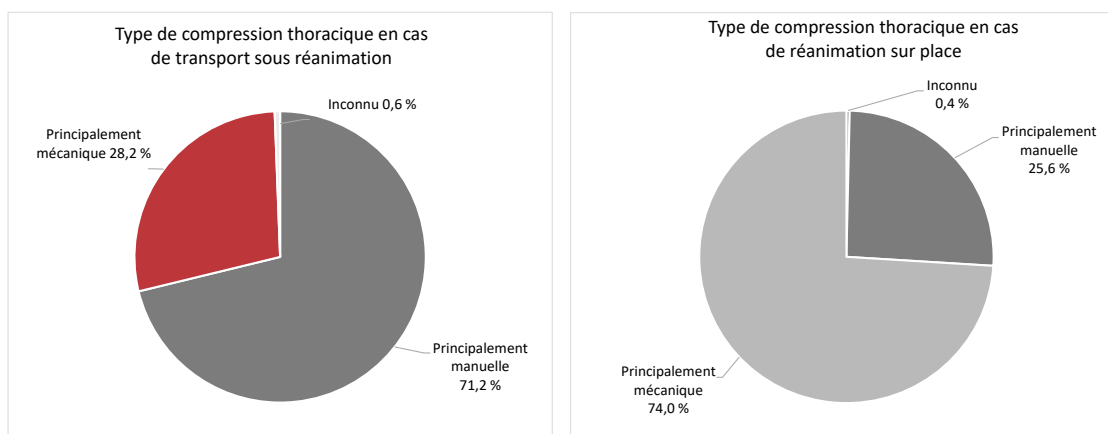


Illustration 16 : Les services de sauvetage pratiquent en grande majorité (71,2 %) la réanimation manuelle lorsqu'ils sont sur le lieu de survenue de l'OHCA. Lors du transport vers l'hôpital sous réanimation (terrestre ou par voie aérienne), près des trois quarts (74 %) utilisent principalement l'aide mécanique de réanimation. En chiffres absolus, 281 personnes ont été transportées vers un hôpital sous réanimation après un OHCA.

La répartition entre compressions thoraciques principalement mécaniques et manuelles chez les personnes concernées sur place a peu évolué au regard du dernier rapport. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des organisations qui souhaitent utiliser une aide mécanique de réanimation le font déjà depuis quelques années. Le terme « principalement » signifie que cette méthode a été utilisée de manière prépondérante au cours de cette réanimation. Cela n'exclut pas que l'autre méthode ait été appliquée à un moment donné de cette même réanimation. La compression manuelle sert de relais surtout lors de l'installation des aides mécaniques.

Erratum: Dans le rapport 2019-2021, il a été indiqué par erreur que 45 % des réanimations effectuées pendant un transport étaient principalement manuelles. Or, les données correctes pour 2019-2021 se situaient dans la fourchette indiquée dans le diagramme ci-dessus, c'est-à-dire autour de 25 %.

2.10 Gestion des voies respiratoires (si exécutée)

Ce que l'on appelle la gestion des voies respiratoires peut se faire de différentes manières. Les principaux types peuvent être saisis dans SWISSRECA, pour autant qu'ils aient été appliqués.

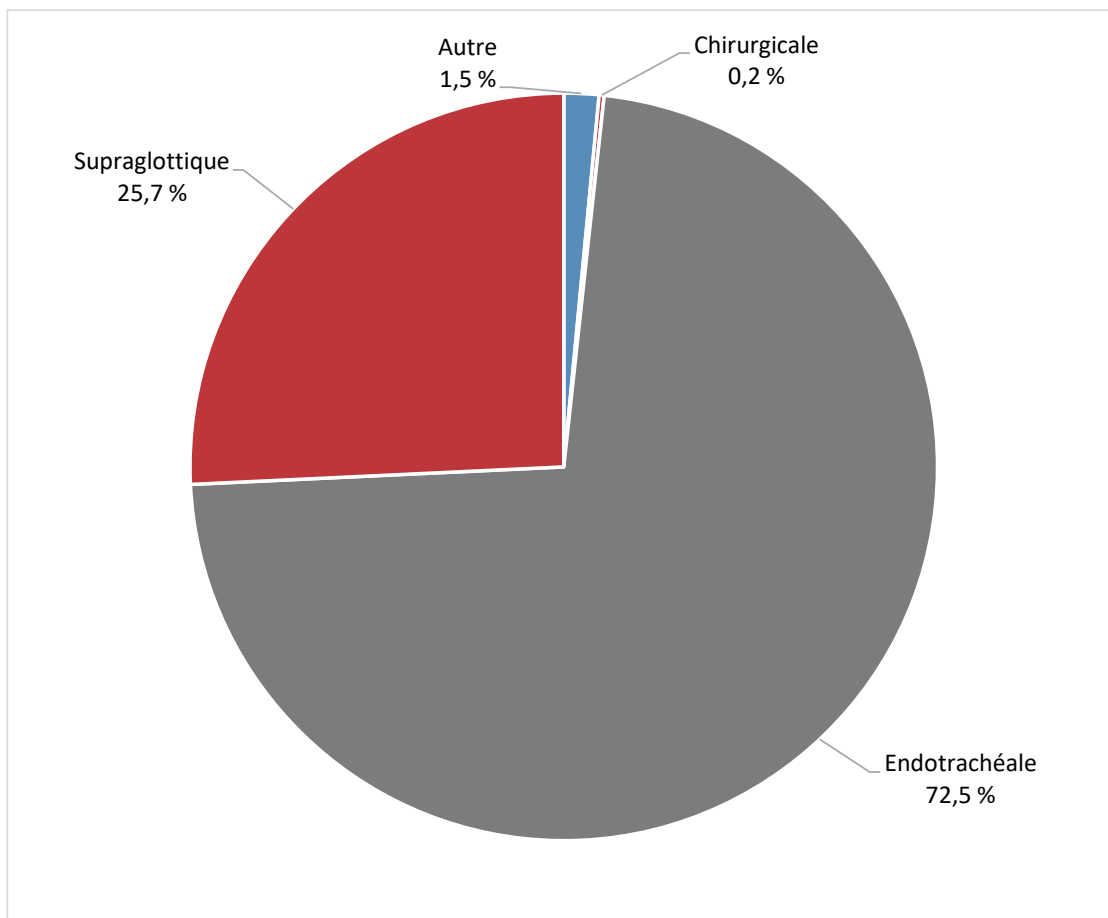


Illustration 17 : Une gestion des voies respiratoires a été assurée dans 71 % des réanimations. La méthode de loin la plus utilisée est l'intubation endotrachéale (72,5 %). Une assistance respiratoire supraglottique (p. ex. tube laryngé ou masque laryngé) a été utilisée dans environ un quart des cas (25,7 %). La voie respiratoire chirurgicale, c'est-à-dire l'accès manuel directement dans la trachée, a été très rarement indiquée (0,2 %).

L'intubation endotrachéale visant à sécuriser les voies respiratoires est également largement établie par rapport au dernier rapport (74,7 %). Selon l'organisation et la réglementation des compétences, une voie respiratoire supraglottique peut être mise en place, mais remplacée ultérieurement par une intubation endotrachéale. La mesure finale doit être enregistrée dans SWISSRECA. Une voie respiratoire chirurgicale est utilisée dans les rares cas où il n'y avait pas d'autre possibilité d'oxygénation (p. ex. en cas de voies respiratoires œdématisées ou fortement endommagées).

2.11 Résultats des réanimations préhospitalières

Parmi les chiffres assurément intéressants, on trouve les résultats des efforts de réanimation déployés sur le lieu de l'événement. L'objectif premier des services de sauvetage est de transporter les personnes dont la circulation a été rétablie (ROSC) vers un hôpital approprié tant qu'aucune raison spécifique ne s'oppose à la réanimation.

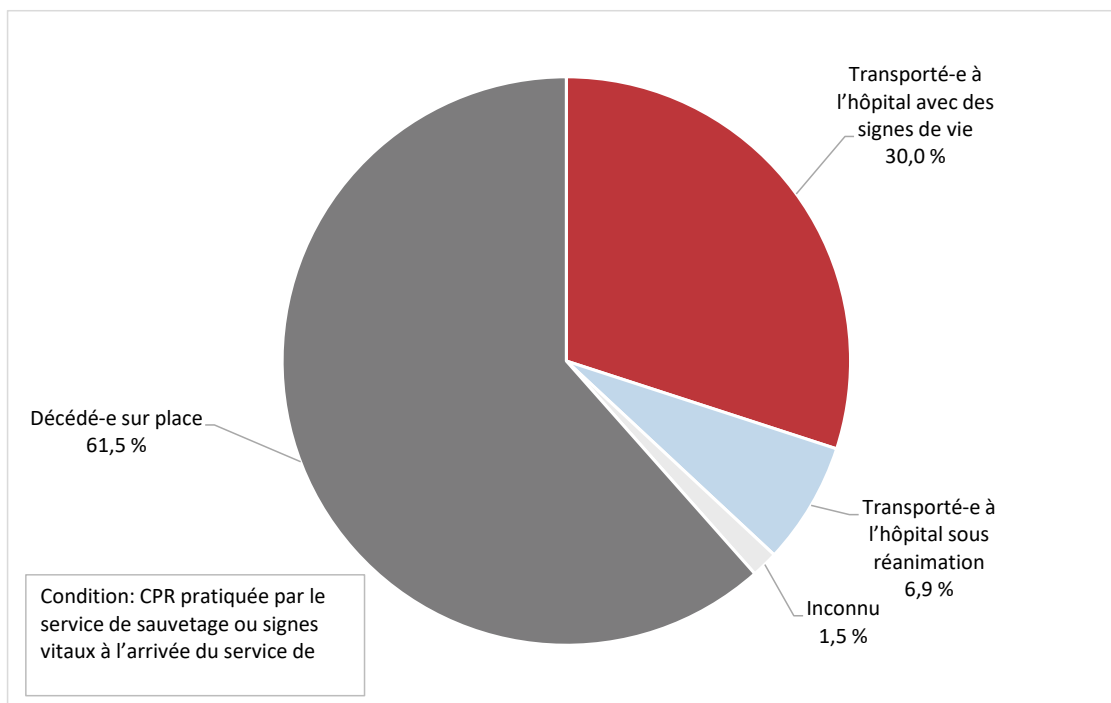


Illustration 18 : Près de trois personnes sur dix (30 %, comme en 2019-2021) qui ont été réanimées ont pu être admises à l'hôpital avec une activité circulatoire rétablie. Environ six sur dix (61,5 %, 2019-2021 : 60 %) sont décédées malgré les efforts déployés sur place. 6,9 % (2019-2021: 9 %) ont été transportées à l'hôpital sous réanimation.

La part des personnes ayant survécu – avec succès dans un premier temps – à un OHCA a peu évolué. Le graphique montre que la possibilité d'un ROSC est nécessairement corrélée aux mesures prises dans les premiers maillons de la chaîne de survie. Les délais d'intervention du service de sauvetage ne sont plus compressibles, si bien qu'il est capital que les premiers secouristes ou les First Responder réduisent l'intervalle thérapeutique. Le nombre de personnes transportées sous réanimation a légèrement diminué. Cela pourrait s'expliquer par le fait que, dans certaines organisations, l'indication de transport sous réanimation a été définie de manière plus restrictive. Pour qu'un tel transport soit prometteur, les processus de transport, de transfert à l'hôpital et de suivi sur place doivent être clarifiés et établis.

2.12 Données hospitalières sur l'OHCA

Pour pouvoir faire une déclaration concrète sur les résultats, et en particulier sur la survie après un arrêt cardiaque, il faut disposer d'informations provenant des hôpitaux participants. SWISSRECA fait ici la distinction entre hôpitaux spécialisés et hôpitaux non spécialisés. Les premiers sont notamment adaptés au traitement des personnes souffrant ou ayant souffert d'un OHCA, car ils proposent parfois une médecine dite hautement spécialisée¹¹ ou au moins un service de cardiologie invasive. Dans le registre, les « hôpitaux non spécialisés » sont tous les autres hôpitaux qui disposent d'un service des urgences mais qui ne répondent pas aux critères susmentionnés. Les personnes touchées par un OHCA y sont rarement transportées. Les raisons possibles d'un transport vers un hôpital non spécialisé sont une stabilisation temporaire en vue d'un transport ultérieur (terrestre ou par voie aérienne) ou le fait d'assurer la transition jusqu'à ce que l'hôpital spécialisé compétent soit prêt à accueillir la patiente ou le patient. Il se peut également que l'on constate après un ROSC que cette dernière ou ce dernier n'a pas souhaité de réanimation ou de mesures de prolongation de la vie. Dans ce cas, un hôpital non spécialisé proche peut assurer la suite du traitement ou éventuellement les soins dans la dignité jusqu'à la survenue du décès, ce qui permet de renoncer à une médecine hautement spécialisée.

Dans cette partie du rapport, nous présentons les données relatives aux personnes concernées qui sont sorties vivantes d'un hôpital après un OHCA. Afin de pouvoir établir une comparaison avec le dernier rapport, nous prenons à nouveau les **cantons dont les données sont complètes à plus de 80 % pour les informations concernant les sorties d'hôpital.**

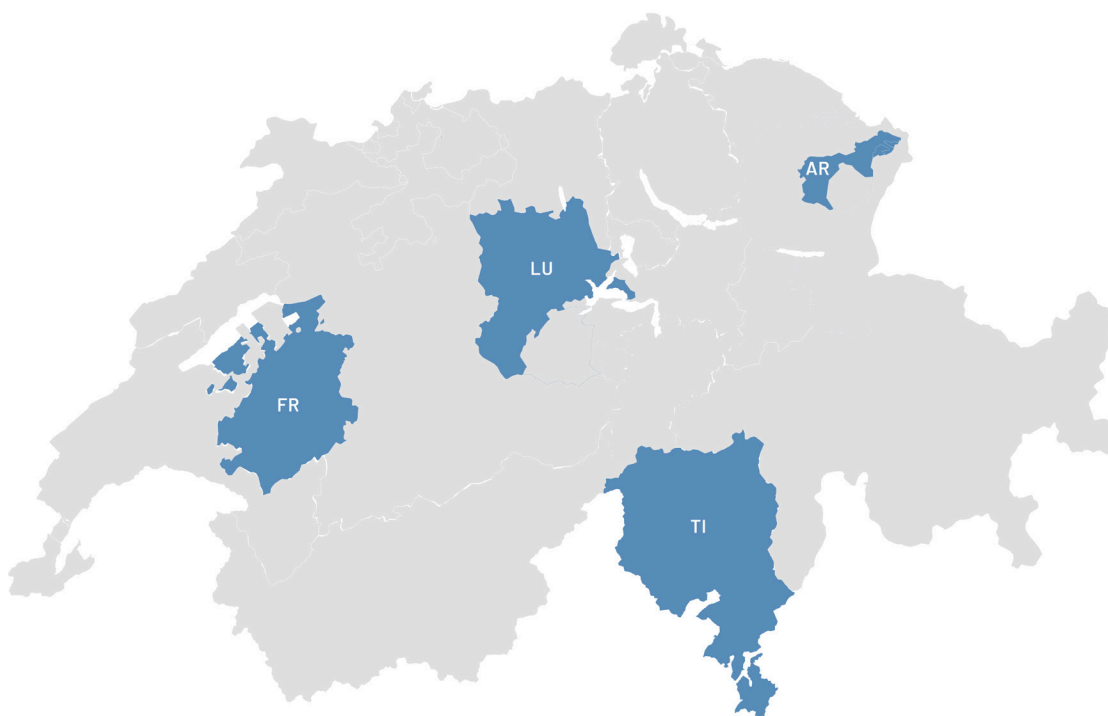


Illustration 19 : Les données sur les résultats des hôpitaux sont connues pour plus de 80 % des personnes touchées par un OHCA dans ces cantons. Les taux de survie mentionnés plus loin dans ce chapitre se réfèrent à ces données, qui nous aident à décrire le système de prise en charge d'un OHCA. Les données sur les résultats ne se réfèrent pas nécessairement aux hôpitaux présents dans ces cantons. Le canton d'Appenzel Rhodes-Extérieures, par exemple, ne compte aucun hôpital de médecine hautement spécialisée. Les personnes concernées sont généralement transportées à l'hôpital cantonal de Saint-Gall. Toutefois, des données sur les résultats (provenant principalement de l'hôpital cantonal de Saint-Gall) sont disponibles pour plus de 80 % des personnes ayant subi un OHCA dans le canton d'Appenzel Rhodes-Extérieures. Dans les autres cantons « bleus » se trouvent des hôpitaux régionaux hautement spécialisés, qui sont responsables des données sur les résultats. Inversement, cela signifie que moins de 80 % des données sur les résultats possibles ont été saisies dans le registre pour les OHCA dans les cantons « gris » et les hôpitaux hautement spécialisés qui en sont responsables au niveau régional. Dans le rapport annuel 2024, qui contiendra les données de l'année 2023, nous mettrons par ailleurs l'accent sur les différents hôpitaux.

¹¹ La médecine hautement spécialisée (MHS) concerne le domaine des interventions et des thérapies rares, complexes et coûteuses.
<https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee>

À la sortie de l'hôpital

13 %

Taux de survie sur l'ensemble
des événements

dont

90 %

avec un bon résultat neurologique (CPC 1+2)

	CPC 1	CPC 2	CPC 3	CPC 4
2022	65,3 %	25,0 %	9,7 %	0,0 %
2019-2021	74,0 %	21,4 %	4,6 %	0,0 %

Illustration 20 : La survie à un arrêt cardiaque dans les cantons avec des données de sortie d'hôpital complètes à plus de 80 % était en moyenne de 13 % (2019-2021 : 14 %). Et ce, indépendamment des circonstances de l'événement. 90 % (2019-2021 : 95 %) avaient de bons résultats neurologiques de CPC 1 ou CPC 2.

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

- L'arrêt cardiaque a été observé
- La cause présumée était médicale (p. ex. provoquée par un infarctus du myocarde)
- Les observatrices et observateurs de l'événement ont déjà commencé la réanimation
- Le premier rythme cardiaque détecté a pu être défibrillé

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

À la sortie de l'hôpital

29 %

Taux de survie dans le groupe Utstein

dont

84 %

avec un bon résultat neurologique (CPC 1+2)

	CPC 1	CPC 2	CPC 3	CPC 4
2022	48,0 %	36,0 %	16,0 %	0,0 %
2019-2021	73,7 %	21,2 %	3,8 %	1,3 %

Illustration 21 : La survie à un arrêt cardiaque dans les cantons avec des données de sortie d'hôpital complètes à plus de 80 % et appartenant au groupe dit « Utstein » était en moyenne de 29 % (2019-2021 : 34 %). 84 % (2019-2021 : 95 %) avaient de bons résultats neurologiques de CPC 1 ou CPC 2.

CPC 1

Bonne performance globale

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

CPC 2

Handicap neurologique modérée

Conscient. Fonctions cérébrales suffisantes pour assurer un travail à temps partiel dans un environnement protégé et l'autonomie dans les activités quotidiennes. Peut-être hémiplegie 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 ni communication verbale ou psychologique avec son environnement.

Illustration 22 : Explication de l'échelle Cerebral Performance Categories (CPC)

Au regard du rapport 2019-2021, le taux de survie général (14 % vs. 13 %) et celui du groupe Utstein (34 % vs. 29 %) ont diminué. Bien que des variations soient toujours possibles compte tenu de la nature multifactorielle de l'arrêt cardiaque et de multiples variables dans la prise en charge thérapeutique, et qu'elles devraient donc être analysées comme une tendance sur plusieurs années, la baisse de 7 % dans le groupe Utstein est frappante. Cela peut s'expliquer par le fait que, dans le présent rapport, les données portant sur une année (2022) ont permis d'inclure nettement moins de cas dans l'évaluation que dans le cas d'une évaluation sur trois ans (2019-2021). Mais la raison est également que moins de cantons ont dépassé la barre des 80 % de données sur les résultats des hôpitaux que nous avons fixée. Avec un faible nombre de cas, un jeu de données individuel a plus de poids qu'avec un grand nombre de cas. Les quelques personnes du groupe Utstein qui auraient survécu avec une CPC 1 ou 2 font pencher la balance. Mais ceci est également vrai dans l'autre sens, c'est-à-dire la survie avec un mauvais résultat neurologique avec une CPC 3 ou 4. Il n'est pas encore possible d'expliquer clairement les chiffres inférieurs concernant la survie et la CPC. Les fluctuations statistiques doivent être prises en compte, tout comme les évolutions systématiques. Des tentatives d'explication de ce type doivent être faites dans le prochain rapport.

Afin d'obtenir des données sur les résultats exploitables pour le rapport, certaines règles doivent être respectées, conformément aux directives de swissethics, pour réaliser des études médicales. Il faut notamment obtenir le consentement explicite de chaque personne concernée par un OHCA qui entre dans un hôpital et en sort vivante pour participer à l'étude. Il se peut qu'une personne concernée (ou sa représentante légale ou son représentant légal) refuse explicitement d'y participer, ou bien qu'on ne lui demande pas du tout. Dans les deux cas, les spécialistes responsables de SWISSRECA à l'hôpital ne peuvent pas saisir de données sur les résultats dans le registre. Il est donc possible qu'un hôpital comptant un grand nombre de survivantes et survivants d'un OHCA ne puisse saisir que peu de données. D'une manière ou d'une autre, cela peut fausser l'évaluation. Les méthodes de présentation des données régionales sur les résultats seront révisées pour la prochaine édition du rapport annuel de SWISSRECA.

On peut toutefois encore affirmer fondamentalement qu'une grande partie des personnes survivant à un OHCA en Suisse présentent un résultat neurologique bon à très bon.

Un aperçu des futurs rapports montre que depuis le milieu de l'année 2022, plusieurs grands hôpitaux participent désormais à la saisie des données dans SWISSRECA. Il s'agit notamment de l'Hôpital du Valais et de l'Hôpital cantonal de Winterthour. L'hôpital municipal Triemli de Zurich a accepté de participer et devrait pouvoir commencer vers la fin 2023. Des discussions sont en cours avec d'autres grands hôpitaux et on peut donc raisonnablement supposer que l'étendue et la qualité des données relatives à la survie après un arrêt cardiaque extrahospitalier ne cesseront de s'améliorer.

2.13 UB-ROSC score

Le terme « Utstein based return of spontaneous circulation score » – abrégé score UB-ROSC – est comparative-ment récent et doit être expliqué..

- Le « **Utstein based (UB) Score** » est un instrument qui se base sur des critères du consensus international d'Utstein. Celui-ci décrit comment les caractéristiques de l'OHCA doivent être saisies afin de pouvoir être comparées au niveau international.
- Le « **return of spontaneous circulation (ROSC)** » est le retour d'une circulation spontanée après un arrêt cardiaque. L'obtention d'un ROSC est le premier objectif à atteindre au début d'une réanimation. Lors d'une réanimation, il peut y avoir un ROSC sur place, qui se termine plus tard par un arrêt cardiaque et éventuellement la mort. Dans le cas présent, on entend par là que le ROSC se poursuit jusqu'à l'arrivée à l'hôpital.

Le score UB-ROSC détermine, à l'aide de paramètres définis, la probabilité d'un ROSC persistant jusqu'à l'hôpital.

Les caractéristiques de l'OHCA utilisées pour calculer le score sont les suivantes:

- Âge de la personne concernée
- Cause supposée
- Lieu de survenue
- Événement observé
- RCP effectuée par les premiers secouristes
- Laps de temps jusqu'à l'arrivée du service de sauvetage
- Possibilité de défibriller le premier rythme cardiaque

Comme indiqué plus haut dans le rapport, ces caractéristiques ont une influence sur la survie à un OHCA. En 2019, ce score a été construit et validé sur la base de près de 2000 entrées de registre d'OHCA. Il a été traité de manière à pouvoir déterminer, sur la base des caractéristiques, le pourcentage de probabilité d'un ROSC jusqu'à l'hôpital. Une publication scientifique a été élaborée à ce sujet¹².

En 2021, le score a été revalidé avec 5500 entrées de SWISSRECA. Une nouvelle publication à ce sujet suivra dans le courant de l'année 2023. À l'heure actuelle, on peut déjà affirmer que le score continue de fournir des résultats fiables. Dans SWISSRECA, le score en pourcentage est calculé et affiché individuellement pour chaque cas enregistré. Chaque service de sauvetage peut donc voir quelle a été la chance théorique d'un ROSC jusqu'à l'hôpital.

Le score UB-ROSC peut être utilisé de deux manières : rétrospective ou prospective.

- De manière rétrospective : l'équipe qui est intervenue ou la gestion de la qualité du service de sauvetage peut consulter le score dans le registre et le mettre en relation avec le résultat réel. Si le résultat est négatif alors que le score est élevé, ou bien inversement, il est possible d'en déduire des questions à poser au système de soins. Le score UB-ROSC peut donc être utilisé comme paramètre de gestion de la qualité après l'intervention.
- De manière prospective : le score peut être utilisé sur le lieu d'intervention et donner une vision objective de la probabilité d'un ROSC persistant. Il peut être utilisé, parmi d'autres facteurs, comme une aide à la décision basée sur des faits et aider le service de sauvetage à poursuivre ou à stopper les efforts de réanimation.

¹² Enrico Baldi et al. (2020). An Utstein-based model score to predict survival to hospital admission: The UB-ROSC score. International Journal of Cardiology, 308, 84-89

Les possibilités de calculer le score UB-ROSC en dehors de SWISSRECA, p. ex. pour l'utiliser de manière prospective, sont les suivantes:



Illustration 23 : Code QR sur:

Illustration 24 : App UB-ROSC dans l'Apple Store

<http://www.sanmatteo.org/site/home/ub-rosc-score.html>

Ces deux outils de calcul n'ont aucun lien commercial avec SWISSRECA, l'IAS ou le SRC.

Le score permet, toujours dans le domaine de la gestion de la qualité ou de la mesure de l'efficacité, d'établir des comparaisons avec d'autres organisations :

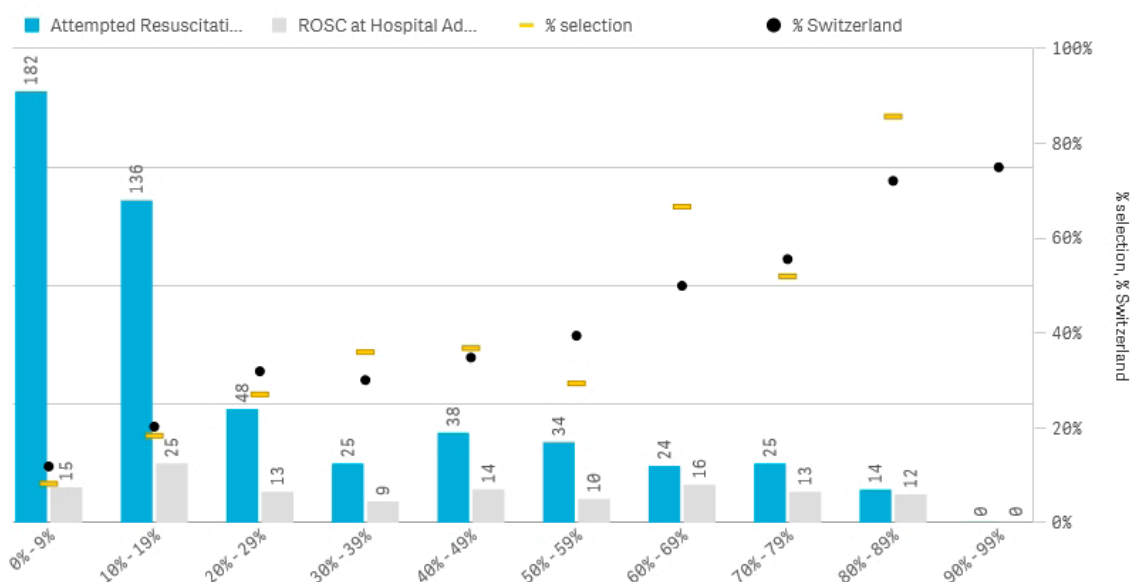


Illustration 25 : Ce diagramme illustre le rapport entre le rétablissement effectif d'une circulation et l'hospitalisation qui en découle (ROSC jusqu'à l'hôpital) et les chances calculées de ce ROSC jusqu'à l'hôpital. Sur l'axe x figurent les chances calculées d'un ROSC jusqu'à l'hôpital, par tranches de 10 %. L'axe y montre les ROSC atteints jusqu'à l'hôpital. Les points noirs représentent le résultat respectif à l'échelle nationale dans ce groupe de 10 %. Les barres jaunes représentent le résultat d'un(e) ou de plusieurs organisations ou cantons sélectionnés (ici une sélection aléatoire). Les barres bleues représentent les personnes réanimées, les barres grises celles qui sont arrivées à l'hôpital avec un ROSC.

Exemple explicatif : dans le groupe affichant un score UB-ROSC calculé de 60-69 % (c.-à-d. avec une chance calculée de 60-69 % d'arriver à l'hôpital avec un ROSC), 50 % (barre jaune) des organisations choisies ici au hasard ont rallié un hôpital avec un ROSC. Ce chiffre était d'environ 53 % (point noir) pour toute la Suisse. Ensemble, ces organisations sont donc légèrement en dessous du résultat suisse.

Étant donné que le score UB-ROSC est « alimenté » par des paramètres issus de presque toute la chaîne de survie et qu'il est de ce fait complexe, l'interprétation et la signification des résultats dans le graphique ne sont pas non plus évidentes. L'IAS propose aux organisations ou aux cantons intéressés, d'une part, d'établir le diagramme et, d'autre part, de les aider à l'interpréter et en déduire des mesures.

3. DONNÉES SWISSRECA EN RAPPORT AVEC LA STRATÉGIE NATIONALE 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 oeuvre.

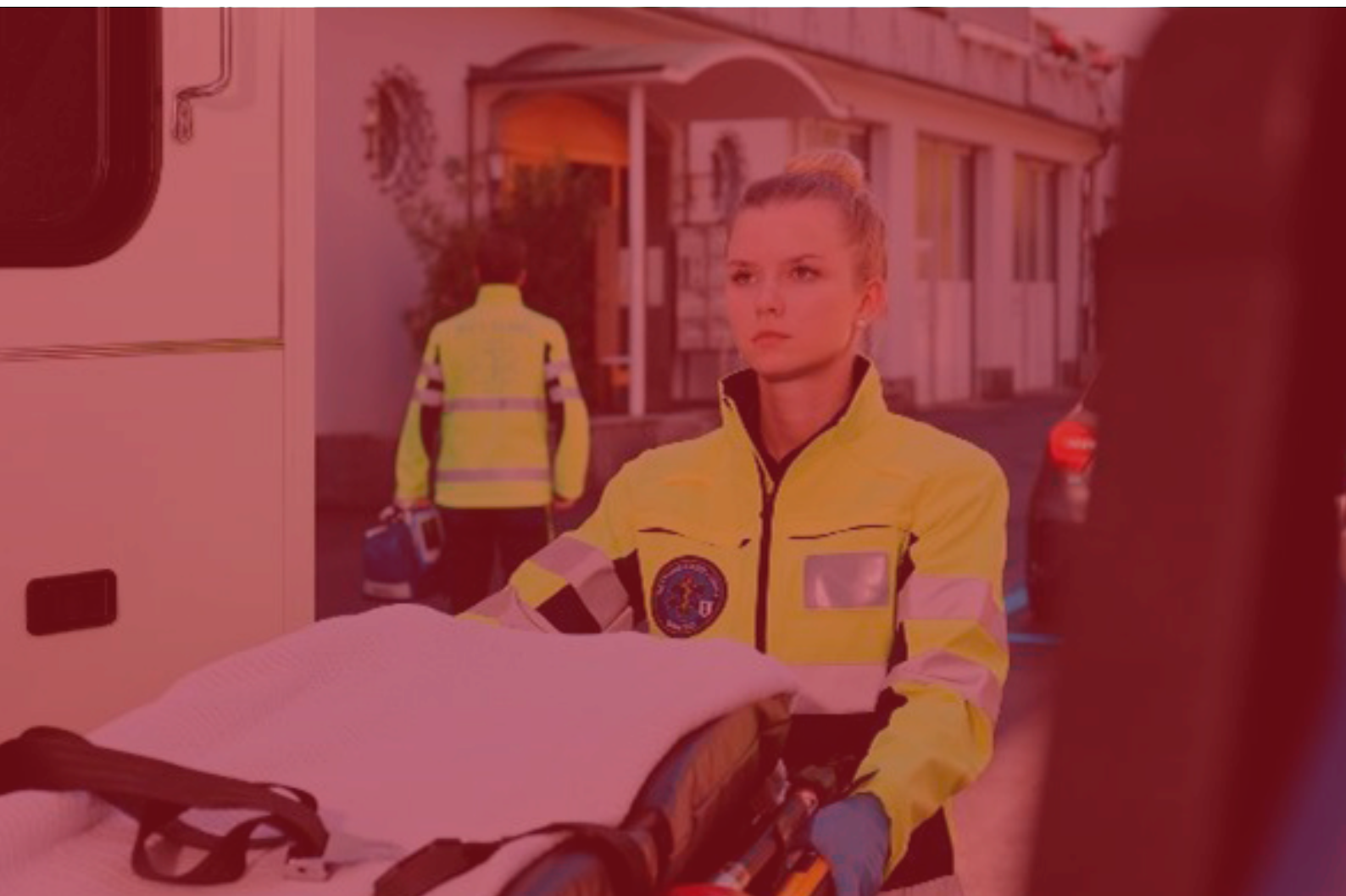
La stratégie est un instrument à la fois scientifique et pratique qui vise à orienter d'une manière appropriée les activités des différents acteurs participant à la mise en oeuvre et à obtenir ainsi le meilleur résultat possible.

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 oeuvre 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).

 **Stratégie nationale de survie relative aux arrêts circulatoires (Edition 2019)**

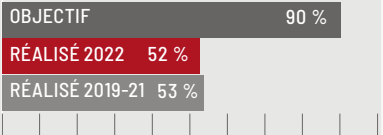


B. Identification

Objectifs stratégiques	Degré de réalisation	Évaluation
B2) Les observateurs d'un arrêt circulaire donnent immédiatement l'alerte via le numéro d'urgence 144.	· 90% réception appel d'urgence < 3 minutes	
		OBJECTIF 90 %
		RÉALISÉ 2022 55 %
		RÉALISÉ 2019-21 52 %

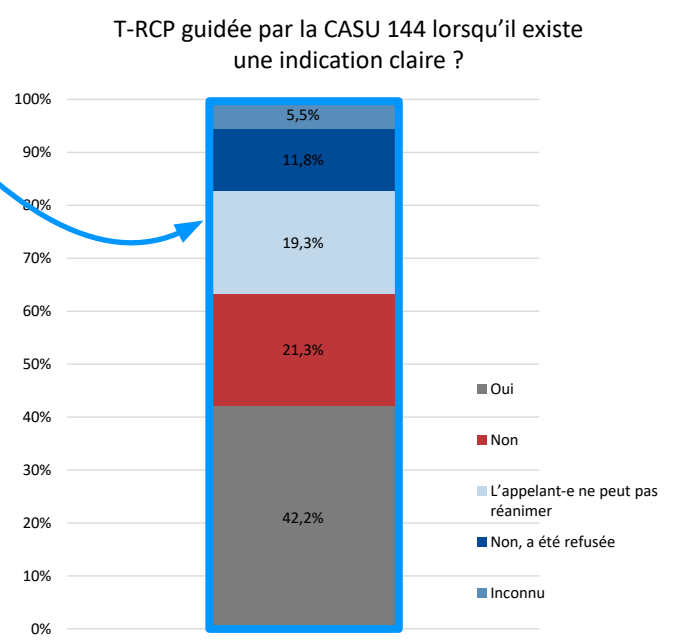
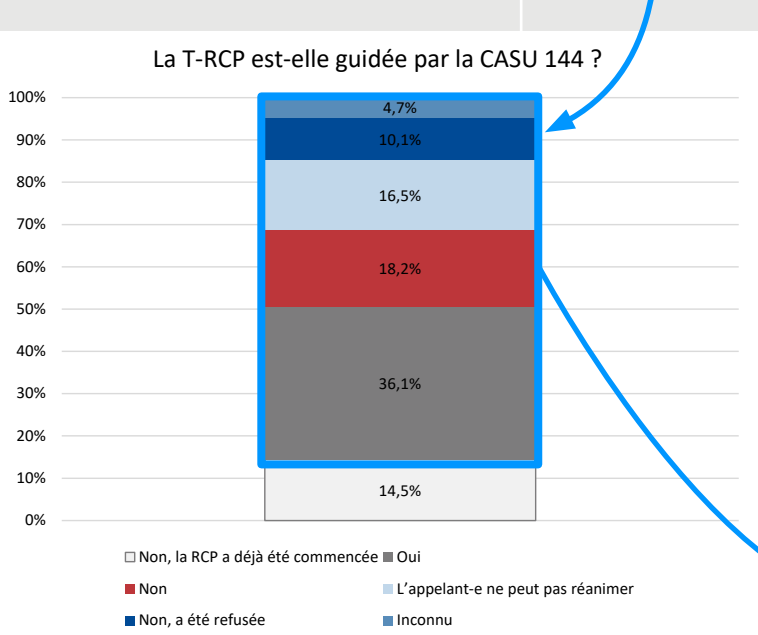
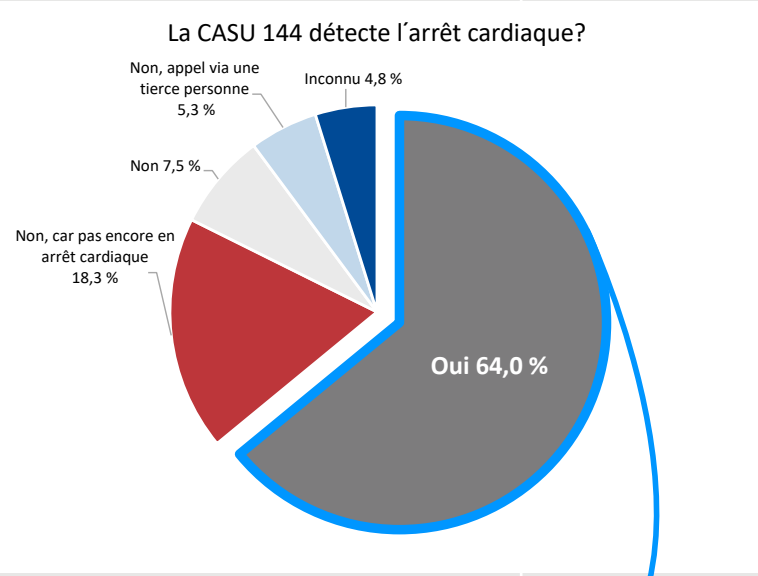


C. Réanimation cardio-pulmonaire

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 (HQ CPR).</p> <p>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  <table border="1"> <tr> <td>OBJECTIF</td> <td>90 %</td> </tr> <tr> <td>RÉALISÉ 2022</td> <td>52 %</td> </tr> <tr> <td>RÉALISÉ 2019-21</td> <td>53 %</td> </tr> </table>	OBJECTIF	90 %	RÉALISÉ 2022	52 %	RÉALISÉ 2019-21	53 %	<ul style="list-style-type: none"> · La performance RCP ne peut pas être indiquée par SWISSRECA. Cela relève de la responsabilité des différents services de sauvetage et de leurs possibilités techniques.
OBJECTIF	90 %							
RÉALISÉ 2022	52 %							
RÉALISÉ 2019-21	53 %							

C. Réanimation cardio-pulmonaire

Objectifs stratégiques	Degré de réalisation	Évaluation
C5) Lors de l'alerte, les régulateurs expliquent de façon standardisée et structurée aux témoins intervenant comment effectuer la réanimation (RCP guidée par tél.).	· 90 % des cas avec indication claire	<ul style="list-style-type: none"> · La part d'OHCA présents mais non reconnus est de 7,5 %. Dans les autres cas, l'OHCA a été reconnu, il n'était pas encore survenu ou il n'a pas pu être reconnu parce qu'une tierce personne avait donné l'alerte sans avoir de contact direct avec la personne concernée. · La part des OHCA détectés par téléphone est restée stable (2022 : 64,0 %, 2019-2021 : 63,4 %). La proportion de personnes qui avaient déjà commencé la RCP au moment de l'alerte a également augmenté. (2022 : 14,5 %, 2019-2021 : 15,0 %). · Là où il y avait une indication claire de RCP guidée par téléphone (T-RCP), cela a été fait dans 42,2 % des cas (2019-2021 : 41,7 %). Il est réjouissant de constater que la proportion de personnes ayant refusé de pratiquer une RCP a baissé de 17,2 % à 11,8 %. Une nouvelle justification de l'absence de T-RCP : «L'appelant-e ne peut pas réanimer». Ce chiffre s'élève à 19,3 % et permet de savoir plus précisément pourquoi aucune RCP n'a été guidée. Ces 19,3 % pourraient contenir des éléments qui étaient présents dans le dernier rapport sous «Non» ou «Non, a été refusée». Nous pourrions en dire plus sur l'évolution de la situation dans le prochain rapport.



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 %</p> <p>RÉALISÉ 2022 22 %</p> <p>RÉALISÉ 2019-21 26 %</p>	<p>· AED <5 min*: 22 %</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 %</p> <p>RÉALISÉ 2022 11 %</p> <p>RÉALISÉ 2019-21 10 %</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> <table border="1" data-bbox="603 996 949 1131"> <tr> <td>OBJECTIF</td> <td>90 %</td> </tr> <tr> <td>RÉALISÉ 2022</td> <td>42 %</td> </tr> <tr> <td>RÉALISÉ 2019-21</td> <td>41 %</td> </tr> </table>	OBJECTIF	90 %	RÉALISÉ 2022	42 %	RÉALISÉ 2019-21	41 %	<p>2022</p> <ul style="list-style-type: none"> · Service de sauvetage sur place entre 0-10 min: 42 % · Service de sauvetage sur place entre 11-15 min: 38 % · Service de sauvetage sur place entre > 15 min: 20 % <p>2019-21</p> <ul style="list-style-type: none"> · Service de sauvetage sur place entre 0-10 min: 41 % · Service de sauvetage sur place entre 11-15 min: 37 % · Service de sauvetage sur place entre > 15 min: 22 % <p>Les services de sauvetage s'efforcent en permanence d'étendre et d'optimiser les emplacements des bases et les moyens de sauvetage disponibles pour les urgences critiques en termes de temps. Cela devrait avoir un effet positif à moyen et long termes sur le délai d'intervention.</p>
OBJECTIF	90 %							
RÉALISÉ 2022	42 %							
RÉALISÉ 2019-21	41 %							
<p>E4) Les personnes en arrêt circulatoire sont directement transportées dans un hôpital approprié. Les transports secondaires sont à éviter.</p>	<p>· 90 %</p> <table border="1" data-bbox="603 1444 949 1583"> <tr> <td>OBJECTIF</td> <td>90 %</td> </tr> <tr> <td>RÉALISÉ 2022</td> <td>89 %</td> </tr> <tr> <td>RÉALISÉ 2019-21</td> <td>89 %</td> </tr> </table>	OBJECTIF	90 %	RÉALISÉ 2022	89 %	RÉALISÉ 2019-21	89 %	<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 patientes et 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 cardiaque.</p>
OBJECTIF	90 %							
RÉALISÉ 2022	89 %							
RÉALISÉ 2019-21	89 %							

F. Soins post-réanimation

Objectifs stratégiques	Degré de réalisation	Évaluation
F1) Les personnes concernées reçoivent des soins médicaux intensifs optimaux et structurés (ROSC).	· 90 % <p>OBJECTIF 90 % RÉALISÉ 2022 57 % RÉALISÉ 2019-21 51 %</p>	2022 · Personnes bénéficiant d'un ECG à 12 canaux: 57 % · Dont STEMI: 47 % 2019-21 · Personnes bénéficiant d'un ECG à 12 canaux: 51 % · Dont STEMI: 42 % La proportion d'ECG 12 dérivations saisis augmente légèrement. Il en va de même pour les éventuels infarctus du myocarde détectés à cette occasion.
	F2) En cas de réussite de la réanimation, les paramètres de résultats sont systématiquement enregistrés.	· 90% <p>OBJECTIF 90 % RÉALISÉ 2022 37 % RÉALISÉ 2019-21 44 %</p>

4. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Dans le présent rapport annuel **SWISSRECA 2022**, il a été possible pour la première fois de comparer les résultats du rapport précédent contenant les données de 2019-2021. Nous l'avions annoncé dans les perspectives de l'époque et venons de le mettre en œuvre. Certaines présentations et certains calculs ont pu être améliorés, mais des développements supplémentaires sont nécessaires. Il est important pour nous de présenter les résultats de manière transparente, compréhensible et pertinente. Comme les personnes auxquelles nous nous adressons ont des affinités scientifiques très diverses, nous avons délibérément choisi de présenter des graphiques « digestes ». Nous sommes toujours heureux de recevoir un feed-back, quel qu'il soit. Dans le prochain rapport, qui paraîtra au milieu de l'année 2024, nous entreprendrons également une excursion thématique et tenterons de présenter les évolutions et d'affiner les calculs et les méthodes statistiques si nécessaire. Cette année, les critères d'Utstein seront révisés. Nous dirons dans un an dans quelle mesure ils concernent SWISSRECA.

La comparaison entre les résultats 2022 et les résultats 2019-2021 montre une similitude. La répartition en fonction du sexe, de l'âge, du lieu de survenue et de la cause supposée est pratiquement inchangée. La centrale d'appels sanitaires urgents 144 et les services de sauvetage ne prennent pas de mesures sensiblement différentes, pas plus que les premiers secouristes. La proportion de survivantes et survivants et de leur état neurologique a légèrement diminué, ce que l'on ne peut expliquer clairement. Ce résultat doit dans tous les cas faire l'objet d'un examen plus approfondi dans le cadre d'une analyse pluriannuelle.

Nous verrons en temps voulu si davantage de données sur les résultats – grâce à un plus grand nombre d'hôpitaux participants – nous permettront de tirer d'autres conclusions à l'avenir. Les résultats concernant les degrés de réalisation des objectifs de la Stratégie nationale de survie SRC restent faibles dans le domaine des premiers secours. Comme nous l'avons déjà mentionné dans le dernier numéro, nous ne pouvons que confirmer que le système peut encore être optimisé, en particulier sur le côté gauche de la chaîne de sauvetage/de survie. On pourrait même aller jusqu'à dire qu'en Suisse, on n'obtiendra pas un meilleur taux de survie aux OHCA tant que l'on n'aura pas déployé beaucoup plus d'efforts et investi beaucoup plus de ressources, notamment dans le domaine de la sensibilisation et de la qualification de la population.

IL FAUT UN SYSTÈME POUR SAUVER UNE VIE

Nous remercions ici chaleureusement toutes les organisations participant à SWISSRECA.

Les personnes intéressées trouveront de plus amples informations sur l'OHCA et la réanimation sur les sites Web ci-dessous.

Ne manquez aucune de nos publications et suivez-nous sur LinkedIn.



www.144.ch

www.swissreca.ch

www.resuscitation.ch

www.samw.ch

Roman Burkart

Directeur IAS
Président SRC

Helge Regener

Président
BLS-Faculty SRC

André Wilmes

Collaborateur scientifique
Responsable SWISSRECA

IMPRESSUM

interverband für rettungswesen
interassociation de sauvetage
interassociazione di salvataggio



Interassociation de sauvetage
Bahnhofstrasse 55
5000 Aarau
Tél. 031 320 11 44
E-mail info@ivr-ias.ch

SRC 
Swiss
Resuscitation
Council

Swiss Resuscitation Council
Secrétariat SRC
Wattenwylweg 21
CH-3006 Berne
Tél. 031 351 04 32
E-mail info@resuscitation.ch

Crédits photographiques:

P. 1, 25 Salome Ramser, Rettung St. Gallen
P. 2 Larissa Bruhin und Pascal Häderli, Kommunikation, Kantonspolizei St.Gallen
P. 24 Rettung Basel Stadt