

DAILY REGISTRY

NUMÉRO 2 - MAI/JUIN 2017

CONGRÈS URGENCES 2017

Urgences
2017



Registre électronique des Arrêts cardiaques



Registre électronique de la Douleur Thoracique

ÉDITO

LE JOURNAL DES REGISTRES DE L'URGENCE

Cher(e)s ami(e)s, Cher(e)s collègues,

Voici la deuxième édition du Daily Registry, la source d'information officielle sur les registres de l'urgence hospitalière. Cette année, nous vous proposons un article sur l'EPP dans le cadre des registres, un dossier concernant la mise en place des actions de formations aux gestes qui sauvent, un focus sur la phase deux du registre **R'eDoT**, une rétrospective sur le U d'Or soignant 2016 et bien sûr la liste des publications issues des registres.

C'est également, pour moi, l'occasion de remercier et de rendre un hommage appuyé à mon ami et complice le Pr Pierre-Yves Gueugniaud dont le mandat de président de la SFMU s'achève cette année. Il est à l'origine de **RéAC** et sera, très égoïstement, un précieux atout dans le développement à venir de nos, de vos, registres.

Enfin, je ne voudrais pas terminer sans oublier de remercier l'ensemble de l'équipe de RéAC qui travaille pour vous, au bon fonctionnement de nos registres.

Bonne lecture !

Rejoignez le réseau des registres français de l'urgence !

Pr. Hervé Hubert



GRATUIT - NE PAS JETER SUR LA VOIE PUBLIQUE

La JéPAC pour former les héros de demain ! Page 3

JéPAC
Agis, sauve une vie

Le RéAC s'ouvre à l'intra-hospitalier

Page 5

Pr Claire Mounier-Vehier, Présidente de la FFC

Page 6

 **Fédération Française de Cardiologie**



RéAC, UN MOYEN D'ÉVALUER VOS PRATIQUES

L'appli du moment :

Cette année encore, profitez de l'application Urgences 2017 pour recevoir toutes les informations du Congrès. Consultez le programme final, gérez vos sessions, auteurs et exposants favoris et répondez aux questions durant les sessions de quizz.

L'application est gratuite et disponible sur iPhone et Android.



Rejoignez-nous sur nos réseaux !
Facebook : RéAC
Twitter : @RegistreAC

RéAC a été conçu dans l'objectif d'optimiser les conditions de prise en charge des arrêts cardiaques, d'améliorer les chances de survie des patients et de permettre aux médecins d'évaluer et d'améliorer leurs pratiques professionnelles. Il propose donc aux équipes médicales d'évaluer leurs pratiques par le biais d'outils statistiques simples ou avancés. Depuis 2014, une EPP entièrement automatisée est disponible en ligne.

« L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L.4133-161 a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé » (Article D4133-23 du code de la santé publique).

RéAC offre donc la possibilité de comparer ses pratiques professionnelles à celles décrites nationalement et/ou aux recommandations internationales. Dans ce cadre, RéAC a obtenu la labellisation de ces actions et outils d'EPP (CFMU n°2012-03). Les centres peuvent ainsi évaluer leurs pratiques, les améliorer, les réévaluer, et cela en continu. Cela permet donc de déceler d'éventuels points faibles et de mettre en avant les points forts afin d'optimiser les conditions de prise

en charge de l'arrêt cardiaque. L'ensemble de l'équipe du SMUR peut s'en servir comme base d'EPP, quel que soit le statut des membres qui la compose.

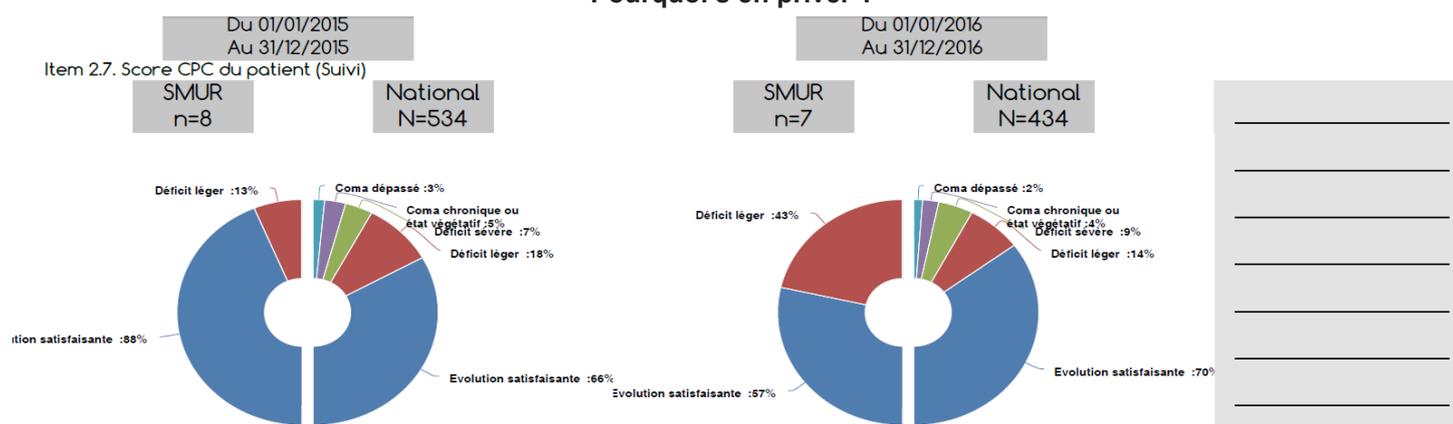
Grâce à la rapidité et la facilité d'utilisation de l'outil EPP, les centres peuvent avoir accès à leur diagnostic (nombre d'arrêts cardiaques par mois, nombre de dossiers clos ou incomplets...). Ils ont également l'opportunité de comparer, en un clic, leurs pratiques d'une période sur l'autre, à la pratique nationale et de commenter leurs résultats dans un espace dédié.

Il est également possible d'exporter les données de son centre dans un format standard reconnu par tous les progiciels de statistiques ou de traitement de données. Par ailleurs, si vous souhaitez développer un projet de recherche qui nécessite l'accès aux données nationales, vous pouvez déposer une demande au conseil scientifique du RéAC qui étudiera et pourra vous donner des conseils méthodologiques.

COMMENT OBTENIR SON EPP ?

L'EPP RéAC est disponible en ligne sur www.registreac.org et elle est téléchargeable par chaque utilisateur sans travail supplémentaire, de façon automatique et en temps réel. La seule contrainte étant d'être le plus exhaustif possible dans la saisie des données au registre. Une fois identifié sur le site, vous devez sélectionner l'onglet « Données » puis « EPP ». Il suffit ensuite de choisir la période pour laquelle vous souhaitez obtenir votre EPP. Lorsque le fichier contenant votre EPP sera disponible (généralement en moins d'une minute), vous recevrez un mail contenant un lien vous permettant de télécharger le fichier contenant le résultat de votre EPP.

En trois mots : simple, rapide et efficace
Pourquoi s'en priver ?



RéAC EN 6 ÉTAPES :

1
 J'adopte RéAC comme support d'observation préhospitalière de l'arrêt cardiaque

2
 Il concerne tous les patients pris en charge en SMUR pour l'arrêt cardiaque

3
 Je saisais mes dossiers régulièrement sur la plateforme registreac.org

4
 J'intègre ainsi une démarche nationale d'EPP

5
 Je bénéficie en temps réel d'une analyse des pratiques cliniques de mon équipe

6
 Je fais valoir cette EPP dans le cadre de la certification de mon établissement



LA JÉPAC POUR FORMER LES HÉROS DE DEMAIN !

Les « jeunes » acteurs de la JÉPAC

Le RéAC, en partenariat avec la Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé (ILIS), soutient des étudiants dans leur projet sur le thème de l'arrêt cardiaque. Cette année encore, le RéAC accompagne le projet « Form' Ton Cœur » élaboré par un groupe de neuf étudiants issus d'ILIS. Cette initiative bénévole s'inscrit dans leur parcours universitaire et a permis la réalisation de divers ateliers de sensibilisation et de formation dans le département du Nord. Parmi leurs actions, une initiation à l'appel au secours et aux gestes qui sauvent dans plusieurs écoles primaires ainsi qu'un atelier de prévention à destination des seniors.

Le mot du Doyen de l'ILIS



“La JÉPAC permet aux étudiants de travailler sur des projets et de les finaliser sur une année. Le second intérêt pour l'ILIS est de former les enfants et les sensibiliser aux problématiques de santé publique. En effet, le rôle principal de l'université est de transmettre des savoirs. La JÉPAC est un beau projet qui va continuer à se développer.”

Dr Franck Olivier Denayer

RéAC forme au métier d'attaché de recherche clinique (ARC)

«Nous avons intégré l'équipe du RéAC pendant 2 mois afin d'appréhender le métier d'ARC. Dans ce but, différentes missions nous ont été confiées dont la gestion de l'étude TRACE (Territorialisation des Arrêts Cardiaques Extrahospitaliers dans le Nord-Pas-de-Calais) ou encore le suivi et l'assistance apportés aux centres participants au RéAC. Il s'agissait d'assurer le suivi des patients, le contact avec les centres hospitaliers et les corrections des fiches d'interventions en collaboration avec les investigateurs locaux. Nous avons également eu l'occasion de participer à la rédaction de ce journal. Ce stage nous a permis de prendre conscience des multiples facettes du métier d'ARC et d'affiner notre projet professionnel.»

Valentine, Mathilde, Anaïs & Céline.



Chaque année, 50 000 personnes sont victimes d'un arrêt cardiaque, 75% de ces arrêts ont lieu au domicile et un témoin est présent dans 60% des cas. Parce que la santé publique n'est pas qu'une discipline scientifique, RéAC organise depuis 2016, en collaboration avec la FFC et la Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé (ILIS), des formations à l'appel au secours et aux gestes qui sauvent pour les enfants dans le cadre de la JÉPAC (Journée d'éducation et de Prévention de l'Arrêt Cardiaque).

Durant la JÉPAC 2016, 46 enfants d'une école primaire et plus de 150 adultes ont été formés. Bien que la formation passe essentiellement par le jeu, nous avons constaté à travers cette action que les élèves sont très réceptifs puisqu'un an après, les enfants ont encore tous les éléments en mémoire.

Après le succès de la JÉPAC 2016, une nouvelle édition 2.0 a eu lieu le 28 mars 2017 dans les locaux de la Faculté Ingénierie et Management de la Santé (ILIS) à Loos. En partenariat avec la Fédération Française de Cardiologie, l'éducation nationale et l'ILIS, RéAC a ainsi initié aux gestes qui sauvent, 184 enfants âgés de 7 à 11 ans de plusieurs écoles primaires du département du Nord. RéAC a également formé des enseignants d'écoles primaires qui pourront à leur tour transmettre leurs connaissances à leurs élèves. Durant La JÉPAC 2.0, plusieurs ateliers ont été proposés selon la tranche d'âge des enfants : Une initiation «Sauve ton nounours» pour les élèves de 7-9 ans afin de leur apprendre les bons réflexes et leur permettre de pratiquer le massage cardiaque. L'idée

étant de ne pas confronter les plus petits directement avec la mort, mais de leur expliquer d'une façon ludique les réflexes qui sauvent, d'où l'utilisation d'un nounours. Une formation aux gestes qui sauvent «Sauve une vie, deviens un héros» a été proposée aux enfants de 10-11 ans afin de les sensibiliser à la chaîne de survie. De la même façon, leur formation a été réalisée de manière positive afin de dédramatiser la situation.

Cette journée s'est clôturée par l'opération «Forme-toi, agis, sauve une vie» destinée aux étudiants et au personnel de l'Université de Lille 2. Cette formation entièrement gratuite a permis de former un grand nombre de personnes en peu de temps grâce aux animateurs spécialistes des techniques de formation de groupe.

Les résultats de la JÉPAC et des autres actions organisées sont encourageants puisque, depuis 2016, 701 enfants et plus de 300 adultes ont pu être sensibilisés aux risques d'arrêts cardiaques et initiés aux gestes qui sauvent.

Dans la continuité de la JÉPAC une journée de sensibilisation aux «gestes qui sauvent» a ensuite été organisée afin de former les parents des enfants présents lors de la JÉPAC. Quand les enfants se transforment en ambassadeurs de la formation aux gestes qui sauvent, ils deviennent de petits citoyens engagés.

Vous trouverez sur le site du RéAC, un kit pédagogique à destination des enseignants souhaitant former leurs élèves aux gestes qui sauvent.



JÉPAC

Agis, sauve une vie



ZOOM SUR RéDoT

Dans la continuité de RéAC, RéDoT développe des outils tels que des statistiques simples et avancées et une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Cela s'inscrit tout naturellement dans les objectifs du registre qui consistent à optimiser les conditions de prise en charge de la douleur thoracique et à améliorer la survie des patients. Dans ce but, le cahier des charges de l'EPP a été établi. De ce fait, l'EPP pourra être réalisée dès le lancement du registre RéDoT.



Dr Carlos El Khoury

Chef de Pôle Urgence, Médecine et Soins Critiques au CH Lucien Hussel de Vienne

Fondateur coordinateur de RESCUE-RESUVal

Investigateur coordinateur de RéDoT

Membre du laboratoire HESPER

Membre du conseil d'administration et du conseil scientifique de RéAC.

Quels sont les différents registres auxquels vous participez ?

Il y a le registre RéAC, RéDoT, et puis on a également nos registres régionaux : le registre AVC, et le registre OSCAR (Observatoire des Syndromes Coronaires aigus).

Quel est l'intérêt de développer tous ces registres ?

Ces registres apportent un regard sur les pratiques cliniques, permettent de mesurer l'application des recommandations par les médecins urgentistes et leur impact sur le patient.

Nicolas Eydoux, chargé d'études au RESCUE-RESUVal

Comment le registre fonctionne-t-il ?

Nous avons imaginé de proposer une Observation Médicale Standardisée de la douleur thoracique, au format papier, semblable à un « cahier d'observation » ou CRF (Case Report Form) d'essai clinique. Dans un premier temps, ce support sera distribué à l'ensemble des SAMU/SMUR nationaux. Plus tard, quand les équipes SMUR se seront appropriées cette observation médicale standardisée, nous proposerons à l'ensemble des SMUR de renseigner, sur une période de 15 jours, toutes les données des patients qui ont été pris en charge pour une douleur thoracique. Les données saisies sur le site développé par l'équipe Lilloise du RéAC, baptisé RéDoT (Registre électronique de la Douleur Thoracique) pour cette nouvelle observation médicale, alimenteront une base de données nationale de la douleur thoracique. Nous attendons pour une centaine de SMUR, ayant confirmé leur participation, une cohorte de plus de 5000 patients. Cette période de saisie sera répétée de façon itérative chaque année.

Que pouvez-vous nous dire sur l'implication des centres pour ce registre ?

Les centres vont avoir un double rôle. Le premier sera de s'approprier ce nouvel outil afin de renseigner précisément les caractéristiques des prises en charge pour douleur thoracique. Le second rôle des centres participants con-

sistera à faire une remontée d'informations exhaustive vers le serveur sécurisé du RéDoT, et ainsi d'alimenter annuellement une base de données nationale sur une courte période de 15 jours. L'objectif est également de voir à l'échelle locale et nationale si, en fonction du diagnostic retenu par l'urgentiste, les thérapeutiques administrées et l'orientation du patient respectent les recommandations en vigueur.

Selon vous, quelle est la valeur ajoutée du RéDoT ?

La valeur ajoutée réside dans la création de cette base de données nationale mais aussi dans le fait d'obtenir un retour ciblé et automatique, par établissement, de leur activité.

Quel est votre rôle dans la mise en place de ce registre et quelles sont vos attentes concernant son avenir ?

Pour ma part, j'ai participé à l'élaboration de cette Observation Médicale Standardisée, fait une première synthèse des remarques et commentaires qui avaient été formulés lors de la phase test, dans le but de proposer fin 2015, un document quasi finalisé. Ma principale attente pour ce registre est bien évidemment son acceptation et son utilisation par la majorité des urgentistes qui, je l'espère, verront dans cette démarche une possibilité d'accroître nos connaissances et évaluer leurs pratiques.

Le RéDoT a été lancé fin 2016, comment s'est déroulé le premier recueil de données ?

Pour le moment nous en sommes, à un stade de recueil papier. RéDoT est avant tout une observation pré-hospitalière standardisée que le médecin urgentiste remplit à chaque fois qu'il prend en charge une douleur thoracique. Actuellement, nous en sommes à une phase de déploiement très progressif sachant que la phase de saisie informatique se déroulera sur une période limitée dans l'année. Elle se passera sous la forme d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles.

Comment envisagez-vous la suite ?

L'objectif est que l'ensemble des SMUR adoptent cette observation standardisée. En parallèle, nous commençons à discuter avec les Agences Régionales de Santé (ARS) d'une informatisation de cette observation. Nous avons également entamé des discussions avec un autre registre qui voit le jour. C'est un registre de cardiologie interventionnelle qui va recueillir les informations en salle de coronarographie. Le projet à terme étant de créer du lien entre ces deux registres afin d'avoir une meilleure vision de la filière de prise en charge des patients.

INTERVIEW EXCLUSIVE



Steven Lagadec, repart avec le U d'Or infirmier du congrès Urgences 2016

Infirmier depuis 2000, Steven Lagadec a exercé pendant quelques années dans un service de réanimation puis aux urgences. Il occupe aujourd'hui un poste d'infirmier au SMUR de Corbeil-Essonnes. Il participe au RéAC depuis 2012, est membre du conseil scientifique depuis 2016, a remporté le prix du U d'Or infirmier au Congrès Urgences 2016 avec son abstract « Intérêt pronostic de la SpO2 à l'admission hospitalière chez les survivants d'un arrêt cardiorespiratoire non hypoxique ».

Quelles sont les conclusions de votre étude ?

« Notre étude a permis de mettre en évidence que les recommandations ERC concernant la prévention de l'hyperoxie en post AC n'étaient pas respectées par 66 % des SMUR Français. Notre étude n'a cependant pas retrouvé de relation entre les valeurs de SpO2 à l'admission et la survie hospitalière ou le pronostic neurologique. Nos conclusions ne permettent pas non plus de déterminer le rôle des valeurs de SpO2 observées dans la première heure d'une reprise d'activité circulatoire spontanée et un seuil d'exposition à l'hyperoxie qui exposerait nos patients à des complications graves. De fait, il demeure essentiel de suivre les recommandations et donc de tout mettre en œuvre pour prévenir l'hyperoxie et ce le plus rapidement possible dans la prise en charge des survivants d'un AC. »

Quel a été le point de départ de votre étude ?

« Nous nous sommes intéressés au CoSTR des recommandations ERC de 2015. (2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations : <http://www.ilcor.org/consensus-2015/costr-2015-documents/>)

Ce document publié parallèlement aux recommandations s'intéresse au niveau de preuve associé à ces dernières. Ce document indique que les complications de l'hyperoxie demeurent encore méconnues à la phase précoce du RACS. Notre étude invite donc à poursuivre les travaux sur cette thématique de façon à établir de nouvelles évidences. En effet, le travail mené à partir des données d'un registre permettent difficilement de démontrer qu'il existe ou non une relation entre les variables étudiées et encore plus difficilement d'identifier les variables explicatives de cette relation supposée. Puisqu'il est recommandé d'ajuster l'oxygénothérapie de façon à obtenir une SpO2 comprise entre 94 et 98% nous avons étudié le pronostic des survivants en fonction des valeurs de SpO2 renseignées dans le registre. Cependant la SpO2 n'est pas un outil fiable pour dépister l'hyperoxie supposée.

Ainsi une SpO2 à 100% ne permet pas de distinguer une PaO2 de 100 ou de 650 mmHg et si la première est physiologique, la seconde expose le patient aux complications graves de l'hyperoxie. Il faudrait donc confirmer les résultats que notre étude suggère en réalisant une étude prospective basée sur des valeurs de PaO2 en plus de la SpO2 à la phase précoce du RACS. »

Pensez-vous qu'il est important de communiquer sur ces recommandations ?

« Certainement ! Pour ma part je suis convaincu que si les recommandations concernant les manœuvres de réanimation sont connues de la majorité des soignants, les soins post ACR demeurent malheureusement méconnus ou négligés. Il est cependant utile de rappeler qu'à peine un tiers des survivants d'un ACR sortiront vivant de l'hôpital et que la stratégie thérapeutique repose sur l'articulation d'une succession d'étapes qu'il ne faut pas négliger au risque de compromettre les suivantes. Observer que 66% des SMUR adressent les patients post ACR avec une SpO2 supérieure à 98% interpelle et rappelle qu'il est essentiel de communiquer encore et toujours, auprès de tous les acteurs de cette chaîne de survie, sur les recommandations de bonnes pratiques. »

Y a-t-il un point sur lequel vous souhaitez apporter une précision ?

« Il est important de rappeler que ce type de travail s'inscrit dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). L'objectif consiste donc à faire progresser encore et toujours nos pratiques et à ce titre l'étude des données issues des registres est une véritable mine d'or. »

LE RéAC S'OUVRE À L'INTRA-HOSPITALIER

Comment s'inscrire ?

Sur www.registreac.org dans la rubrique nous contacter puis inscription RéAC.

Comment fonctionne l'étude ?

Il n'y a pas de CRF papier à saisir, il suffit de saisir les données sur le e-CRF disponible sur le site du registre. Une version papier est mise à disposition des centres sur le site internet.

Concernant le RéAC extra hospitalier, vous pouvez toujours vous inscrire en suivant la procédure expliquée ci-contre. De plus, il est également possible, pour les centres ayant arrêté de participer à RéAC, de reprendre les saisies.

Pr CLAIRE MOUNIER-VEHIER, PRÉSIDENTE DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE



L'ensemble de l'équipe RéAC félicite Mme la professeure Claire Mounier-Vehier, professeure des universités-praticien hospitalier, chef du service de médecine vasculaire et hypertension artérielle à l'institut Cœur Poumon du CHRU de Lille et Présidente de la Fédération Française de Cardiologie, pour sa nomination au grade de chevalier dans l'ordre de la Légion d'Honneur ainsi que pour son combat, mené depuis des années, pour le «cœur des femmes». Elle est un soutien important et indéfectible de RéAC et ensemble, nous collaborons sur la thématique de l'arrêt cardiaque chez la femme.



Mme la professeure Claire Mounier-Vehier, présidente de la Fédération Française de Cardiologie a participé, le mardi 16 mai 2017 à l'émission « Enquête de santé » diffusée sur France 5. Le thème abordé par l'émission concernait les maladies cardio-vasculaires chez la femme. En effet, ces maladies sont la première cause de mortalité chez les femmes en France. Elles tuent 8 fois plus que le cancer du sein. Dans l'imaginaire collectif, l'infarctus du myocarde est une affaire d'homme. Un homme d'une cinquantaine d'années, fumeur, sédentaire et bon vivant. Pourtant, depuis 15 ans, le nombre de femmes de moins de 50 ans hospitalisées pour un infarctus a triplé. Les femmes ont adopté les mêmes comportements à risque que les hommes (tabac, alcool, stress, sédentarité...), et ces mauvaises habitudes de vie sont aujourd'hui responsables de 80% des accidents cardio-vasculaires.

Dans ce formidable documentaire « Le Cœur des femmes : attention fragile ! », Mme la professeure Claire Mounier-Vehier nous partage son expérience au sein du CHRU de Lille. Elle nous informe de la présence d'une iné-

galité entre les hommes et les femmes dans la prise en charge des arrêts cardiaques. Les femmes ont moins de chances de survivre à un arrêt cardiaque, plusieurs facteurs sont en cause. Elles sont moins bien dépistées, soignées plus tardivement et se remettent plus difficilement de l'accident cardiaque. Chez elles, les symptômes (fatigue, nausées, maux de ventre...) peuvent être atypiques, ce qui entraîne une perte de chance dans la prise en charge de cette urgence vitale. De plus, les femmes présentent plus d'effets secondaires liés aux traitements, car la plupart des médicaments ont été testés sur des hommes. Enfin, après un accident, elles bénéficient moins souvent d'un programme de réadaptation cardiaque, pourtant essentiel pour retrouver une vie normale.

C'est pourquoi la Pr Claire Mounier-Vehier, mène son combat depuis des années, pour que les femmes et les hommes soient égaux face à cette maladie. L'importance dans cette lutte, c'est la communication auprès de la population par les patients eux-même, les médecins généralistes et les gynécologues.

Quelques chiffres

18 000 :

C'est le nombre de femmes victimes d'un arrêt cardiaque, chaque année, en France

74,9 % :

C'est le pourcentage de femmes victimes d'un arrêt cardiaque à domicile

4 % :

C'est le taux de survie à 30 jours chez la femme victime d'un arrêt cardiaque

LES DERNIÈRES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES DU RéAC

CPR Duration and Survival in Out-of-Hospital Cardiac Arrest Patients.

F. Adnet, M.N. Triba, F. Lapostolle, S.W. Borron, H. Hubert, P.-Y. Gueugniaud, S. Chevret. ACEP 2016, Las Vegas, Nevada, USA, 16-19 October, 2016 [Annals of Emergency Medicine](#), 68(4): p. S110

The French national cardiac arrest registry as a source of professional practices assessment.

V. Baert, J. Escutnaire, M. Menay, C. Vilhelm, A. Aldebert-Vilhelm, S. Lagadec, L. Jacob, L. Castra, H. Hubert, GR-RéAC. [Resuscitation](#) 2016, Reykjavik, Iceland, 24-25 September, 2016. [Resuscitation](#), 2016, 106(suppl 1): p. e50

Epidemiology of Cardiac arrests in airports: Four years results of the French national cardiac arrest registry.

J. Escutnaire, P. Bargain, K. Tazarourte, C. El Khoury, E. Babykina, C. Vilhelm, E. Wiel, N. Segal, P.Y. Gueugniaud, H. Hubert, GR-RéAC. [British Journal of Medicine and Medical Research](#), 2016, 15(8), p. 1-8.

Can we identify termination of resuscitation criteria in cardiac arrest due to drowning: results from the French National Out-of-hospital Cardiac Arrest Registry.

H. Hubert, J. Escutnaire, P. Michelet, E. Babykina, C. El Khoury, K. Tazarourte, C. Vilhelm, C. Di Pompéo, L. El Hiki, B. Guinhouya, P.Y. Gueugniaud, GR-RéAC. [Journal of Evaluation in Clinical Practice](#), 2016, 22, p. 924-931.

EuReCa ONE - 27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe.

J.T. Gräsner, R. Lefering, R. W. Koster, S. Masterson, B. W. Böttiger, J. Herlitz, J. Wnent, I.B.M. Tjelmeland, F. Rosell Ortiz, H. Maurer, M. Baubin, P. Mols, I. Hadžibegović, Marios Ioannides, Roman Škulec, Mads Wissenberg, Ari Salo, H. Hubert, N.I. Nikolaou, G. Lóczy, H. Svavarsdóttir, F. Semeraro, P.J. Wright, C. Clarens, R. Pijls, G. Cebula, V. Gouveia Correia, D. Cimpoesu, V. Raffay, S. Trenkler, A. Markota, A. Strömsöe, R. Burkart, G. D. Perkins, L.L. Bossaert. [Resuscitation](#), 2016, 105, p. 188-195.

Cardiopulmonary resuscitation duration and survival in out-of-hospital cardiac arrest patients.

F. Adnet, M.N. Triba, S.W. Borron, F. Lapostolle, H. Hubert, P.Y. Gueugniaud, J. Escutnaire, A. Guenin, A. Hoogvorst, C. Marbeuf-Gueye, P.G. Reuter, N. Javaud, E. Vicaut, S. Chevret. [Resuscitation](#), 2016, 111, p. 74-81.

Prevalence of advance directives and impact on advanced life support in out-of-hospital cardiac arrest victims.

P.G. Reuter, J.M. Agostinucci, P. Bertrand, G. Gonzalez, C. De Stefano, B. Hennequin, P. Nadiras, D. Biens, H. Hubert, P.Y. Gueugniaud, F. Adnet, F. Lapostolle. [Resuscitation](#), 2017, 15 Mars 2017 (sous-presse)

[Pour retrouver l'ensemble de nos articles, abstracts et nos communications rendez-vous sur www.registrec.org](#)

INTERVIEW EXCLUSIVE



Le **Dr Daniel Jost**, médecin urgentiste à la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris (BSPP) et responsable de la section scientifique du service médical, nous donne son point de vue sur le dispositif b-card.

Comment fonctionne le B-CARD?

C'est un dispositif médical (DM) qui est dans la continuité du travail qu'a réalisé le Docteur Georges Boussignac, depuis plusieurs décennies et à qui nous rendons un hommage tout particulier. Ce DM permet de générer une insufflation continue en oxygène qui va être transmise via le masque facial des secouristes dans les voies aériennes des victimes en AC.

En quoi ce dispositif est innovant ?

Le B-CARD, associé au masque facial autorise un transfert de technologie de l'insufflation continue, du SMUR (sonde d'intubation de Boussignac) vers l'équipe de premier secours. L'insufflation continue autorise dès lors un massage cardiaque externe (MCE) quasi-continu. Les interruptions de MCE résiduelles sont liées à l'analyse du rythme cardiaque du patient par le défibrillateur automatisé externe (DAE) et au temps d'administration du choc électrique externe (CEE). Nous connaissons tous l'effet délétère des interruptions de MCE sur les pressions de perfusion coronaire et cérébrale qui s'effondrent rapidement.

De quels résultats préliminaires disposez-vous ?

Comme pour tout dispositif, nous avons, indépendamment du fabricant, procédé à un certain nombre d'études pour évaluer la faisabilité, l'innocuité et l'efficacité du dispositif. Des études sur mannequin ont permis de préciser la nouvelle séquence de gestes à réaliser par les équipes de premiers secours et de définir de nouveaux points de repère pour les secouristes qui sont en charge de s'assurer de l'efficacité de la ventilation. D'autres études sur cadavres ont quant à elles permis de s'assurer que la pression de gaz administré et arrivant à la carène atteignait les niveaux préconisés par le fabricant et de mesurer

l'inflation gastrique associée à l'utilisation de la B-CARD.

A partir des résultats obtenus, quel est selon vous l'avenir de ce dispositif ?

Il s'agit de mesurer ce qu'il reste des bénéfices de ce dispositif B-CARD une fois qu'il est utilisé dans la vraie vie. Sur le plan ventilatoire, nous devons nous assurer que B-CARD permet effectivement une oxygénation satisfaisante en utilisation réelle. Nous devons, par ailleurs, confirmer le gain de temps consacré au MCE. Cela justifie la mise en place d'une étude randomisée multicentrique.

Quelles sont les structures qui collaboreront autour de ce projet ?

C'est un projet collaboratif qui associe la BSPP, le BMPM, certains SDIS, les SAMU de Lyon, Lille, Marseille, Paris (SMUR Lariboisière notamment), RéAC, l'APHP, l'URC Lariboisière Fernand Widal et bien sûr VYGON. Avec une vision commune des objectifs à atteindre et des actions correctrices à apporter. RéAC va permettre de colliger les données émanant des différents centres en collaboration avec l'URC Lariboisière-Fernand Widal.

En quoi cette collaboration représente un intérêt majeur dans la prise en charge de l'AC ?

La BSPP et les SAMU n'ont pas ménagé leurs efforts pour améliorer la détection de l'arrêt car-

diaque et l'aide téléphonique au massage cardiaque par un témoin au moment de l'alerte. Le taux de témoins réalisant un geste a augmenté également grâce à l'effort soutenu des associations (Croix Rouge Française, protection Civile) dans la formation de la population. Si les témoins réalisent déjà un massage cardiaque au moment de l'alerte, la conjonction du massage et de la ventilation continus appliqués par les secours institutionnels devraient réussir à améliorer le devenir de ces patients. Nous sommes en train d'assurer des liens beaucoup plus efficaces entre les différents maillons de la chaîne de survie.

Y a-t-il un point sur lequel vous souhaitez apporter une précision ?

Comme tout dispositif médical, B-CARD va être amené à évoluer en fonction des contraintes que nous allons rencontrer sur le terrain, et VYGON devra en tenir compte. Mais le rythme de la recherche n'est malheureusement pas celui de l'urgence. Une validation sur le terrain est un parcours long et difficile. Pompiers et SAMU restent déterminés pour aller au bout de cette aventure. Nous pensons clairement que l'étude multicentrique randomisée que vont démarrer Pompiers et SAMU ; encadrée par l'APHP, l'URC, REAC et tous les autres collaborateurs, permettra de valider cette nouvelle stratégie thérapeutique dans les années à venir.

PARTICIPEZ À EuReCa TWO POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES AC !

Vous êtes nombreux à avoir participé à EuReCa ONE en octobre 2014. Êtes-vous prêts pour la deuxième édition ? Pour ceux qui n'ont pas eu l'occasion de rejoindre l'étude en 2014, EuReCa est un projet international lancé en 2007 par l'European Resuscitation Council (ERC) et ayant pour but de recueillir de manière exhaustive les arrêts cardiaques sous la forme d'un registre européen. En effet, EuReCa est le résultat d'une véritable collaboration entre 28 pays afin de réaliser un état des lieux de l'arrêt cardiaque grâce à l'évaluation de paramètres tels que la

démographie, la prise en charge ou la survie. EuReCa ONE a permis de valider les premiers résultats d'incidence de l'arrêt cardiaque. En effet, l'incidence des arrêts cardiaques peut varier entre les pays européens, les régions, les communautés en raison de différents modes de vie par exemple. Par le biais des données recueillies et des analyses, vous participez à l'amélioration des chances de survie du patient après un arrêt cardiaque et à l'amélioration des connaissances sur les pratiques européennes. Sachez qu'EuReCa TWO analysera les données

de tous les arrêts cardiaques survenus entre le 1er octobre 2017 et le 31 décembre 2017.

Votre collaboration à ce projet est également l'occasion de valoriser les pratiques françaises et de contribuer à la recherche à l'échelle européenne. De plus, votre participation ne nécessite aucun changement dans vos pratiques. Vous continuez simplement à participer à RéAC en étant naturellement le plus exhaustif dans la saisie des données !



Pour vous inscrire: <http://registreac.org/>
Mme Joséphine Escutnaire, responsable de la promotion
clinique au RéAC, est la référente française pour l'étude EuReCa TWO (contact@registreac.org)
Des informations complémentaires sont disponibles à l'adresse suivante :
http://registreac.org/?page_id=3775 (Page en cours de construction).

PROGRAMMATION, CONGRÈS URGENCES 2017



MERCREDI 31 MAI

- 09h00 – Intervention sur le plateau TV : registre : RéAC
- 10h30 – Conférence exceptionnelle : perspectives dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque ? (Pierre-Yves GUEUGNIAUD – Lyon) Salle maillot
- 11h30 – Posters médecins : arrêt cardio-respiratoire 3 : salle 252B – zone posters 1
- 16h30 – Communications libres médecins : arrêt cardio-respiratoire 1 : salle 252A

JEUDI 1 JUIN

- 08h00 – Posters médecins : syndromes coronarien aigu : salle 252B – zone posters 1
- 11h30 – Posters médecins : arrêt cardio-respiratoire 2 : salle 252B – zone posters 2
- 16h30 – Communications libres médecins : arrêt cardio-respiratoire 2 : salle 252A

VENDREDI 2 JUIN

- 09h00 – Posters médecins : arrêt cardio-respiratoire 1 : salle 252B – zone posters 2
- 16h30 – Les essentiels : arrêt cardiaque, circonstances particulières : salle 251



Registre électronique
des Arrêts Cardiaques



ILS NOUS SOUTIENNENT DÉJÀ ...

Urgences
2017



POURQUOI NOUS SOUTENIR ?

- L'arrêt cardiaque est un vrai problème de santé publique.
- L'arrêt cardiaque est l'un des motifs d'intervention SMUR les plus fréquents.
- Les registres sont reconnus comme sources fiables d'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles.
- C'est permettre l'accès à un outil d'amélioration des pratiques et sans doute une augmentation des taux de survie.
- Doter la médecine d'urgence française d'un outil de recherche performant à l'instar des équipes japonaises et américaines.
- RéAC est l'un des rares projets à fédérer tous les professionnels de l'urgence.

CRÉDITS

Document élaboré sous la direction du Pr Hervé Hubert

Expertise professionnelle : Dr Franck Olivier Denayer, Dr Carlos El Khoury, M. Nicolas Eydoux, Dr Daniel Jost

M. Steven Lagadec, Pr Claire Mounier-Vehier

Conception, rédaction et mise en page :

Mme Aurélie Aldebert, Mme Valentine Baert, Mme Joséphine Escutnaire, Mme Céline Fossex,
Mme Morgane Pruvost, Mme Anais Sevilla, Mme Mathilde Vandendriessche, Mme Valentinne Vendois

RéAC est une association à but non lucratif loi de 1901

Président du conseil d'administration : Pr Hervé Hubert

Vice-présidente : Mme Marion Dhers

Secrétaire Général : Pr Karim Tazarourte

Président du conseil scientifique : Pr Pierre-Yves Gueugniaud

Trésorier : Dr Christian Vilhelm

Merci à tous !
À l'année prochaine !

