

## Urgences (2)

### Emergencies (2)

© SRLF et Springer-Verlag France 2012

#### SP157

#### Prise en charge des urgences vitales intrahospitalières en salle d'accueil des urgences vitales.

##### Expérience au CHRU de Besançon

F. Jardin<sup>1</sup>, T. Desmettre<sup>2</sup>, C. Hugot<sup>1</sup>, C. Manzon<sup>3</sup>, F. Depardieu<sup>1</sup>, F. Koenig<sup>2</sup>, A. Toitot<sup>4</sup>, G. Capellier<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Service des urgences/Samu 25, CHU-hôpital Jean-Minjoz, Besançon, France

<sup>2</sup>Service d'accueil des urgences, CHU-hôpital Jean-Minjoz, Besançon, France

<sup>3</sup>Service de réanimation médicale, CHU-hôpital Jean-Minjoz, Besançon, France

<sup>4</sup>Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Lons, Lons-le-Saunier, France

**Introduction :** L'organisation de la chaîne de survie intrahospitalière (CSIH) comme celle de la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) ont fait l'objet de recommandations. Dans la littérature, peu d'éléments précisent l'implication de la SAUV dans la gestion des UVIH. Son rôle n'est pas précisé dans le protocole interne des UVIH de notre établissement. Le but de ce travail était de documenter les UVIH admises à la SAUV pour en apprécier sa place dans la CSIH.

**Patients et méthodes :** Étude prospective observationnelle descriptive incluant tout patient majeur admis à la SAUV du CHRU de Besançon pour une UVIH au second trimestre 2012. Trois axes d'étude : description de la population et de sa prise en charge, évaluation de la gravité à partir de critères de jugement a priori (score APACHE II, score CCMU) et a posteriori (mortalité observée, durée d'hospitalisation, orientation en soins intensifs ou réanimation), appréciation de la place de la SAUV dans la CSIH par recensement des UVIH admises en réanimation.

**Résultats :** La prise en charge des UVIH représentait 10 % de l'activité globale de la SAUV (71 patients). Avec une moyenne d'âge de 74 ans, la majorité des UVIH prises en charge à la SAUV (86 %) était transférée depuis un service de médecine, dont 66 % depuis un secteur de soins conventionnels. Pour plus de deux patients sur cinq (45 %), le transfert sur la SAUV n'était pas médicalisé. Le motif d'admission à la SAUV était lié à une défaillance respiratoire pour 57 % des patients, en lien avec le motif initial d'hospitalisation pour 51 % des patients. La prise en charge thérapeutique faisait appel à une médecine intensive (voie veineuse centrale : 24 %, cathéter artériel : 23 %, amines : 34 %, remplissage : 39 %, ventilation non invasive : 33 %, intubation orotrachéale : 34 %). Selon le médecin de la SAUV, le pronostic vital était engagé pour 70 % des patients. La mortalité observée s'élevait à 42 %. Un patient sur trois (34 %) a été orienté vers un service de soins intensifs et deux patients sur cinq (40 %) en réanimation. La mortalité observée s'élevait à 42 %. La majorité des UVIH hospitalisées en réanimation (69 %) l'ont été directement, sans passer par la SAUV.

**Conclusion :** La prise en charge des UVIH représente une part limitée mais non négligeable de l'activité de la SAUV. Du fait de la forte

morbimortalité des patients admis, les moyens humains et matériels requis ont été du ressort d'une médecine intensive ou de réanimation. La SAUV semble techniquement adaptée à la prise en charge de ces patients et complémentaire aux services de réanimation par ses spécificités organisationnelles. Mais existe-t-il une perte de chance pour les patients transférés secondairement en réanimation par rapport à ceux directement admis directement ? À l'instar du Samu et des services de réanimation et en concertation avec les différents acteurs de santé concernés, il convient de définir avec précision la place et les fonctions de la SAUV dans l'organisation de la chaîne de survie intrahospitalière (critères d'admission, mode de transfert, orientation).

#### Bibliographie

1. Conférence d'experts de la Société française de réanimation anesthésie (2004) Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières
2. Conférence d'experts de la SFMU, du Samu de France, de la Sfar, de la SRLF (2003) Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV)

#### SP158

#### Évaluation de la prise en charge des syndromes septiques graves aux urgences

E. Gelin<sup>1</sup>, F. Herve<sup>1</sup>, G. Mehu<sup>2</sup>, M. Moriconi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Réanimation, centre hospitalier de Quimper, Quimper, France

<sup>2</sup>Urgences, centre hospitalier de Quimper, Quimper, France

<sup>3</sup>Service de réanimation médicocirurgicale, centre hospitalier de Quimper, Quimper, France

**Introduction :** La prise en charge initiale des syndromes septiques graves débute aux urgences et se poursuit fréquemment en réanimation. De multiples recommandations thérapeutiques, nationales et internationales, existent. Notre étude évalue la prise en charge des syndromes septiques graves à la lumière de ces recommandations au sein des urgences de notre centre hospitalier.

**Matériels et méthodes :** Nous avons réalisé une étude monocentrique, rétrospective, sur 30 mois. Ont été inclus les adultes admis aux urgences puis transférés en réanimation pour syndrome septique grave. Nous avons recueilli les antécédents, le contexte clinique et biologique aux urgences et en réanimation au cours des 24 premières heures. Nous avons comparé la prise en charge entre l'accueil en box et le déchoquage en termes de délais et d'intervention hémodynamique puis l'évolution hémodynamique entre les urgences et la réanimation. Enfin, nous avons évalué la prise en charge anti-infectieuse en termes de délais, de documentation bactérienne et d'antibiothérapie.

**Résultats :** Nous avons inclus 41 patients (dont 11 femmes). Entre la médecine et le déchoquage, la principale différence porte respectivement sur les délais de prise en charge : prise en charge médicale de 94

versus 11 minutes ( $p < 0,01$ ), antibiothérapie de 245 versus 138 minutes ( $p < 0,01$ ), durée de prise en charge de 523 versus 296 minutes ( $p = 0,02$ ). On observe également une différence entre médecine et déchoquage lorsque le remplissage est rapporté à la durée de prise en charge avec 3,44 versus 6,09 ml/min ( $p = 0,01$ ). Au niveau hémodynamique, durant les 24 premières heures en réanimation, par rapport aux urgences, les objectifs sont plus souvent atteints, les thérapeutiques mises en œuvre sont plus fréquentes, ainsi que le monitoring. On observe ainsi respectivement aux urgences et en réanimation : l'obtention d'une pression artérielle moyenne supérieure à 65 mmHg dans 73 % des cas versus 93 % ( $p = 0,04$ ), la mise sous noradrénaline dans 32 % des cas versus 73 % ( $p < 0,01$ ), la pose de sonde urinaire dans 54 % des cas versus 98 % ( $p < 0,01$ ). Aux urgences, 85 % des patients ont eu des prélèvements bactériologiques permettant 53 % d'identification bactérienne et 90 % ont reçu une antibiothérapie. Les portes d'entrée suspectées sont digestives (34 %), respiratoires (29 %), cutanées (13 %), méningées (13 %), urinaires (8 %) et non renseignées (11 %). Une correspondance entre la porte d'entrée suspectée et retrouvée est constatée dans 87 % des cas. Tous prélèvements confondus (urgences et réanimation), nous observons une documentation bactérienne dans 80 % des cas. Trente-six bactéries ont été identifiées (trois co-infections), 26 antibiogrammes ont pu être interprétés et montrent une acquisition de résistance pour sept bactéries, les 19 autres étant considérées sauvages. L'antibiothérapie était considérée adaptée dans 63 % des cas, il s'agissait d'une monothérapie dans 35 % des cas, d'une bithérapie dans 60 % des cas et d'une trithérapie dans 5 % des cas. Celle-ci était administrée dans un délai moyen de 190 minutes. La mortalité en réanimation était de 27 %, sans différence significative en fonction de la provenance des patients.

**Discussion :** Si les différences de délais de prise en charge sont expliquées par le caractère intensif du déchoquage, la question peut se poser de l'orientation des patients à leur arrivée. La prise en charge hémodynamique telle que recommandée par les sociétés savantes américaines semble difficile à adapter au système de soins français, néanmoins, les sociétés savantes françaises ont proposé d'autres recommandations qui ne sont pas non plus appliquées et vers lesquelles il faudrait tendre.

**Conclusion :** Si la prise en charge peut sous certains aspects être considérée satisfaisante au niveau anti-infectieux, elle est optimisable au niveau hémodynamique ainsi qu'au niveau du triage où un temps précieux pourrait être gagné. La mise en place d'un protocole pourrait permettre cette optimisation.

#### Bibliographie

1. Conférence de consensus (2006) Prise en charge hémodynamique du sepsis grave. *Rev Prat* 56:865–8
2. Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, et al (2008) Surviving sepsis campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2008. *Crit Care Med* 36:296–327

#### SP159

##### Insuffisance rénale aiguë aux urgences : incidence et facteurs pronostiques

K. Khaleq, B. Boumahta, M. Nafaa, M. Mouhaoui, H. Louardi  
*Service d'accueil des urgences, CHU Ibn-Rochd de Casablanca, Casablanca, Maroc*

**Introduction :** La survenue de l'IRA aux urgences reste une complication grave et grevée d'une morbidité importante. Le but de cette étude est d'évaluer les différents aspects épidémiologiques, étiopathogéniques et pronostiques de l'IRA.

**Patients et méthodes :** Notre travail est une étude rétrospective de 237 cas d'IRA hospitalisés au service d'accueil des urgences, durant

la période du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 30 juin 2011. Ont été inclus dans notre étude les patients qui présentaient une IRA avec ou sans recours à l'épuration extrarénale. L'IRA a été retenue devant : 1) une augmentation de la créatininémie supérieure ou égale à 5 mg/l par rapport à la valeur initiale ; 2) une augmentation de la créatininémie supérieure ou égale à 50 % par rapport à la valeur initiale ; 3) une réduction supérieure ou égale à 25 % du DFG par rapport à la valeur initiale ; 4) une diurèse inférieure à 0,5 mg/kg par heure pendant plus de six heures ; 5) une apparition de complications nécessitant le recours à la dialyse. Ont été exclus de notre étude les IRA sur insuffisance rénale chronique. Les données ont été saisies et analysées (analyse univariée et multivariée) moyennant le logiciel : SPSS 16.0. L'analyse univariée s'est basée sur les tests de Chi<sup>2</sup>, de Student et analyse des variances (Anova). L'analyse multivariée a été faite par régression logistique binaire.

**Résultats :** Les résultats de notre série ont été comparés à ceux de différentes séries nationales et internationales. L'incidence de l'IRA était de 3,16 %. Nos patients sont caractérisés par leur jeune âge (moyenne d'âge de 52,57 ± 18,78 ans) et par une légère prédominance masculine. Les types et les mécanismes de l'IRA sont multiples et souvent intriqués, le type fonctionnel était prédominant (81,9 %), et les mécanismes par DHA et par sepsis étaient les plus fréquents (94,5, 82,5 % respectivement). Les patients ont bénéficié de différents moyens thérapeutiques adaptés aux mécanismes physiopathologiques de l'atteinte rénale. Le recours à la réhydratation et au remplissage vasculaire était de 47,3 et 16 % respectivement alors que l'EER était réalisé chez 7,5 %. La mortalité était de 37,1 % avec une moyenne d'âge de 51 ± 20,24 ans. L'antécédent d'insuffisance cardiaque, l'existence de DHA, d'ictère, des troubles de conscience, d'une détresse respiratoire, d'une hypotension, d'une désaturation, le mécanisme prérenal (DHA), le recours à la réhydratation, au remplissage, aux substances vasoactives et à la ventilation mécanique, les complications (troubles de rythme cardiaque, sepsis, DMV) ont été identifiés dans notre étude comme des facteurs de mauvais pronostic corrélés à une grande mortalité. Il ressort de notre analyse multivariée que l'oligurie est un facteur indépendant de mortalité.

**Conclusion :** La prévention par remplissage vasculaire optimal et éradication des foyers septiques par une antibiothérapie adaptée et à large spectre paraît la meilleure option thérapeutique pour améliorer le pronostic d'une IRA.

#### SP160

##### Les avis des réanimateurs aux urgences : état des lieux au sein d'un centre hospitalier universitaire

E. Dupeyrat<sup>1</sup>, E. Casalino<sup>1</sup>, M. Wolff<sup>2</sup>, B. Mourvillier<sup>2</sup>, L. Bouadma<sup>2</sup>, C. Choquet<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service d'accueil des urgences, CHU Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

<sup>2</sup>Service de réanimation médicale et infectieuse, CHU Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

**Introduction :** La sollicitation des médecins réanimateurs par les services d'urgences a été peu évaluée dans la littérature. Le point de vue des réanimateurs semble souvent être que les urgentistes ont un recours fréquent aux réanimateurs pour des patients ne relevant pas de la réanimation et que ces appels sont très chronophages. Les patients admis dans le service de réanimation médicale de la structure d'étude proviennent pour environ 25 % du service des urgences. L'objectif de cette étude était une évaluation des pratiques aux urgences d'un centre hospitalier universitaire concernant les avis demandés aux réanimateurs par les médecins urgentistes.

**Matériels et méthodes :** Nous avons mené une étude monocentrique prospective de type épidémiologie descriptive concernant les appels provenant du service d'accueil des urgences aux médecins réanimateurs médicaux sur une période de deux mois (février–mars 2012). L'étude a porté sur le nombre exact d'appels, leurs motifs (défaillance d'organe, avis téléphonique seul, décision collégiale de non-réanimation), ainsi que le temps passé par les réanimateurs à traiter ces appels à partir d'un questionnaire écrit rempli par chaque médecin réanimateur sollicité par le service des urgences.

**Résultats :** Avec une moyenne d'un appel par jour de la part des urgentistes dont 64 % en période nocturne (entre 18 heures et 8 heures 30), les réanimateurs arrivent en moyenne 22 minutes après l'appel et passent environ 49 minutes au sein des urgences pour chaque patient ; 18 % des appels nécessitant plusieurs allers-retours aux urgences. Les motifs d'appel les plus fréquents sont les défaillances respiratoires (55 %) et circulatoires (42 %), plusieurs défaillances pouvant être associées. Dans 95 % des cas, les démarches diagnostique et thérapeutique sont débutées avant l'arrivée du réanimateur, celui-ci modifie cependant la prise en charge du patient dans 82 % des cas. Ce sont des médecins seniors qui sont les acteurs de ces appels (à la fois du côté des urgences et du côté des réanimateurs). Les avis concernant l'indication d'hospitalisation en soins intensifs sont en adéquation dans 89 % des cas entre les urgentistes et les réanimateurs. Quarante-cinq pour cent des patients vus aux urgences par les réanimateurs au cours de la période d'étude ont nécessité une prise en charge en soins intensifs.

**Conclusion :** Les réanimateurs médicaux semblent ici être sollicités de manière raisonnable et adaptée par les urgentistes puisque les patients concernés présentaient des défaillances réelles et pour près de la moitié d'entre eux relevaient d'une hospitalisation en unité de soins intensifs. Cette étude ne prend pas en considération les appels passés aux réanimateurs chirurgicaux de la structure d'étude, et on peut imaginer que le nombre réel d'appels en réanimation (les deux services confondus) serait nettement augmenté. Il faut noter que les médecins réanimateurs sont également sollicités par les autres services d'hospitalisation de l'établissement où l'état clinique des patients est susceptible de se dégrader. On peut ainsi supposer que le temps cumulé par les réanimateurs à l'extérieur du service de réanimation est important, avec des conséquences possiblement néfastes sur les patients du service de réanimation, cela pourrait justifier une seconde étude.

#### Bibliographie

1. Ayed S, Ben Sik Ali H, Atig R, et al (2011) La demande d'avis d'un réanimateur dans un hôpital universitaire est-elle toujours justifiée ? *Réanimation* 20(Suppl. 1):129–30
2. Planchet M, Deniel C, Petit E, et al (2009) Évaluation du recours aux avis spécialisés pour les patients des urgences non hospitalisés. Hôpital d'instruction des armées, COPACAMU

#### SP161

##### Hémorragies sévères en réanimation : analyse rétrospective, descriptive et pronostique de 72 cas

A. Chiche<sup>1</sup>, J. Gois<sup>2</sup>, O. Leroy<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation et maladies infectieuses, hôpital Chatilliez, Tourcoing, France

<sup>2</sup>Service réanimation médicale et infectieuse, hôpital Chatilliez, Tourcoing, France

<sup>3</sup>Service de réanimation médicale et infectieuse, centre hospitalier de Tourcoing, Tourcoing

**Objectif :** Au cours des hémorragies sévères, le pronostic vital est rapidement engagé. La nécessité d'une prise en charge précoce s'impose. Celle-ci est largement décrite dans la littérature concernant les hémorragies d'origine traumatique. L'objectif de notre étude était d'observer les stratégies thérapeutiques mises en œuvre en cas d'hémorragie sévère et de choc hémorragique quelle que soit leur étiologie, et d'évaluer leurs conséquences. Nous avons également cherché à identifier des facteurs prédictifs de mortalité.

**Patients et méthodes :** Étude rétrospective qui s'est intéressée à toutes les hémorragies sévères et tous les chocs hémorragiques arrivant en réanimation, entre 2007 et 2011. Nous avons recueilli les données relatives à la prise en charge avant l'entrée en réanimation, les caractéristiques cliniques et biologiques des patients à leur admission, la stratégie de remplissage vasculaire, les thérapeutiques associées et le devenir des patients. Nous avons réalisé une analyse descriptive suivie d'une analyse univariée puis multivariée, à la recherche de facteurs de risque de mortalité indépendants.

**Résultats :** Nous avons inclus 72 cas qui étaient le motif d'admission en réanimation. L'âge moyen était de  $64 \pm 17$  ans. Soixante-cinq pour cent des patients étaient traités par anticoagulants et/ou antiagrégants. Neuf patients étaient sous aspirine et clopidogrel. Les hémorragies sévères étaient d'origine chirurgicale dans 56 % des cas, et d'origine traumatique pour 4 % des patients. Quarante-trois pour cent des patients se sont présentés, en réanimation, avec d'emblée des troubles de la coagulation (TCA > 50 s). Le nombre moyen de culots globulaires (CG) transfusés était de six, avec un ratio PFC/CG = 2/3. Les cristalloïdes ont été trois fois plus utilisés que les colloïdes. L'analyse univariée montre que les troubles de la coagulation (TCA > 50 s à l'admission), les éléments de la « triade létale » (acidose, troubles de l'hémostase et hypothermie) et la durée de l'hypotension sont des facteurs prédictifs de mortalité. En revanche, l'analyse univariée ne montre pas de différence significative entre les vivants et les décédés, en ce qui concerne la stratégie de remplissage. En analyse multivariée, un TCA allongé au-delà de 50 secondes à l'admission est un facteur de risque indépendant de mortalité, à l'inverse l'origine chirurgicale du choc hémorragique est un facteur protecteur.

**Conclusion :** Cette étude montre que les prises en charge des hémorragies sévères et chocs hémorragiques d'origine principalement chirurgicale dans ce travail suivent les recommandations de bonne pratique retrouvées dans la littérature à propos des chocs d'origine traumatique : ratio cristalloïdes/colloïdes, ratio CG/PFC, chirurgie précoce et noradrénaline administrée précocement. Notre étude n'a pas mis en évidence d'influence pronostique de la stratégie de remplissage en cas d'hémorragie sévère. Comme dans la littérature, nous retrouvons le fait que des troubles de la coagulation précoce grèvent le pronostic. Ce qui explique, entre autres, l'intérêt d'une prise en charge précoce.

#### SP162

##### ECLS Implementation by emergency – intensivist physician for refractory cardiac arrest

L. Lamhaut<sup>1</sup>, R. Jouffroy<sup>2</sup>, W. Bouguin<sup>3</sup>, M. Soldan<sup>1</sup>, P. Philippe<sup>1</sup>, K. An<sup>1</sup>, P. Carli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Département anesthésie-réanimation, CHU Necker-Enfant-malades, Paris, France

<sup>2</sup>Département d'anesthésie et réanimation, CHU la Pitié-Salpêtrière, Paris, France

<sup>3</sup>Inserm U970, centre d'expertise de la mort subite, CHU HEGP, Paris, France

**Introduction:** The refractory cardiac arrest (RCA) is defined by a persistent cardiac arrest after 20 to 30 minutes of ALS. In the event of

good neurologic prognosis, it can be considered the establishment of an *ExtraCorporeal Life Support* (ECLS). One limitation of this therapy is the availability of surgeons. This work aims to evaluate the possibility for of emergency physicians/intensiviste to set up an ECLS.

**Patients and methods:** Emergency and Intensivist physicians have received training and education with cardiac surgeons. When an out hospital RCA meet indication of ECLS according to national guidelines, a team of 2 trained physician implement the ECLS. The ECLS was implement after 30 minutes of ALS. We noted the installation time and complications.

**Results:** Over the first 12 months, we reported 27 ECSL for RCA. The average age was 50 (SD  $\pm$  12) with a majority of male. (74%) The low flow time was 4 minutes ( $\pm$  0,003). The time of implantation was 24 min (SD  $\pm$  9) with a low flow time (cardiac arrest to ECLS) at 92 min ( $\pm$  28). One patient survived without any sequel. (4%) 11 patients (40%) present a brain death in ICU. In 2 cases (7%) the artery cannulation was impossible, probably in relation with an aortic dissection. Furthermore, none of the patient had urgent need surgical revision.

**Conclusion:** This work shows the possibility for emergency and intensivist physician to implement an ECLS for RCA, with out major complication. This strategy can reduce the time to access to the ECLS and diffuse this technic.

## SP163

### Pronostic de l'arrêt circulatoire en préhospitalier : étude à propos de 140 cas

L. Kammoun<sup>1</sup>, A. Chaari<sup>1</sup>, A. Nasri<sup>1</sup>, E Dridi<sup>1</sup>, O. Chakroun<sup>1</sup>, R. Ammar<sup>2</sup>, H. Ksibi<sup>1</sup>, I. Rjeb<sup>1</sup>, M. Bouaziz<sup>2</sup>, N. Rekik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Urgences, hôpital Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie*

<sup>2</sup>*Réanimation, hôpital Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie*

**Introduction :** Le but de cette étude est d'analyser les éléments décisifs dans la réanimation d'un arrêt circulatoire en préhospitalier et les éléments prédictifs d'une mortalité immédiate accrue.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique portant sur 140 cas d'arrêt circulatoire de l'adulte pris en charge par les équipes Smur de Sfax-Tunisie, colligés en 18 mois (2010–2011). Au cours de ce travail, on a étudié tous les appels pour arrêt circulatoire confirmé d'origine non traumatique reçus au centre de régulation. Après une étude statistique, nous avons recherché les facteurs corrélés à une décision de non-réanimation et les facteurs corrélés à une mortalité immédiate accrue de façon statistiquement significative ( $p < 0,05$ )

**Résultats :** L'âge moyen a été de 62 ans  $\pm$  16 avec une prédominance masculine (sex-ratio = 1,7). La majorité des patients ont été avec des antécédents pathologiques (95 %) principalement de type cardiovasculaire (49,2 %). Les tierces représentent 72,2 % des appelants. Le diagnostic de l'arrêt a été porté par l'appelant dans 56,4 %. Seuls 26 patients (18,6 %) ont été vus initialement par des médecins avant l'arrivée des équipes Smur. L'altération de l'état de conscience est le symptôme majeur précédant l'arrêt (46,4 %), suivie par la symptomatologie respiratoire à type de dyspnée ou de douleur thoracique (42 %). Le délai de prise en charge a été en moyenne de 13,2 minutes. La décision de la réanimation a été prise dans 42,1 % des cas (59 patients). Parmi les 59, seulement 27,1 % ont eu des secours avant l'arrivée de l'équipe Smur. Les facteurs corrélés à une décision de non-réanimation ont été la nature de l'appelant et de l'intervenant, la qualité de prise en charge avant l'intervention de l'équipe Smur (RCP ou pas), le délai d'intervention et le rythme de base (asystolie). La mortalité globale a été de 100 %. La mortalité immédiate dans les deux premières heures a été de 86,4 % (51 patients). Les facteurs corrélés à une mortalité immédiate accrue ont été le retard de prise en charge, le rythme de base (asystolie), l'état des pupilles, un temps de récupération élevé et une dose totale d'adrénaline élevée.

**Conclusion :** Le pronostic de l'arrêt circulatoire est sombre d'autant plus qu'il survient en préhospitalier. La nature de l'appelant du premier intervenant et de la qualité de prise en charge avant l'intervention de l'équipe Smur ainsi que de l'équipe Smur est très déterminante dans l'amélioration du taux de survie et du pronostic. L'éducation et la formation continue du citoyen au médecin vis-à-vis de la prise en charge de l'arrêt circulatoire sont impératives et restent toujours d'actualité.