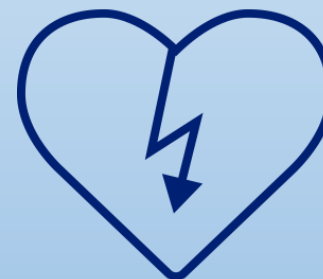




RESURCOR - AC



Focus REGISTRE



Introduction de la Journée

Avant le déjeuner : intervention du Dr Cécile Vallot, Médecin responsable du RENAУ:

Au sujet de l'avenir des réseaux.

Il est très Important de rester pour l'écouter.

Consignes sanitaires:

Pour les repas et pause: Masque, vigilance, repas assis, ne pas hésiter à aller prendre l'air frais....



RESURCOR: Registre historique du RENAU



- Concerne l'ensemble des IDM hospitaliers et extrahospitaliers pris en charge par une structure de garde identifiée (Sapeurs-Pompiers, ambulances privées, pisteurs secouristes, SMUR, médecins de garde et médecins correspondants SAMU).
- **Objectif:** participer à l'amélioration de la survie des personnes victimes d'un SCA ST+ de moins de 12 heures :
 - meilleure prise en charge pré hospitalière.
 - démarche d'évaluation des pratiques professionnelles et d'amélioration de la qualité des soins.
 - description des caractéristiques de la chaîne de survie : alerte précoce, réanimation cardio-pulmonaire, défibrillation précoce, réanimation médicalisée
 - déterminer et/ou confirmer les facteurs d'amélioration de la prise en charge.



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

Annales de Cardiologie et d'Angéiologie 54 (2005) 310–316

Annales de
cardiologie
et d'angéiologie

<http://france.elsevier.com/direct/ANCAAN/>

Article original

Comparaison de la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde
dans les établissements de l'arc alpin et les autres établissements français.
Résultats de l'étude USIC 2000¹

Variations in the management of patients with acute myocardial infarction
in alpine hospitals compared to other French hospitals.
Secondary analysis of the USIC 2000 study data

L. Belle ^{a,b,*}, J. Labarere ^c, M. Fourny ^c, J.P. Cambou ^d, N. Danchin ^e

Conclusion. – En 2000, les patients de l'arc alpin étaient moins souvent pris en charge dans un centre de cardiologie interventionnelle que ceux du reste du territoire français. Cela a motivé l'implantation d'un centre de cardiologie interventionnelle supplémentaire et d'un réseau d'urgences coronariennes.



RESURCOR: une filière efficace



Regional system of care for ST-segment elevation myocardial infarction in the Northern Alps: a controlled pre- and postintervention study

José Labarère ¹, Loïc Belle, Magali Fourny, Gérald Vanzetto, Guillaume Debaty, David Delgado, Julien Brallet, Benoît Vallet, Nicolas Danchin, USIC 2000; FAST-MI

Affiliations + expand

PMID: 22958884 DOI: 10.1016/j.acvd.2012.05.001

Free article

Conclusion: Regionalization of care for STEMI patients improves access to reperfusion therapy, although its impact on clinical outcomes deserves further study.

Copyright © 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

RESURCOR: qui et comment?



- Critère d'inclusion:

- tout patient victime de douleurs thoraciques typiques d'IDM de plus de 20 minutes et **datant de moins de 12h**, résistant à la trinitrine et avec un sus-décalage du segment ST, d'un bloc de branche gauche, ou rythme ventriculaire électro entraîné.

- Comment inclure?

- En remplissant le triptyque:

> Arch Mal Coeur Vaiss. 2006 Sep;99(9):798-803.

[Analysis of the accuracy of a coronary syndrome register]

[Article in French]

M Fourny¹, L Belle, J Labarère, D Senée, D Savary, G Debaty, G Vanzetto, P François

Exhaustivité: 84% => objectif: 100%?

RESURCOR: un registre productif



Nombreuses études, thèses, publications:

- Les premières ont permis de faire un état des lieux et de décrire des populations particulières:

> Arch Mal Coeur Vaiss. 2007 Jan;100(1):13-9.

[Comparison of mortality according to the revascularisation strategies and the symptom-to-management delay in ST-segment elevation myocardial infarction]

[Article in French]
C Ferrier¹, L Belle, J Labarere, M Fourny, G Vanzetto, O Guenot, G Debaty, D Savary, J Machecourt, P François

Affiliations + expand
PMID: 17405549

ACTIONS
Cite
Favorites

SHARE
Twitter Facebook LinkedIn

PAGE NAVIGATION
< Title & authors

> Arch Cardiovasc Dis. Aug-Sep 2010;103(8-9):460-8. doi: 10.1016/j.acvd.2010.09.002. Epub 2010 Oct 30.

Characteristics and management of acute ST-segment elevation myocardial infarctions occurring in ski resorts in the French Alps: Impact of an acute coronary care network

Mathieu Chacornac¹, Gilles Baronne-Rochette, Marie-Hélène Schmidt, Dominique Savary, Daniel Habold, Hélène Bouvaist, Stéphanie Marliere, Loïc Belle, Jacques Machecourt, Gérald Vanzetto, REseau des URgences CORonariennes (RESURCOR)

Affiliations + expand
PMID: 21074125 DOI: 10.1016/j.acvd.2010.09.002
Free article

FULL TEXT LINKS
ELSEVIER OPEN ACCESS

ACTIONS
Cite
Favorites

SHARE
Twitter Facebook LinkedIn

PAGE NAVIGATION
< Title & authors

> Arch Mal Coeur Vaiss. 2007 Feb;100(2):105-11.

[Evolution of strategies of revascularisation in acute coronary syndromes with ST elevation. Analysis of the data of RESURCOR]

[Article in French]
G Debaty¹, L Belle, J Labarere, M Fourny, J P Torres, D Savary, P Usseglio, E Menthonnex, O Guenot, G Vanzetto

Affiliations + expand
PMID: 17474495

ACTIONS
Cite
Favorites

SHARE
Twitter Facebook LinkedIn

PAGE NAVIGATION
< Title & authors

RESURCOR: un registre productif



- L'analyse des pratiques a permis de démontrer ou de confirmer:
 - La sécurité du protocole de transfert « SCA-Alp »
 - que l'organisation du RENAУ pourrait être associée à une réduction des délais diagnostiques et chirurgicaux des patients présentant un SAAA
 - Mais qu'il faut s'améliorer sur les DI-DO times

Early inter-hospital transfer of patients with myocardial infarction without a doctor, paramedic or nurse on board: results from a French regional emergency care network

Sebastien Cassan¹, Mihaela Rata², Claire Vallenet¹, Philippe Fromage¹, Frederic Champly³, Patrick Broin³, Guillaume Peribois⁴, Valerie Sierra⁴, Cedric Lutz², Lionel Mangin², Dominique Savary², François-Xavier Ageron², Loic Belle⁵, SCA-Alp Investigators

Coordination médicale :
LLOT - Dr Pierre METTON - Dr Loic BELLE
et - Chef d'équipe : Mme Emilie LAUNET
Hospitaller Anecy Genevois (CHANGE)
l'Hopital, Epagny - Metz Tassy - BP 90074
74374 PRINGY
Tel : 04 50 63 64 44 - Fax : 04 50 63 64 40
Mail : renau.secr@ch-annecygenevois.fr

<https://www.renau.org>



**TRANSFERT DES SYNDROMES CORONARIENS AIGUS NON ST+
VERS LES USICS INTERVENTIONNELLES
(TRANSFERT SCA ALPES)**

REDACTION : Bureau RESURCOR
VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2021

1. Objet

[Type A acute aortic syndromes: Assessment of the management delays in an emergency medicine network]

[Article in French]

F Bruna¹, A Lecherbonnier², L Belle³, C Vallenet⁴, O Chavanon⁵, N Chavanis⁶

Door-in to door-out times in acute ST-segment elevation myocardial infarction in emergency departments of non-interventional hospitals: A cohort study

Sandrine Clot¹, Thomas Rocher², Claire Morvan³, Mathieu Cardine⁴, Mohamed Lotfi⁵, Julien Turk¹, Pascal Usseglio¹, Vincent Descotes-Genon⁶, Gerald Vanzetto⁷, Dominique Savary², Guillaume Debaty⁴, Loic Belle⁵

RESURCOR: un registre productif



- De l'intérêt des MCS dans la prise en charge en zone éloignée.
- L'étude de la conformité aux recommandations entre 2009 et 2012 a montré que dans 60% des cas la pratique est conforme:
 - Il y a eu une amélioration
 - Il reste une marge de manœuvre
 - Les patients sur lesquels il faut être vigilants ont été identifiés (moins de 65 ans, en choc cardiogénique, avec un bloc de branche gauche ou porteur d'un pacemaker, avec un délai douleur – PEC SMUR < 3h)

Role of primary care physicians in treating patients with ST-segment elevation myocardial infarction located in remote areas (from the REseau Nord-Alpin des Urgences [RENAU], Network)

Komlavi Yayehd¹, Cécile Ricard², François-Xavier Ageron², Léna Buscaglia², Dominique Savary², Bernard Audema³, Diane Lacroix², Manuela Barthes³, Patrick Joubert³, Gaël Gheno², Loïc Belle⁴, RENA-RESURCOR study investigators



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Annales de Cardiologie et d'Angéiologie 63 (2014) 312–320

**Annales de
cardiologie
et d'angéiologie**

Article original

**Reperfusion des infarctus aigus avec sus-décalage du segment ST dans le
RENAU/RESURCOR : des recommandations à la pratique**

Reperfusion in ST elevation myocardial infarction. From the guidelines to practice

A. Duraffourg^a, K. Yayehd^b, M. Fourny^c, J. Turk^d, M. Massoutier^c, F.X. Ageron^e, G. Debaty^f,
C. Ricard^g, G. Vanzetto^h, L. Belle^{i,*}, J. Labarere^c

RESURCOR: un registre productif



- Influence des caractéristiques des patients:

Age-Related Differences in Reperfusion Therapy and Outcomes for ST-Segment Elevation Myocardial Infarction

Julien Turk ¹, Magali Fourny ², Komlavi Yayah ³, Nicolas Picard ¹, François-Xavier Ageron ⁴, Bastien Boussat ², Loïc Belle ³, Gérald Vanzetto ⁵, Etienne Puymirat ⁶, José Labarère ^{2 7 8}, Guillaume Debaty ^{8 9}

Affiliations [+](#) expand

PMID: 29684242 DOI: 10.1111/jgs.15383

Influence of gender on delays and early mortality in ST-segment elevation myocardial infarction: Insight from the first French Metaregistry, 2005-2012 patient-level pooled analysis

Stéphane Manzo-Silberman ¹, Francis Couturaud ², Sandrine Charpentier ³, Vincent Auffret ⁴, Carlos El Khoury ⁵, Hervé Le Breton ⁴, Loïc Belle ⁶, Stéphanie Marlière ⁷, Marianne Zeller ⁸, Yves Cottin ⁹, Nicolas Danchin ¹⁰, Tabassome Simon ¹¹, François Schiele ¹², Martine Gilard ¹³

Affiliations [+](#) expand

PMID: 29478726 DOI: 10.1016/j.jjcard.2018.02.044

Sex differences in coronary artery lesions and in-hospital outcomes for patients with ST-segment elevation myocardial infarction under the age of 45

Estelle Vautrin ¹, Aure-Elise Biguet Petit Jean ², Magali Fourny ³, Stéphanie Marlière ¹, Gérald Vanzetto ¹, Hélène Bouvaist ¹, Guillaume Debaty ^{4 5}, Loïc Belle ², Nicolas Danchin ⁶, José Labarère ^{3 4 7}

- Etude PREDICTIME
- Et bien d'autres.

RESURCOR: quelques données



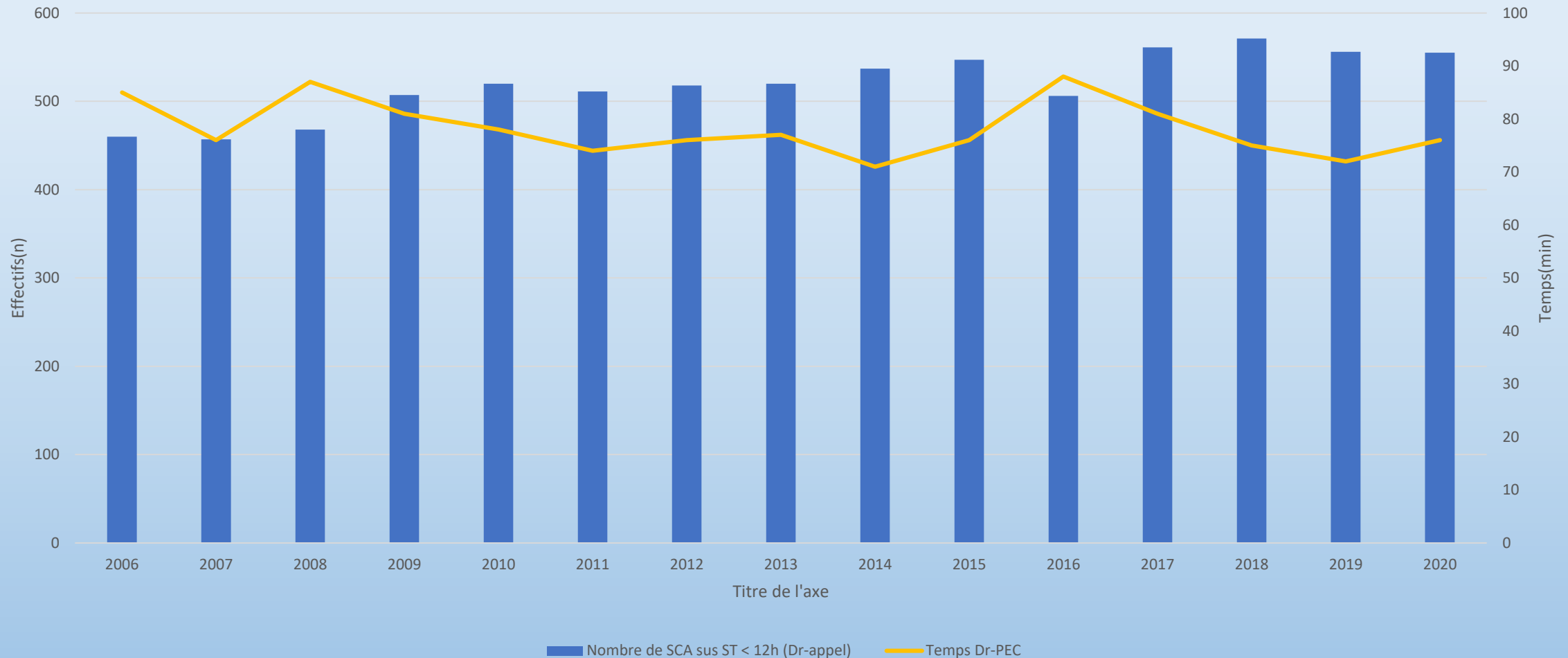
Délais début de douleur Délai porte-porte*	< 3h	3h à 12h
< 60 min	ANGIOPLASTIE	ANGIOPLASTIE
≥ 60 min (ou doute sur précision du délai)	THROMBOLYSE	ANGIOPLASTIE**

* Délai porte-porte = délai entre le diagnostic par le médecin pouvant thrombolyser et l'arrivée devant la salle de cardiologie interventionnelle.

** Envisager une fibrinolyse pour les patients très éloignés des salles de cardiologie interventionnelle, avec des infarctus larges.

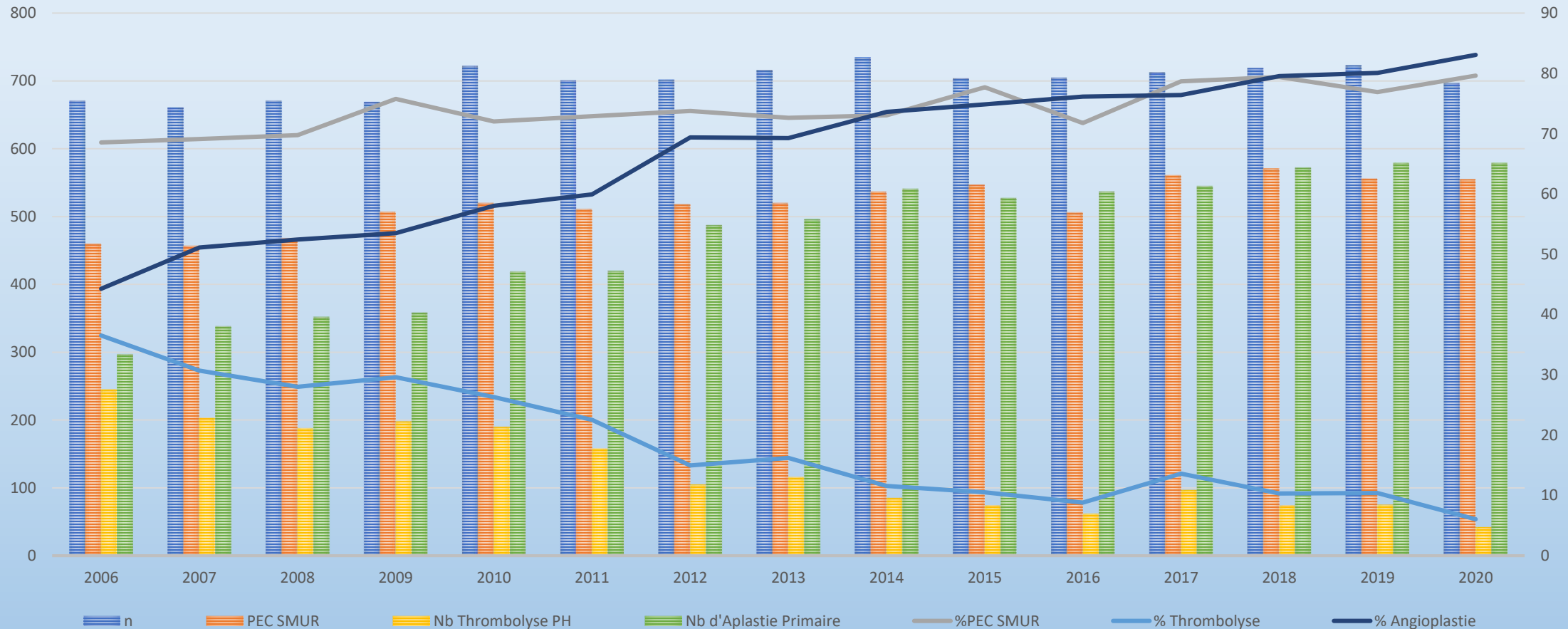
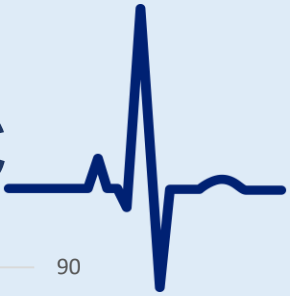


En préambule: Nb de SCA PEC en SMUR, et délais médian Dr-PEC SMUR



**Peu de Dossier SMUR ou le délai Douleur/PEC est de plus de 3h,
On est donc très souvent dans des délais où il y a un vrai choix stratégique pour le patient**

Evolution: Nombre de SCA, Médicalisation et Stratégie de PEC



Le rapport TIH/PCI est passé de 2/3 en 2006 à moins de 1/10 en 2020

Stratégies de Reperfusion



- Le Territoire suit la tendance nationale et internationale
 - Un Nb d'angioplastie primaire qui augmente et reste élevée
 - le maintien d'un taux de thrombolyse non négligeable
 - Chez nous supérieur à la moyenne (8% vs 6%)
 - Et une stratégie considérée comme bonne dans plus de 60% des cas
- Néanmoins...

En 2010, en France rapport
TIH/PCI≈1/3

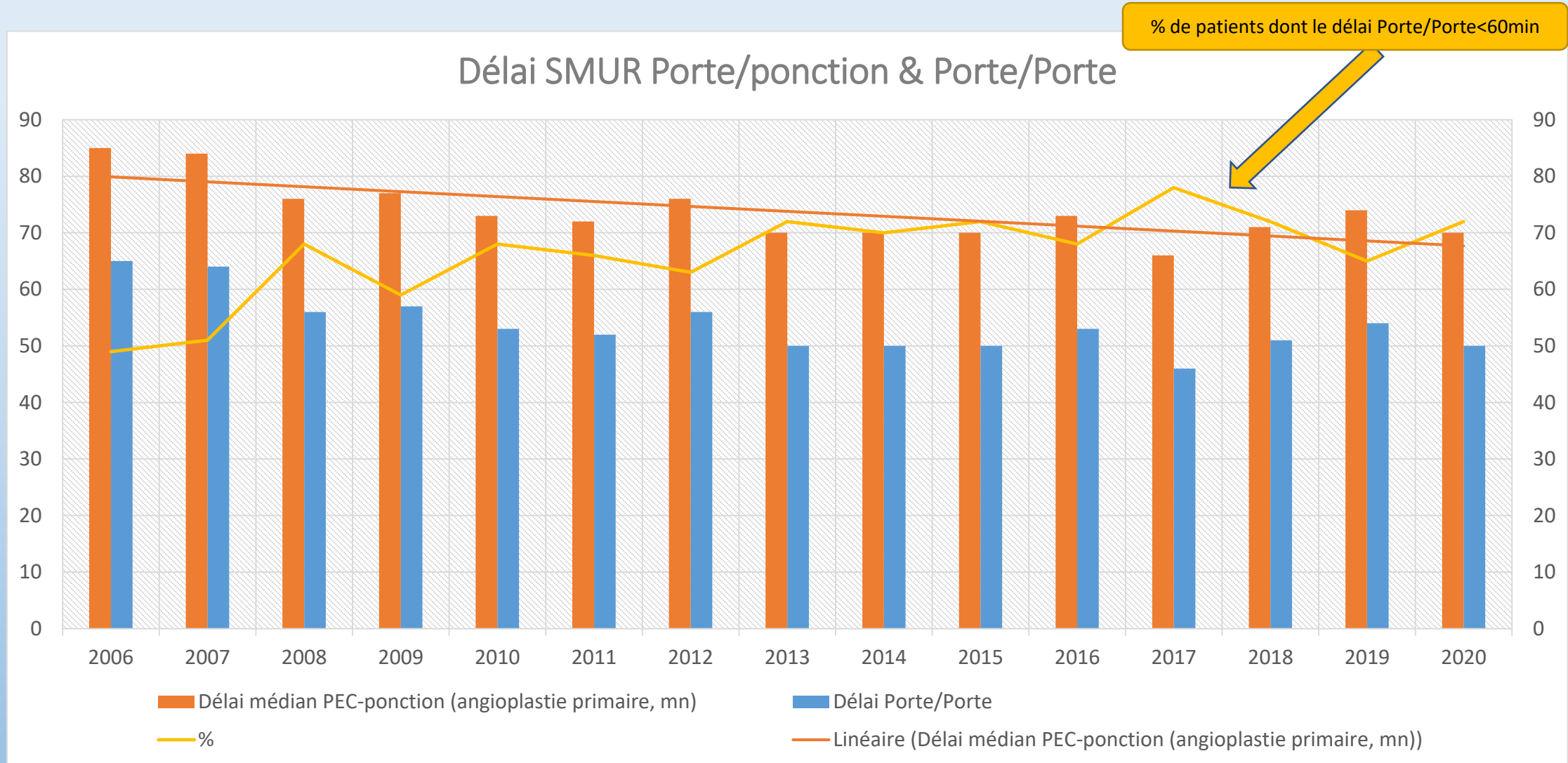


European Heart Journal (2014) **35**, 1957–1970
doi:10.1093/eurheartj/eh529

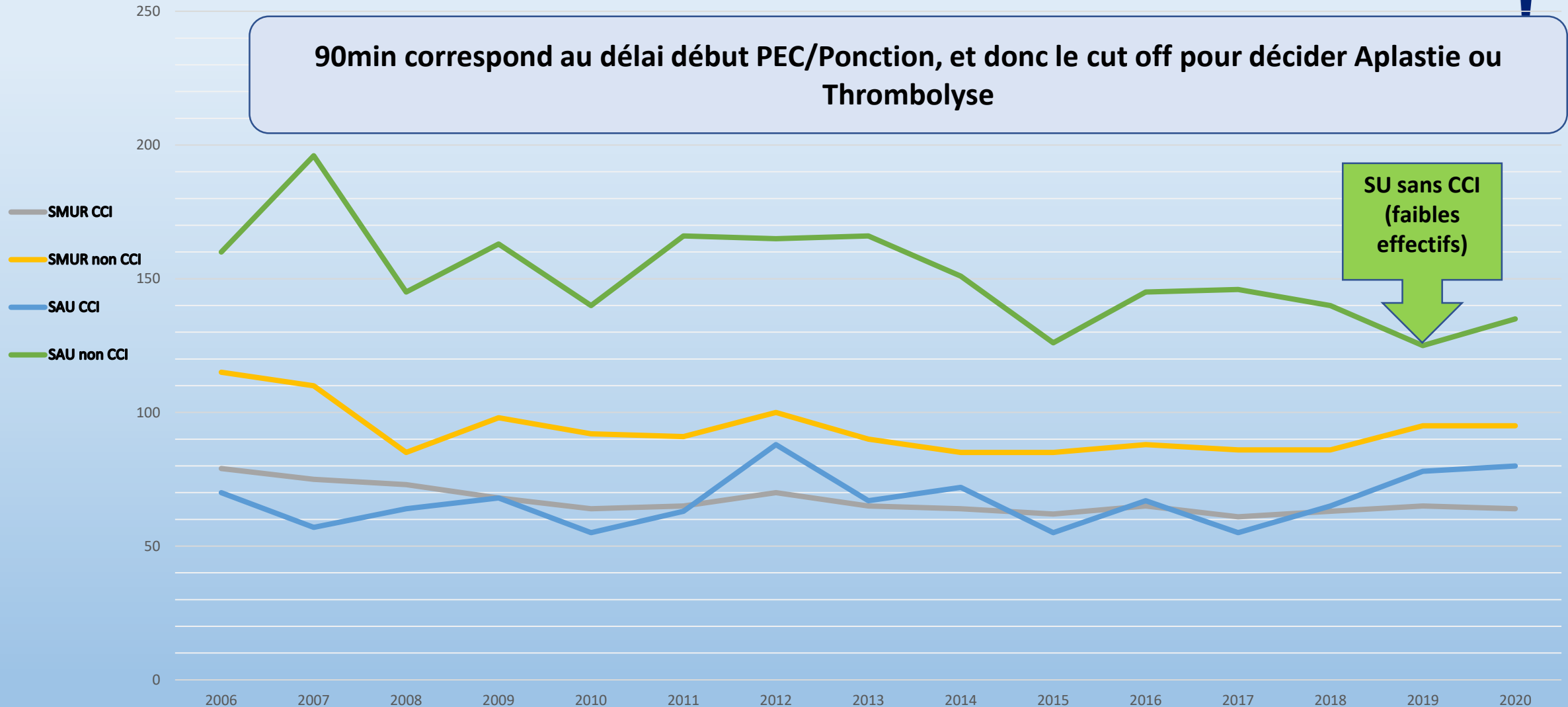
CLINICAL RESEARCH
Interventional cardiology

**Reperfusion therapy for ST elevation acute
myocardial infarction 2010/2011: current status
in 37 ESC countries**

PEC SMUR exclusivement



Evolution des Délais Médiens de Ponction selon la filière de PEC



Délais



- Peu de modification en 2020 par rapport aux autres années:
 - Délais médian Porte/ponction: 70min (Moyenne depuis 2006: 74min)
 - Délais médian Resurcor Porte/porte: 50min(Moyenne de ces délais depuis 2006: 54min)
 - En 2020, 28% des Patients ayant eu une PCI ont eu un délai P-P > 60min
 - 50% des patients dans le Bras Aplastie Ire arrivent après 50min...
 - Donc un certains nombre auraient certainement du bénéficier d'une Thrombolyse
 - Vigilance pour les SCA dans les SU sans coro...
- Il y aura une présentation d'un travail sur les critères associés à ces délais!!

Et en cette période COVID si particulière.... Etre encore plus attentif!!

JAMA | Original Investigation

Association Between COVID-19 Diagnosis and In-Hospital Mortality in Patients Hospitalized With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction

Marwan Saad, MD, PhD; Kevin F. Kennedy, MS; Hafiz Imran, MD; David W. Louis, MD; Ernie Shippey, MS; Athena Poppas, MD; Kenneth E. Wood, DO; J. Dawn Abbott, MD; Herbert D. Aronow, MD, MPH

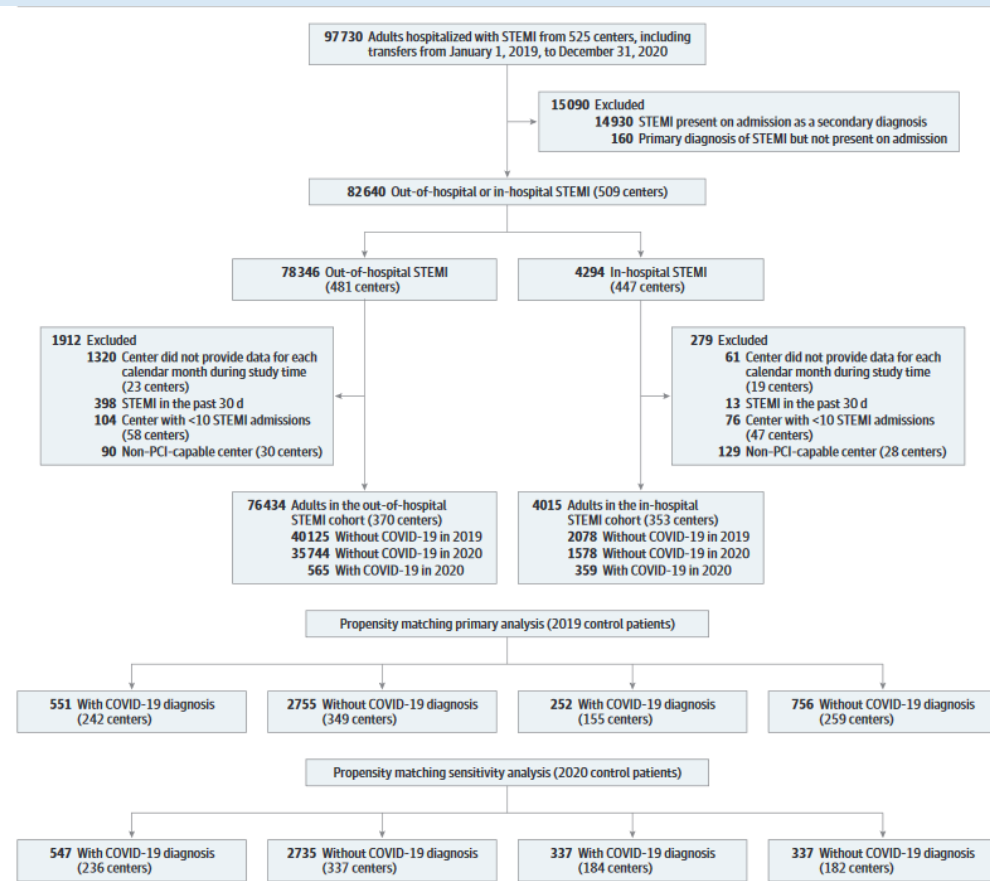


Figure 2. Association Between COVID-19 Diagnosis and Outcomes Among Propensity-Matched Patients With Out-of-Hospital and In-Hospital ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI)

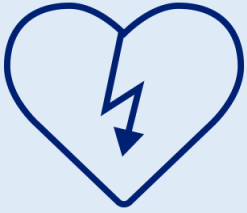
A Out-of-hospital STEMI

Outcome	Patients, No. (%)		Absolute difference (95% CI)	Odds ratio (95% CI)		Less likely with COVID-19	More likely with COVID-19	P value
	With COVID-19 (n=551)	Without COVID-19 (n=2755)		Unadjusted	Adjusted			
Primary								
In-hospital death	84 (15.2)	308 (11.2)	4.1 (1.09 to 7.04)	1.85 (1.48 to 2.32)	1.43 (1.1 to 1.86)		■	.007
Secondary								
Composite of death, stroke, or myocardial infarction	99 (18.0)	364 (13.2)	4.8 (1.58 to 7.93)	1.91 (1.55 to 2.36)	1.44 (1.13 to 1.84)		■	.003
Composite of death or stroke	99 (18.0)	362 (13.1)	4.8 (1.65 to 8.00)	1.88 (1.53 to 2.33)	1.45 (1.13 to 1.85)		■	.002
Acute decompensated heart failure	175 (31.8)	838 (30.4)	1.3 (-2.51 to 5.20)	1.07 (0.90 to 1.27)	1.06 (0.87 to 1.30)	■		.53
Cardiogenic shock	101 (18.3)	476 (17.3)	1.1 (-2.15 to 4.25)	1.11 (0.90 to 1.37)	1.07 (0.85 to 1.36)	■		.55

B In-hospital STEMI

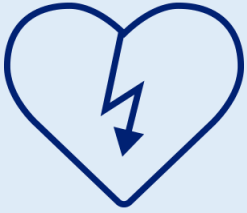
Outcome	Patients, No. (%)		Absolute difference (95% CI)	Odds ratio (95% CI)		Less likely with COVID-19	More likely with COVID-19	P value
	With COVID-19 (n=252)	Without COVID-19 (n=756)		Unadjusted	Adjusted			
Primary								
In-hospital death	193 (76.6)	335 (44.3)	32.3 (25.15 to 39.40)	6.23 (4.83 to 8.04)	4.11 (2.97 to 5.69)		■	<.001
Secondary								
Composite of death, stroke, or myocardial infarction	199 (79.0)	369 (48.8)	30.2 (23.09 to 37.23)	5.76 (4.41 to 7.52)	3.94 (2.82 to 5.50)		■	<.001
Composite of death or stroke	199 (79.0)	364 (48.1)	30.8 (23.74 to 37.90)	5.66 (4.33 to 7.39)	4.04 (2.89 to 5.65)		■	<.001
Acute decompensated heart failure	107 (42.5)	335 (44.3)	-1.9 (-8.93 to 5.22)	0.56 (0.45 to 0.69)	0.93 (0.70 to 1.24)	■		.61
Cardiogenic shock	69 (27.4)	185 (24.5)	2.9 (-3.28 to 9.10)	0.94 (0.74 to 1.19)	1.16 (0.84 to 1.61)	■		.36

REGISTRE AC



- Créé en 2004 c'est également un des plus anciens registres du RENAУ.
- Est éligible tout patient victime d'un AC extrahospitalier pour lequel un service d'urgence pré-hospitalier du RENAУ a été missionné dans l'objectif de faire une réanimation.

Un registre de qualité



How exhaustive are out of hospital cardiac arrest registers? The example of the Northern French Alps Cardiac Arrest Registry

Dominique Savary ¹, Cécile Ricard ², Adrien Drouet ³, Arnaud Gaillard ⁴, Guillaume Geri ⁵, Marc Fadel ⁶, Jean Christophe Richard ³, Guillaume Debaty ⁷, Alexis Descatha ⁸

Exhaustivité: 81% => objectif: 100%?



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

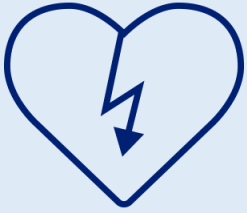
Année : 2019

COMPARAISON DES REGISTRES FRANÇAIS D'ARRÊT CARDIAQUE EXTRA HOSPITALIER

Alexandre ARMAINGAUD

- Comparaison de 4 registres d'AC
- Bonne qualité du RENAUC-AC , principaux axes d'amélioration:
 - Recueil de 90% des variables fondamentales d'Utstein (17/19)
 - Pas d'horodatage formalisé
 - audit

Un registre productif



- Sur les AC traumatiques:

➤ [Resuscitation](#). 2021 Aug;165:8-13. doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.05.012. Epub 2021 Jun 1.

Acting on the potentially reversible causes of traumatic cardiac arrest: Possible but not sufficient

Dominique Savary¹, Delphine Douillet², François Morin², Adrien Drouet³, Thomas Moumned², Pierre Metton³, Bruno Carneiro², Marc Fadel⁴, Alexis Descatha⁵



Preprints are preliminary reports that have not undergone peer review.
They should not be considered conclusive, used to inform clinical practice,
or referenced by the media as validated information.

Impact of specific emergency measures on survival of out of hospital traumatic cardiac arrest: data from the northern french alps cardiac arrest registry.

- Sur la PEC des AC:

Observational Study ➤ [Scand J Trauma Resusc Emerg Med](#). 2016 Apr 22;24:53.

doi: 10.1186/s13049-016-0247-y.

Impact of an emergency medical dispatch system on survival from out-of-hospital cardiac arrest: a population-based study

François-Xavier Ageron^{1 2}, Guillaume Debaty³, Angèle Gayet-Ageron⁴, Loïc Belle^{5 6}, Arnaud Gaillard⁷, Marie-France Monnet⁸, Stéphane Bare⁹, Jean-Christophe Richard¹⁰, Vincent Danel³, Jean-Pierre Perfus¹⁰, Dominique Savary¹⁰

Observational Study ➤ [Resuscitation](#). 2017 Oct;119:43-47.

doi: 10.1016/j.resuscitation.2017.07.030. Epub 2017 Aug 4.

Survival of cardiac arrest patients on ski slopes: A 10-year analysis of the Northern French Alps Emergency Network

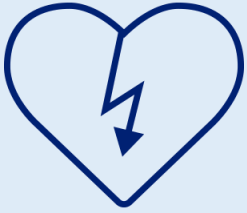
Damien Viglino¹, Maxime Maignan², Arnaud Michalon³, Julien Turk⁴, Sarah K Buse⁵, Marc Blancher⁵, Tom P Aufderheide⁶, Loïc Belle⁷, Dominique Savary³, François-Xavier Ageron³, Guillaume Debaty⁸, Northern French Alps Emergency Network RENA group

➤ [Resuscitation](#). 2016 Jan;98:e2-3. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.10.014. Epub 2015 Nov 24.

Survival is surfing on the guidelines wave

François-Xavier Ageron¹, Guillaume Debaty²

Un registre productif



- Sur les AC en zones éloignées:

UGA
FACULTÉ
DE MÉDECINE
Université
Grenoble Alpes

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2020

**ANALYSE DES ARRETS CARDIAQUES EXTRA-
HOSPITALIERS PRIS EN CHARGE PAR LES MEDECINS
CORRESPONDANTS SAMU SUR LE TERRITOIRE NORD
ALPIN AU COURS DE LA PERIODE 2007-2019**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

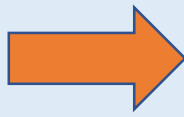
DIPLÔME D'ÉTAT

Vincent BERNARD

Céline Vigneron ,encadrée par Guillaume Debaty:

- « *Neurological Outcome Following Out-of-Hospital Cardiac Arrest in case of Delayed Ambulance Response Time.* »
- Arrivée tardive des secours:
 - Diminution de la survie avec un bon pronostic neurologique
 - Impact de la RCP par les témoins

AC n=28373



**RACS, même
transitoire**

Non, n=22835

Oui, n=5538

17% des AC sont
transportés à
l'hôpital

**Arrivés(es)
vivants(es) à
l'Hôpital**

Non, n=23629

Oui, n= 4744

**Sortis(es)
vivants(es) de
l'hôpital**

Non, n=3262

Oui, n=1482

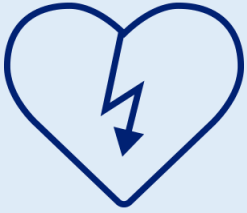
31,3% des
patients arrivés à
l'hôpital en
ressortent vivant!

Survie à 30 Jours

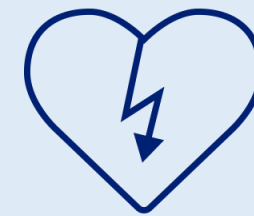
Oui, n=1348

**Survie avec Bon
Pronostic neuro**

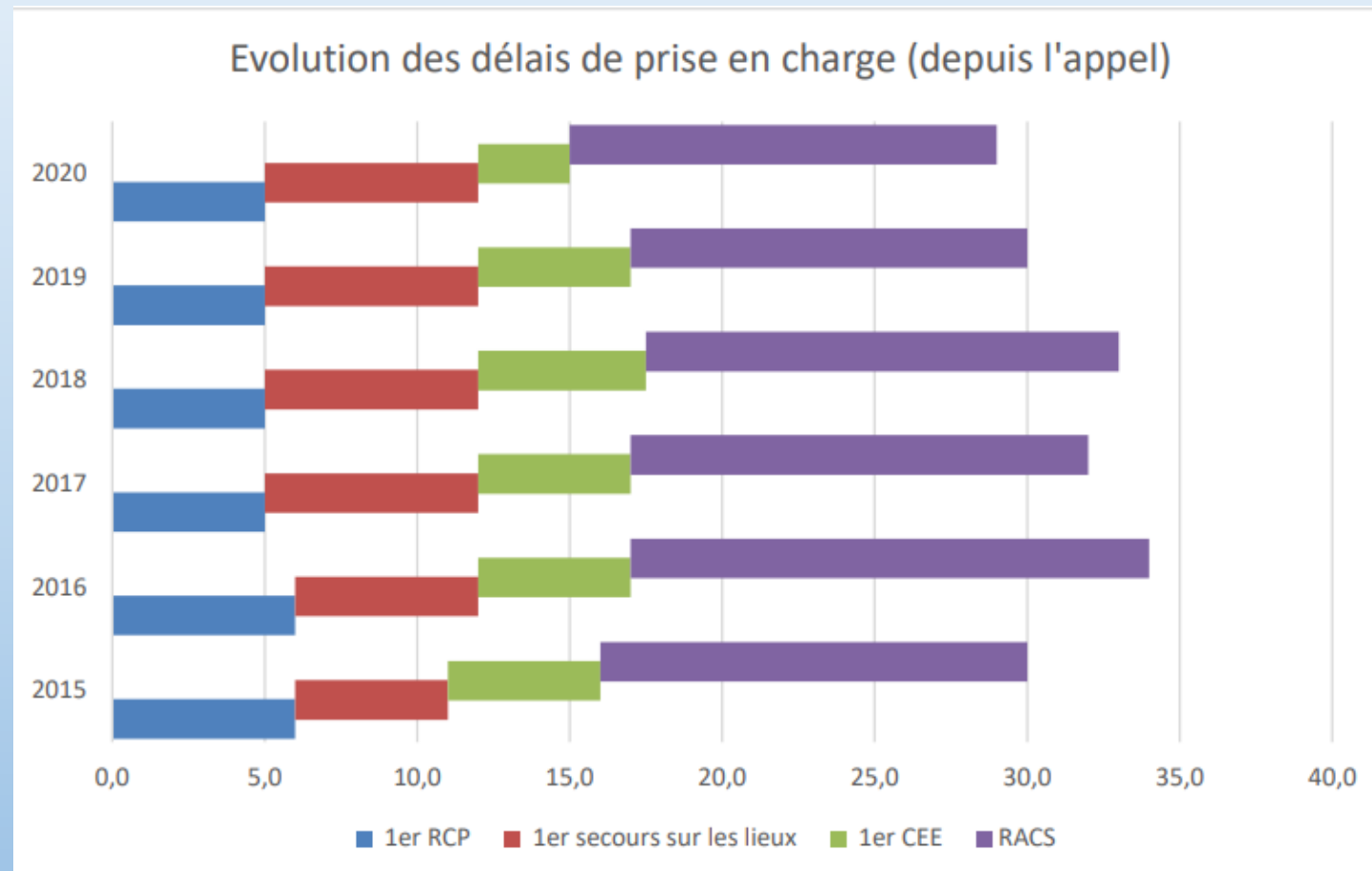
**CPC 1 ou 2
N=1261,
→4,5% de tout les AC
→27% des arrivés
vivants à l'hôpital**

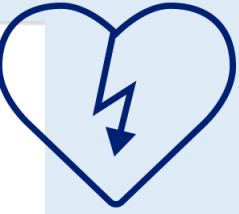


Registre AC: délais de PEC stables

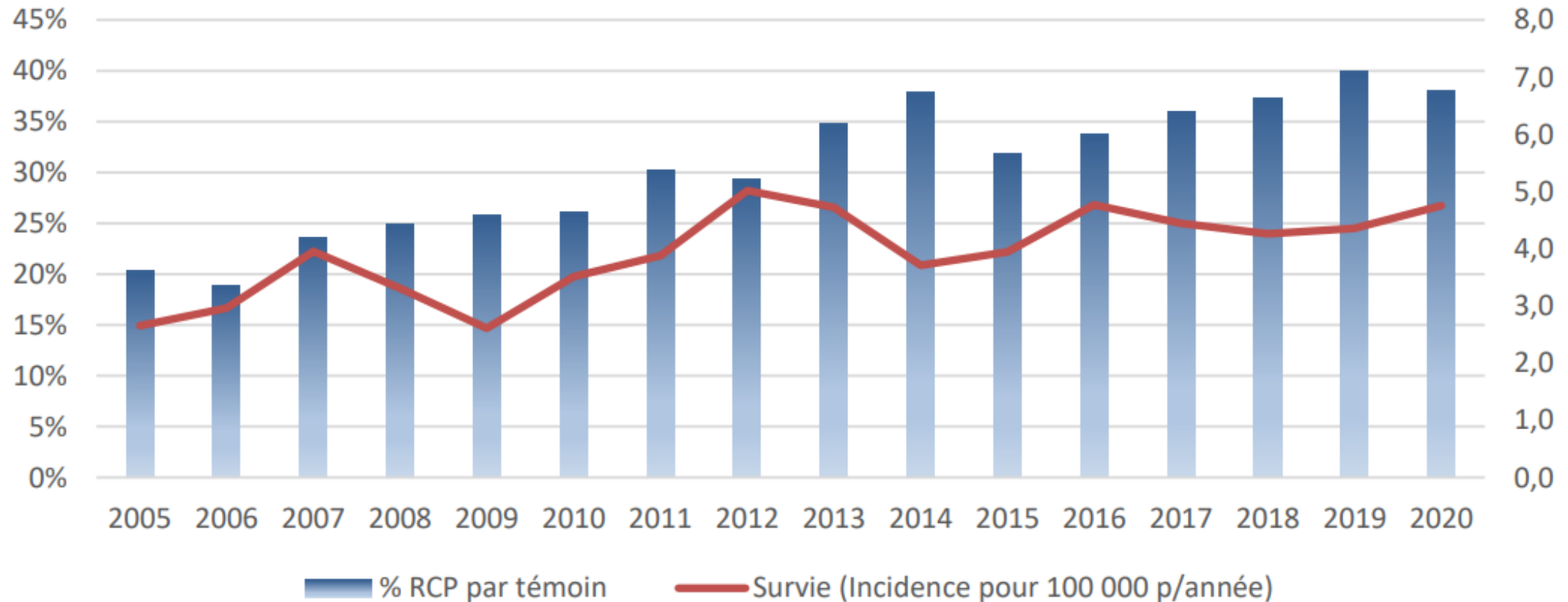


- La première RCP est de plus en plus précoce
- Arrivée des secours également plus précoces...
- **Meilleure Reconnaissance de l'AC?**

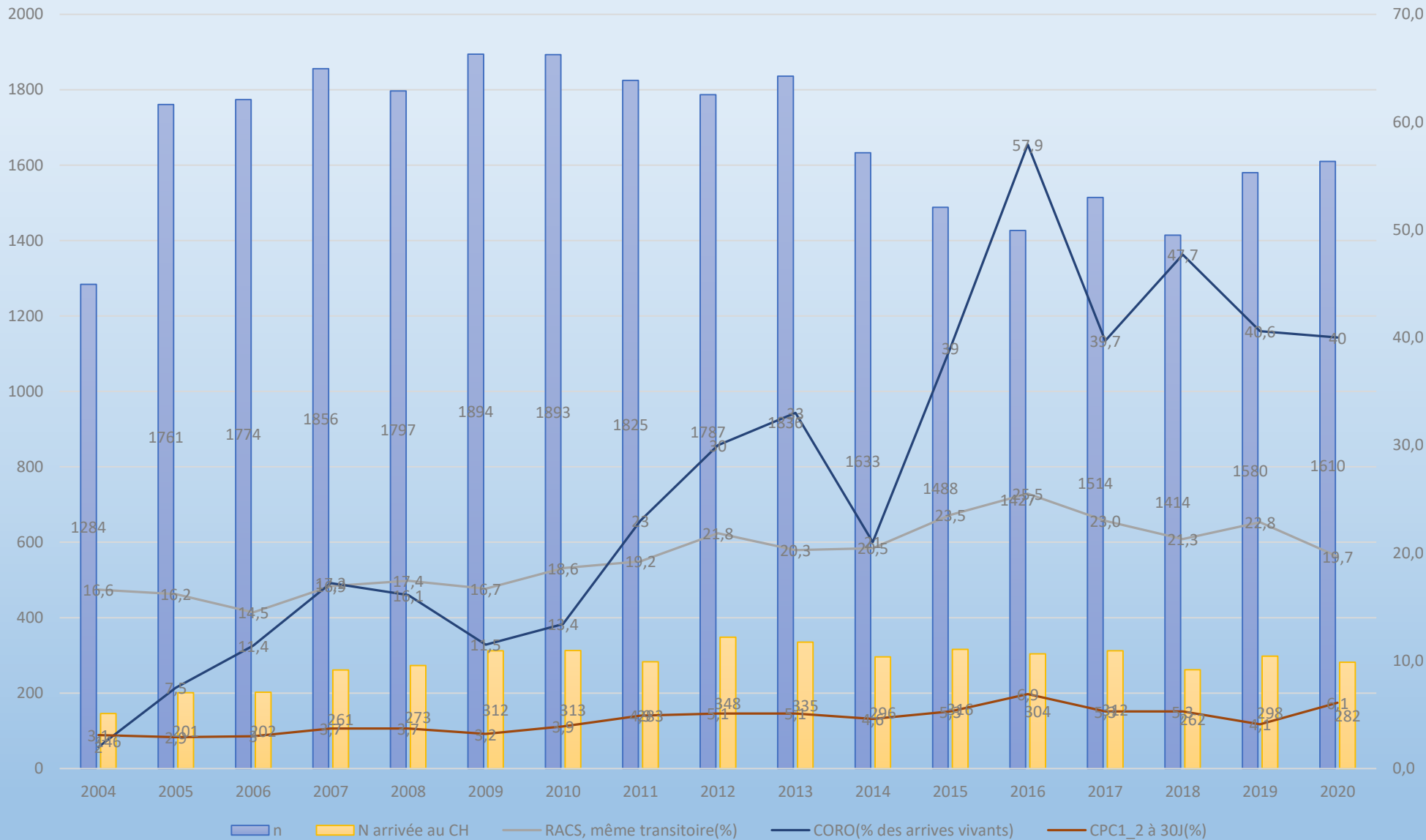
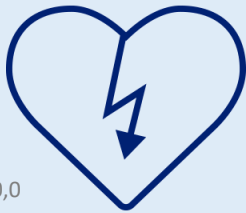




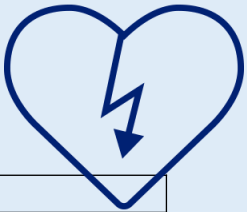
Survie RENAU 2005 - 2020 (/100.000Hab/an) et proportion d'AC avec RCP par témoin spectateur



Effectifs (total, arrivés vivants au CH), RACS (%), Coro(en % des arrivés vivants), CPC 1ou2 (%)



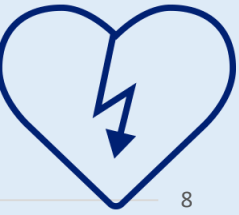
Analyse des CPC 1&2



Les patients survivants, avec bon devenir neurologique:

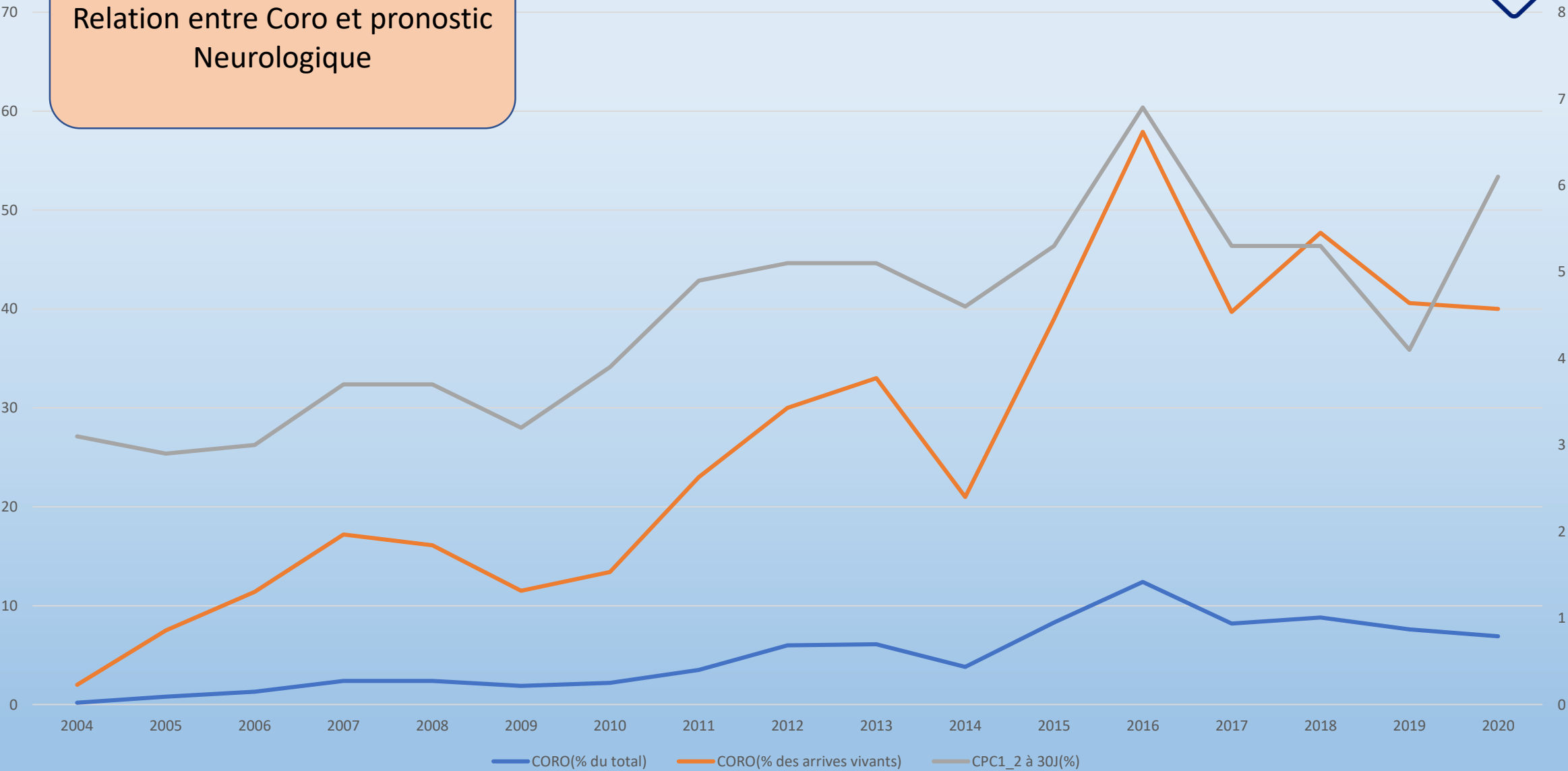
- Sont plus jeunes
- Ont fait à 80% un AC d'étiologie cardiologique
- Avec des rythmes choquables
- Et donc ont plus de coro ou d'ECMO
- Ont bénéficié d'une RCP plus précoce
- Relation statistiquement significative entre le bon devenir neurologique:
- et l'appel initial au 15 (conseil?)
- Et la survenue de l'AC dans un lieu où une procédure dédiée est organisée (par ex piste de ski)?

	CPC1_2			
	Autres (CPC 3/4 et décédés)	1		
Eff	27112	1261		
%	95,6	4,4		
Age	66	57	p<0,05	Ttest
Médiane, [IC]	[65.8-66.3]	[56-58]		
Délais App/RCP(IC)	9 (8.7-9.2)	7 (5.5-8.2)	P<0,05	Ttest
Pas de RCP Précoce (%)	98,4	1,6		
RCP précoce/ spectateur(%)	94	6		
RCP précoce/ secouriste(%)	85	15		
Etio Cardio	12707	991	p<0,05	X2
%	93	7		
Coro	626	729	p<0,05	X2
%	47	53		
ECMO	161	30	p<0,05	X2
%	84	16		
CEE délivré	2072	389	p<0,05	X2
%	84	16		
Appel direct au 15	9317	503	p<0,05	X2
	95	5		
en OR		1,3 (1,13-1,44)		
Dom	96	4		
Lieu Public	89	11		
Voie Publique	91	9		
E.Médicosocial	98	2		
Travail/Usine	87	13		
Montagne (Hors piste)	96	4		
Montagne (Piste balisée)	87	13		

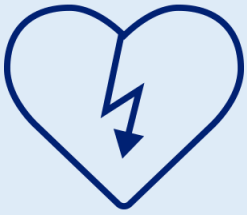


Relation entre Coro et pronostic Neurologique

Evolution des coronarographies dans l'AC

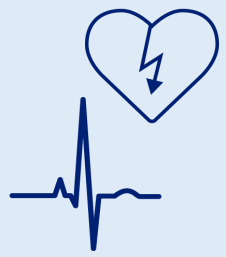


Registre AC: conclusions



- Pour les AC choquables: continuer comme on le fait, aller encore plus vite, favoriser les DEA publics, communiquer
- Pour les AC non choquables: mieux identifier les bons profils, améliorer le travail en régulation (reconnaissance de l'AC, améliorer la RCP par témoins)

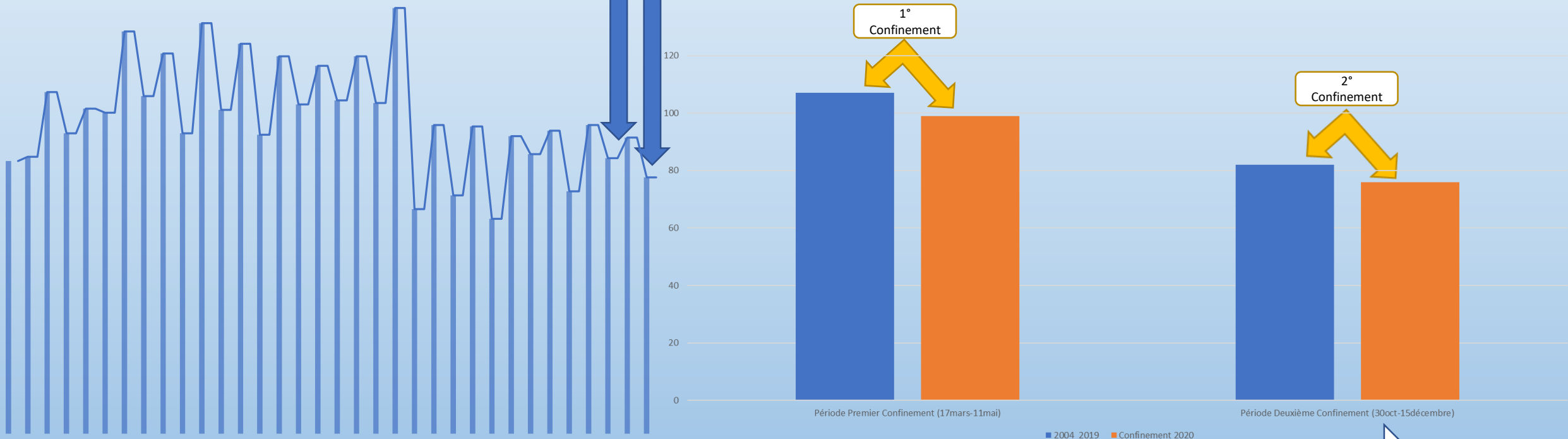
Peu d'Impact des confinements(de 2020) sur les PEC des AC et SCA ST+



AC

Périodes des 1 et 2°
Confinements en 2020

RESURCOR:
≈ -6%



Données des Registres AC/Resurcor de 2004 à 2020 (2 périodes par Année, correspondant aux 2 périodes de Confinement (17mars-11avril)(30 oct/15décembre)