SYMPOSIUM PREMIERS RÉPONDANTS

2e édition romande 2025

Bienvenue

SAVE A LIFE

FONDATION REAJURA
FORMATIONS EN PREMIERS SECOURS ET RÉANIMATION

NE First Responders

VD First Responders

Cette présentation vise à faire l'état des lieux des nouvelles recommandations 2025 de l'ERC, de les mettre en lien avec l'adaptation à venir au niveau du SRC via les recommandations pour les cours BLS-AED SRC mais aussi au niveau du document *« Stratégie nationale de survie relative à l'arrêt cardiorespiratoire »* datant de 2023.

Conflits d'intérêts

- Aucun majeur
- Enseignant à l'ES ASUR
- Instructeur BLS-AED SRC

Histoire des recommandations ERC [1]

1992 – Première publication sur l'ACR (BLS et ALS)
1994 – Introduction de la situation pédiatrique
1996 – Gestion des voies aériennes et de la ventilation
1998 – Mises à jour du BLS et de l'ALS
2000 – Collaboration avec l'ILCOR
2005 à 2015, 2017, 2018 – Mises à jour continues (tous les 5 ans)
2020 – Mises à jour tenant compte de la COVID-19
2021 – Mises à jour retardées en raison de la COVID-19
2025 – Nouvelles recommandations

Voici l'histoire des recommandations de l'ERC.

Entre 2000 et 2015, les recommandations se basaient sur des cycles de recherche de cinq ans. Depuis, le CoSTR publie des mises à jour annuelles en fonction de l'avancée des études.

L'ERC maintient une mise à jour tous les cinq ans afin d'éviter tout risque de confusion. Si une mise à jour importante est nécessaire, l'ERC émet un correctif avant la période prévue de cinq ans.

Elle existe depuis 20 ans.

Il n'y a pas eu de grands changements dans les premiers maillons.

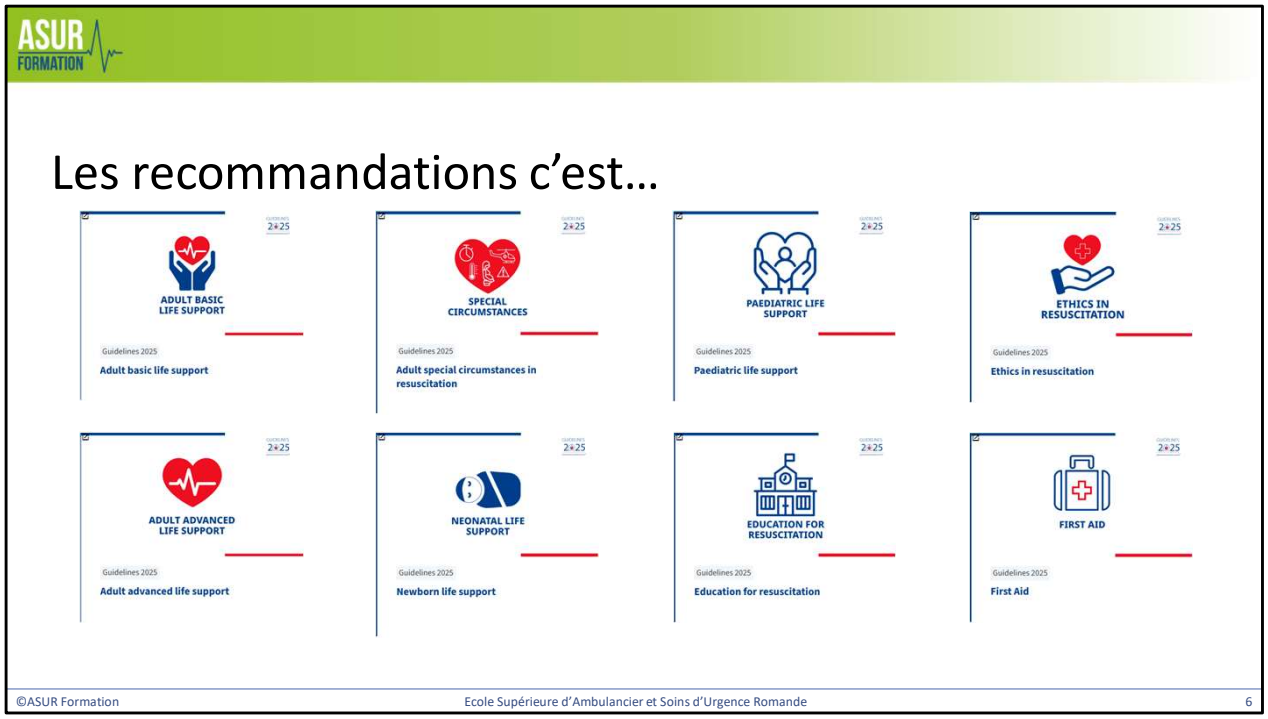
L'ERC met en avant l'importance des premier·ère·s intervenant·e·s, qui doivent être accompagné·e·s par la régulation à l'aide de mots simples.

Le premier maillon inclut les aspects de prévention, la reconnaissance rapide des problèmes cardiovasculaires et l'activation rapide des secours.

Le deuxième maillon comprend les mesures de réanimation et la défibrillation précoce.

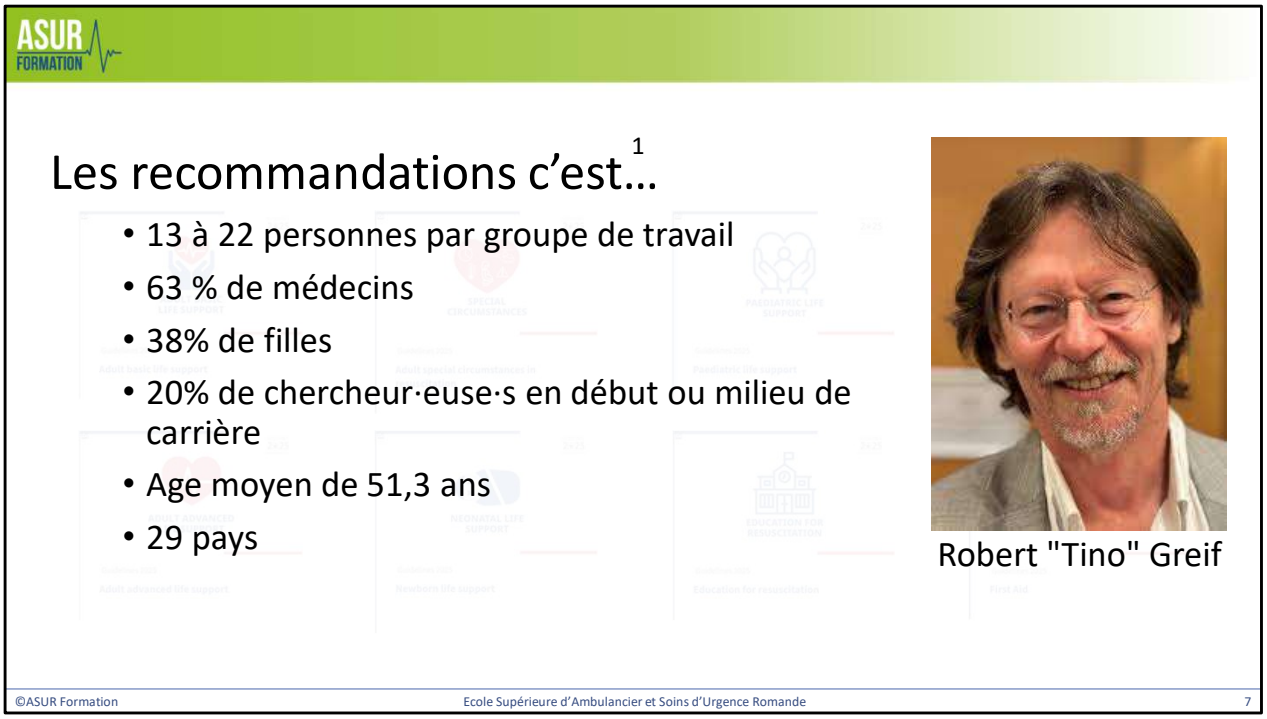
Le troisième maillon correspond aux soins avancés.

Le dernier maillon est celui qui a subi le plus de changements, en intégrant les soins post-réanimation. Sauver, c'est bien, mais il faut encore améliorer le devenir à long terme. L'objectif est de permettre aux victimes le meilleur pronostic neurologique possible.



8 chapitres

- BLS adulte
- ALS adulte
- Circonstances particulières de réanimation chez l'adulte
- Réanimation pédiatrique
- Réanimation néonatale
- Formation à la réanimation
- Éthique en réanimation
- Premiers secours



Les groupe des travail ont été constitué en février 2024 et finalement constitués selon les spécificités présente sur la slide. Pour chaque membre, une évaluation des conflits d'intérêts a été réalisée.

Les pays représentés:

Allemagne	Australie	Autriche
Belgique	Brésil	Canada
Croatie	Danemark	Espagne
Etats-Unis	Finlande	France
Grèce	Hollande	Irelande
Israël	Italie	Malte
Norvège	Pologne	République Tchèque
Roumanie	Royaume-Uni	Serbie
Slovénie	Sri Lanka	Suède
Suisse	Tunisie	

La suisse est spécialement représenté par Robert «Tino» Greif, directeur des Recommandations ERC et de l'ILCOR.

Professeur en médecine intensive et anesthésiste autrichien ayant fait carrière à l'Inselspital. Il compte aujourd'hui 390 publications et 22'000 citations. Il est également au bénéfice d'un master en éducation médicale.

Ethiologie de l'ACR [1]

	SWISSRECA 2024 [2]
• ACR hors hôpital 55/100'000 habitants	
• Age moyen 67 ans	• 69 ans
• 65% homme	• 68%
• 70% domicile	• 65,5%
• 20% rythmes défibrillables	• 25,5%
• 91% causes médicales	• 83,4%
• 58% RCP par témoins (13 à 82%)	• 60%
• 2,6 à 59% utilisation d'AED	• 11%
• 7,5% de survie (3,1 à 35%)	• 12,3%

©ASUR Formation

Le taux de survie, selon les données de **SwissRECA**, est de **12,3 %** pour l'ensemble des événements.

Dans un groupe plus spécifique, il atteint **29,6 %** lorsque :
- l'arrêt cardiaque a été observé
- la cause présumée est médicale
- la réanimation a été débutée par un témoin
- et que le rythme initial était défibrillable

Formation [3, 4, 6]

- **4 ans** : initiation
- **10–12 ans** : compressions thoraciques
- **14 ans** : ventilations
- **13–16 ans** : utilisation de l'AED
- Les politiques devraient rendre obligatoire l'enseignement du BLS à l'école

©ASUR Formation

Le programme **« Kids Save Lives »** a été créé par l'AHA, l'ERC et l'ILCOR. Il est soutenu par l'OMS et préconise **deux heures de formation par an dès l'âge de 12 ans**.

Le **SRC**, dans son document *« Stratégie nationale de survie relative à l'arrêt cardiorespiratoire »* datant de 2023, mentionne l'objectif que **50 % de la population soit formée au BLS**. Pour atteindre cet objectif, il propose qu'un programme de formation soit intégré au plan d'études des écoles. Le développement du programme mentionné ci-dessus fait également partie des propositions du SRC.

L'**ERC**, dans ses recommandations 2025, reprend les étapes présentées dans la diapositive, avec un échelonnement de la formation dès l'âge de **4 ans**.

Système [1, 4]

- Inclusion des *First Responders* dans les systèmes de santé
- Engagement sur les lieux publics et à domicile par la régulation
- Lien avec un registre des AED
- Priorisation de la sécurité physique et psychologique des *First Responders*
- Suivi du système pour une amélioration continue de la qualité
- Utilisation du mode mains libres pour guider la RCP
- Disponibilité des AED

Basic Life Support (BLS)

Pas de changements majeurs

ASUR FORMATION

Basic Life Support (BLS) [5]

L'évaluation

- Suspecter un arrêt cardiaque chez toute personne inconsciente
- Appeler le 144 / 112 sans délai, en mode mains libres
- Évaluer la respiration en attendant la prise d'appel
- En cas de doute, commencer la réanimation
- Si vous êtes seul, criez ou allez chercher de l'aide avant de réanimer

Débuter une réanimation chez une personne inconsciente présentant une respiration anormale, mais n'étant pas en arrêt cardiaque, présente moins de risque que de retarder une RCP chez une personne en ACR.

L'évaluation d'une respiration anormale chez une personne inconsciente demeure l'une des principales barrières à la reconnaissance de l'ACR.

L'accompagnement à la RCP par la centrale améliore le taux de survie ainsi que le pronostic neurologique.

Entre **30 et 60 %** des personnes présentent une **respiration agonale** dans les premiers instants d'un ACR.

Des **convulsions** peuvent également être observées (**12,7 % selon une étude récente**) et sont associées à un meilleur pronostic. Elles surviennent plus fréquemment chez les personnes plus jeunes (âge moyen : **54 ans**).

La présence d'un **rythme défibrillable** est également plus fréquente (**52 %**), tout comme le **taux de survie**, qui atteint **44 %**.

ASUR FORMATION

Basic Life Support (BLS) [5]

La régulation

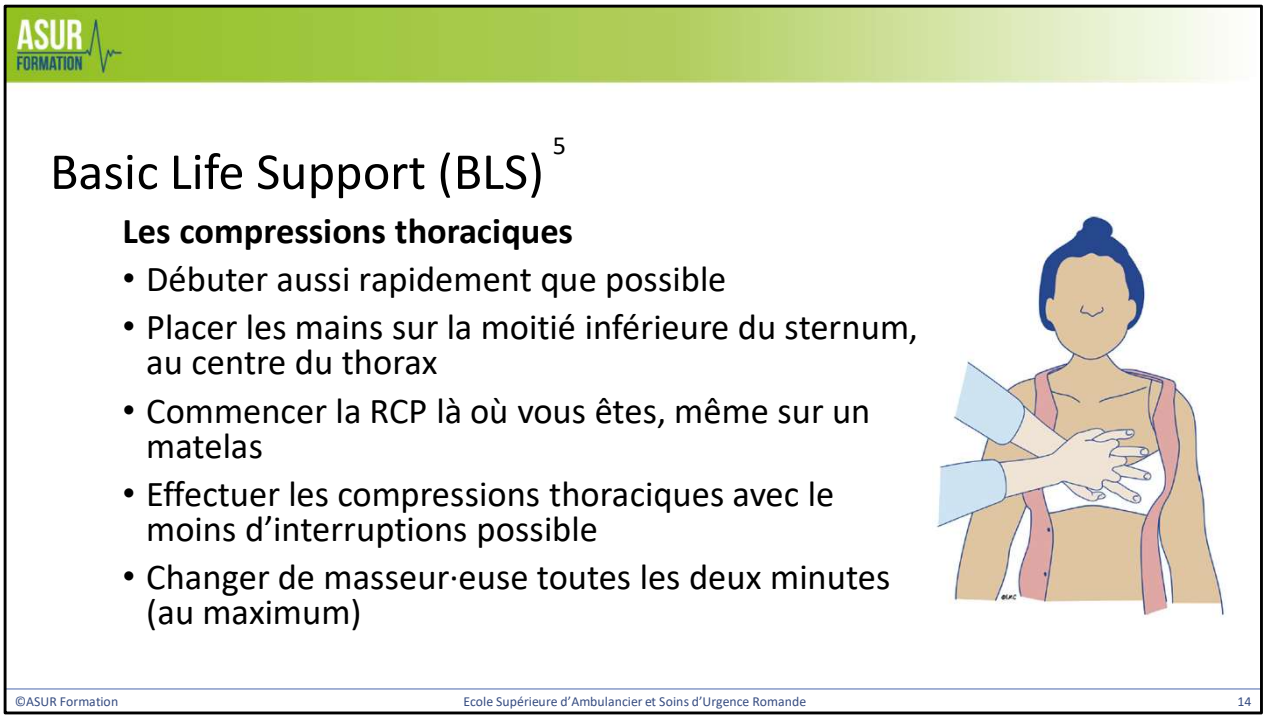
- Reconnaître l'arrêt cardiorespiratoire
- Accompagner la réalisation des gestes de réanimation
- Utiliser la vidéoconférence
- Employer un langage simple
- Demander la présence d'un AED ou guider pour en trouver un

À la régulation, par exemple, l'humain reste meilleur que l'intelligence artificielle pour la détection de l'ACR. Cependant, l'intelligence artificielle pourrait être utilisée pour accompagner les mesures de réanimation.

L'accompagnement à la RCP par la centrale améliore le taux de survie ainsi que le pronostic neurologique.

L'utilisation de la vidéoconférence améliore l'efficacité des compressions thoraciques (fraction et fréquence), ainsi que le positionnement des mains.

Le taux de survie est supérieur avec la vidéoconférence (**14,3 %** contre **8,9 %** sans), et le pronostic s'améliore de près de **50 %** (**10,4 %** contre **5,8 %**).



Les compressions thoraciques doivent être débutées aussi rapidement que possible.

La zone de compression a été simplifiée : la ligne inter-mamelonnaire a été supprimée. On parle désormais de la **moitié inférieure du sternum**, au **centre du thorax**. Les compressions doivent être effectuées avec le talon de la main, sans appuyer sur les côtes. Si la zone n'est pas visible, il est nécessaire de **dénuder le thorax** de la victime.

Il n'est **pas nécessaire de déplacer la victime**, même si elle se trouve sur un matelas. Une surface dure reste préférable. Si les compressions sont réalisées sur un matelas, il faut **appuyer plus fort** pour compenser sa souplesse. Le déplacement de la victime retarde le début de la réanimation et augmente le risque de blessure pour les sauveteur·euse·s.

Il est également essentiel de **bien se coordonner** afin de limiter au maximum les interruptions des compressions thoraciques. Il n'existe pas de délai précis, mais une **augmentation du taux de ROSC** est observée lorsque le **no-flow** est réduit.

La **profondeur des compressions** doit être de **5 cm**, sans dépasser **6 cm**, et la **fréquence** comprise entre **100 et 120 compressions par minute**.

ASUR FORMATION

Basic Life Support (BLS) [5]

Les ventilations

- Réaliser les ventilations uniquement si vous êtes formé
- Éviter les ventilations trop profondes
- Une durée de 1 seconde par ventilation
- Ne pas interrompre les compressions plus de 10 secondes

©ASUR Formation

L'alternance entre compressions et ventilations reste de **30:2**.

Essayez de ventiler **si vous avez été formé à ce geste**.

Si les ventilations ne passent pas, **considérez une obstruction des voies aériennes**.

Lorsque les ventilations sont réalisées, elles doivent provoquer **un début de surélévation du thorax** ; il ne faut **pas insuffler un volume excessif**.

Si les ventilations ne peuvent pas être effectuées, **poursuivez uniquement les compressions thoraciques**.

ASUR FORMATION

Basic Life Support (BLS) [5]

Défibrillation

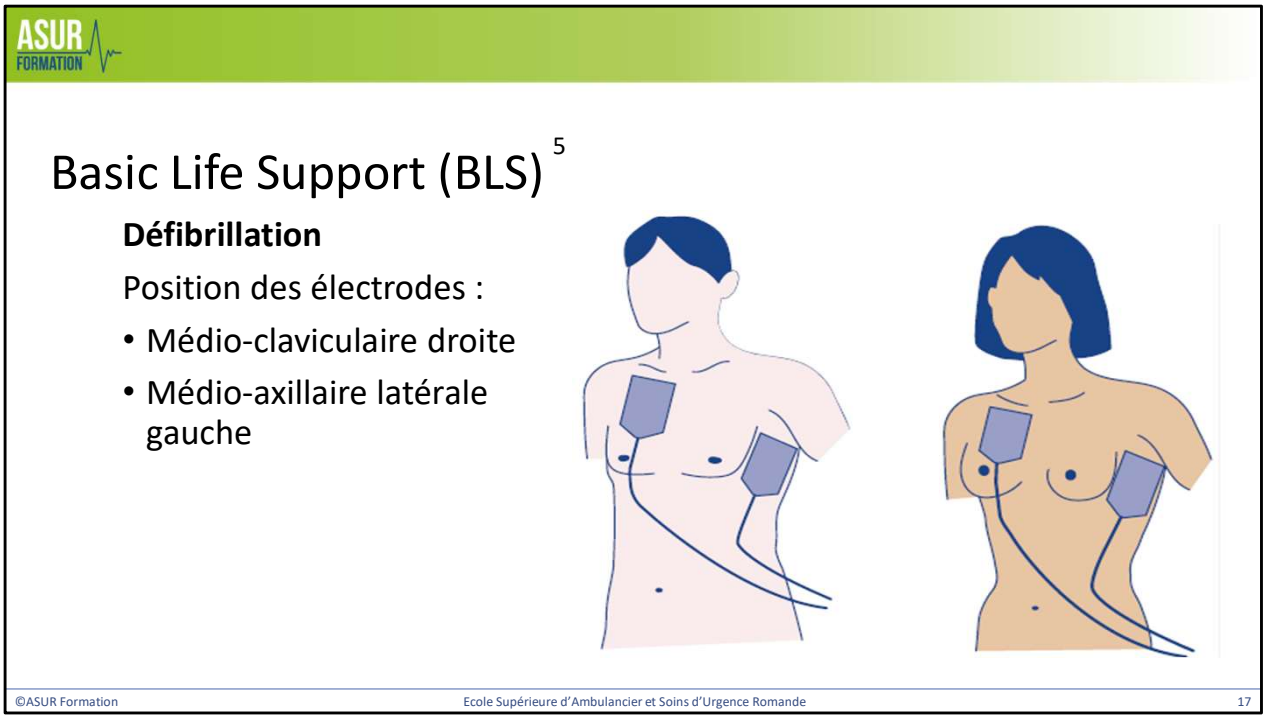
- Tout le monde peut utiliser un AED
- Le mettre en place sans interrompre la réanimation s'il y a deux *First Responders*
- Défibriller dès que possible
- Ne pas toucher la victime lors de l'analyse et du choc
- Vérifier le bon positionnement des électrodes

Les **AED** doivent être signalés de manière visible et être disponibles **24 h/24 et 7 j/7**.

La mise en place du DAE ne doit idéalement **pas altérer l'efficacité de la réanimation**.

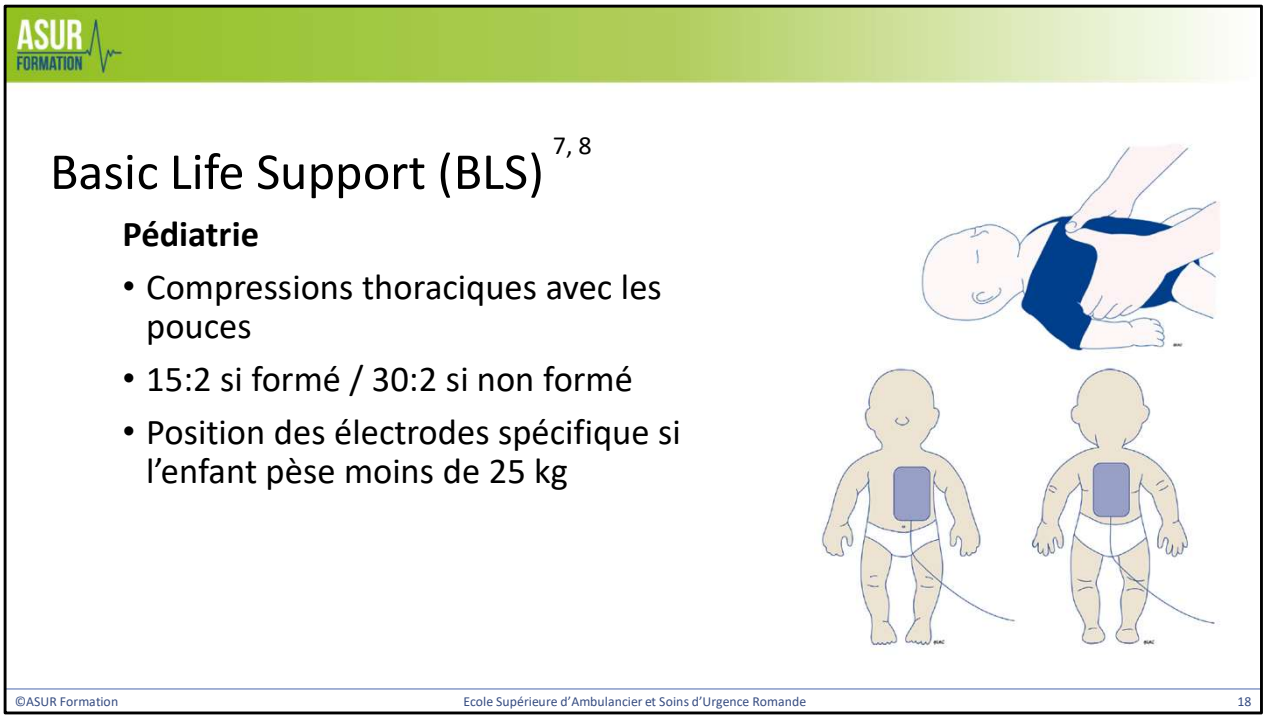
Le **choc** doit être administré **le plus rapidement possible**. Il ne faut **pas toucher la victime**, ni lors de l'analyse, ni lors du choc.

Chaque **minute de retard** dans la défibrillation réduit de **6 %** les chances de conversion d'une fibrillation ventriculaire et de **3 à 6 %** les chances de survie.



Il a été mentionné que le patch **« Apex »** est souvent mal positionné, trop fréquemment collé sur la **face antérieure du thorax**, sous la poitrine, voire parfois directement sur la poitrine chez les femmes.

Il est important de veiller à ce que ce patch soit **collé sur le flanc du thorax (zone médio-axillaire)**, juste sous le bras, afin d'assurer un bon passage de l'arc électrique à travers le cœur et de **limiter le risque de placement incorrect sur la poitrine**.



La réanimation cardiopulmonaire chez les nourrissons se réalise à l'aide des **pouces**, en **encerclant le thorax** (sans le comprimer latéralement).

Les compressions thoraciques effectuées avec les doigts (index et majeur, généralement) sont **moins efficaces** ; cette technique n'est utilisée que dans le cadre de la **libération des voies aériennes**, en complément des **tapes dorsales** (technique de Mofenson).

L'alternance entre compressions thoraciques et ventilations est de **15 : 2** pour les personnes **formées au BLS pédiatrique**.
Pour les personnes non formées, le ratio **30 : 2** est conseillé afin de **limiter les interruptions** des compressions thoraciques.
Si le témoin n'est pas en mesure d'effectuer des ventilations, **les compressions seules** restent **préférables à l'absence de réanimation**.

Bien que la défibrillation chez l'enfant soit rare, il est important de **placer les électrodes en position antéro-postérieure (avant-arrière)** chez les enfants de **moins de 25 kg**, afin d'éviter qu'elles ne se touchent.

Idéalement, les électrodes doivent être **adaptées à la pédiatrie**.

Au-delà de **25 kg**, positionner les électrodes comme la situation le permet et **utiliser le mode adulte**.

Si le défibrillateur ne dispose pas d'un **mode pédiatrique**, il convient d'utiliser **le mode adulte**.

Après la réanimation [1]

- L'arrêt de la réanimation est une décision d'équipe
- Importance du soutien psychologique

Trouver une personne en ACR et prodiguer une RCP peut être une expérience traumatisante. Les non-professionnel·le·s peuvent **bénéficier d'un soutien psychologique**.

L'avenir [5]

- Applications pour reconnaître les respirations agonales
- Montres connectées
- Défibrillateurs livrés par drone

L'intelligence artificielle n'est pas encore totalement prête !

L'intelligence artificielle semble pouvoir **améliorer le pronostic des arrêts cardiaques**, mais son utilisation n'est pas encore **standardisée** en dehors des études et essais contrôlés.

À la régulation, par exemple, **l'humain reste plus performant** pour la détection de l'ACR.

L'intelligence artificielle pourrait toutefois être utilisée pour **accompagner les gestes de réanimation**.

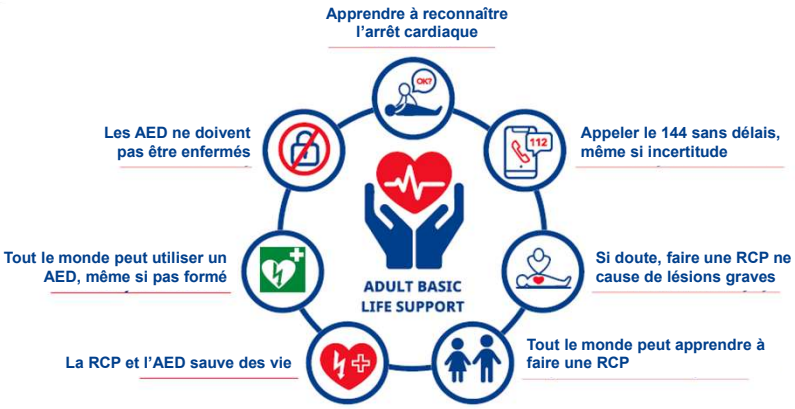
Certaines **montres connectées** permettent de détecter des **troubles du rythme** ou même un **arrêt cardiaque**, et d'**alerter les secours**. Cela pourrait **réduire le délai** entre l'événement et le début des manœuvres de RCP.

Des études montrent que **l'utilisation de drones** pour la livraison de défibrillateurs permet un **gain de 1 à 3 minutes** par rapport à l'arrivée d'une ambulance.

ASUR FORMATION

BASIC LIFE SUPPORT ADULTE
MESSAGES CLES

GUIDELINES 2025



Références

1. **Gräsner JT, Nolan JP, Semeraro F, Perkins GD, Soar J, Greif R, et al.** *European Resuscitation Council Guidelines 2025: Executive Summary.* Resuscitation. 2025;215:110771. doi:10.1016/j.resuscitation.2025.110771.
2. **Interassociation de sauvetage (IAS), Swiss Resuscitation Council (SRC).** *SWISSRECA : Rapport annuel 2024.* Aarau : IAS ; 2024. 34 p.
3. **Kids-Save-Lives.** *Kids-Save-Lives Suisse : réanimation par les enfants* [Internet]. Aarau : Kids-Save-Lives ; 2020 [cité le 11 nov 2025]. Disponible sur : https://www.kids-save-lives.ch/
4. **Swiss Resuscitation Council (SRC).** *Stratégie nationale de survie relative à l'arrêt cardiaque 2023.* Berne : SRC ; 2023. 25 p.
5. **Smyth MA, van Goor S, Hansen CM, Fijačko N, Semeraro F, Perkins GD, et al.** *European Resuscitation Council Guidelines 2025: Adult Basic Life Support.* Resuscitation. 2025;215:110770. doi:10.1016/j.resuscitation.2025.110770.
6. **Nabecker S, de Raad T, Abelairas-Gomez C, Breckwoldt J, Chakroun-Walha O, Farquharson B, et al.** *European Resuscitation Council Guidelines 2025: Education for Resuscitation.* Resuscitation. 2025;215:110739. doi:10.1016/j.resuscitation.2025.110739.
7. **Madar J, Roehr CC, Davis PG, Biarent D, Brown J, Chikata Y, et al.** *European Resuscitation Council Guidelines 2025: Newborn Life Support.* Resuscitation. 2025;215:110773. doi:10.1016/j.resuscitation.2025.110773.
8. **Biarent D, Maconochie I, Brown J, Greif R, Madar J, Rimensberger P, et al.** *European Resuscitation Council Guidelines 2025: Paediatric Life Support.* Resuscitation. 2025;215:110772. doi:10.1016/j.resuscitation.2025.110772.