



Quand arrêter la réanimation ? du SAMU à la réanimation

URG'ARA

Journée des filières « Arrêt cardiaque » et « Cœur »

11 décembre 2025

Vincent Peigne – Guillaume Thiéry



Appel au Centre 15

- Une personne vient de s'effondrer dans la rue.
- Il y a des témoins et un DSA.
- No-flow annoncé < 2 minutes
- Les secours sont déclenchés.
- Délai prévu d'arrivée :
 - VSAV 3 minutes
 - UMH 10 minutes

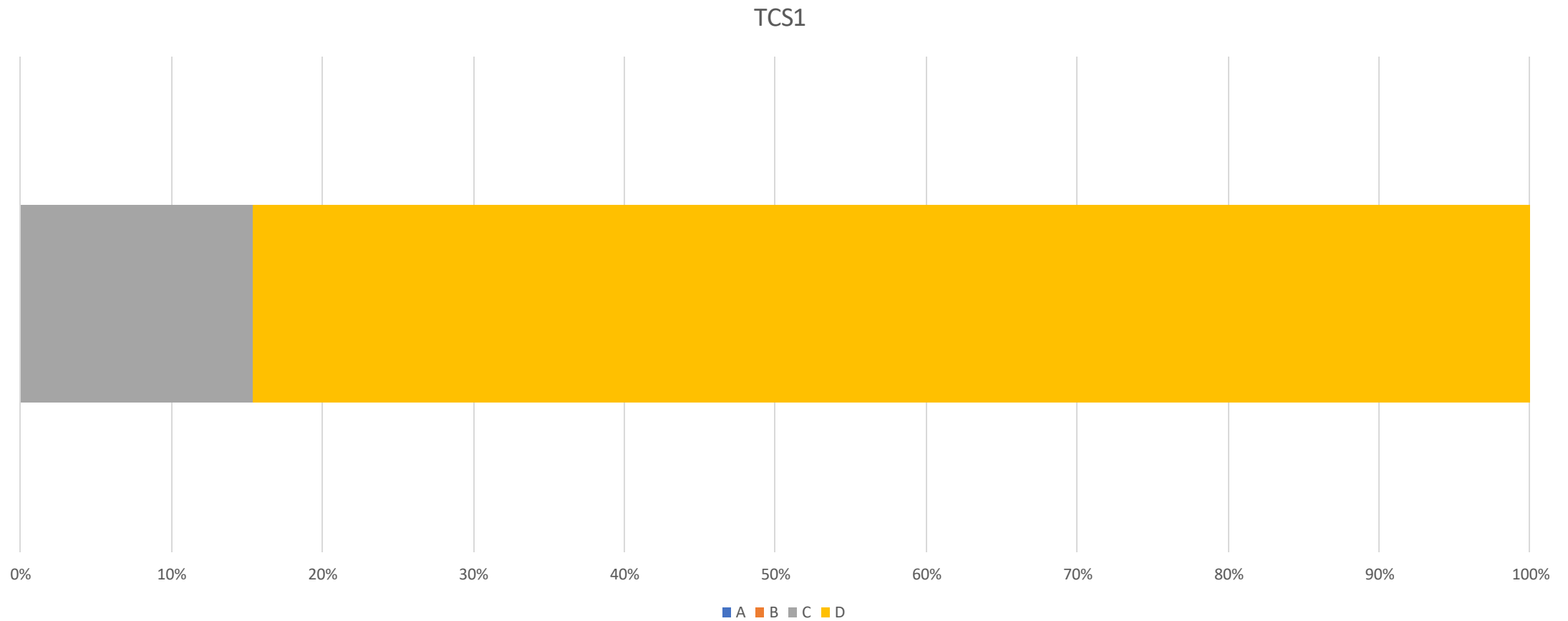
A l'arrivée de l'UMH

- No flow 2 minutes ; low flow 13 minutes
- Le chef d'agrès transmet que le DSA a délivré deux chocs.

A l'arrivée de l'UMH

- No flow 2 minutes ; low flow 13 minutes
- Le chef d'agrès transmet que le DSA a délivré deux chocs.
- Cette information vous incite à :
 - vous incite à arrêter la RCP immédiatement
 - vous incite à poursuivre la RCP encore 5 minutes au maximum
 - vous incite à poursuivre la RCP encore 5 minutes au minimum
 - ne change rien à votre prise en charge

Opinions des 26 experts



A l'arrivée de l'UMH

- No flow 2 minutes ; low flow 13 minutes
- Le chef d'agrès transmet que le patient a un drôle de tatouage.

A l'arrivée de l'UMH

- No flow 2 minutes ; low flow 13 minutes
- Le chef d'agrès transmet que le patient a un drôle de tatouage.

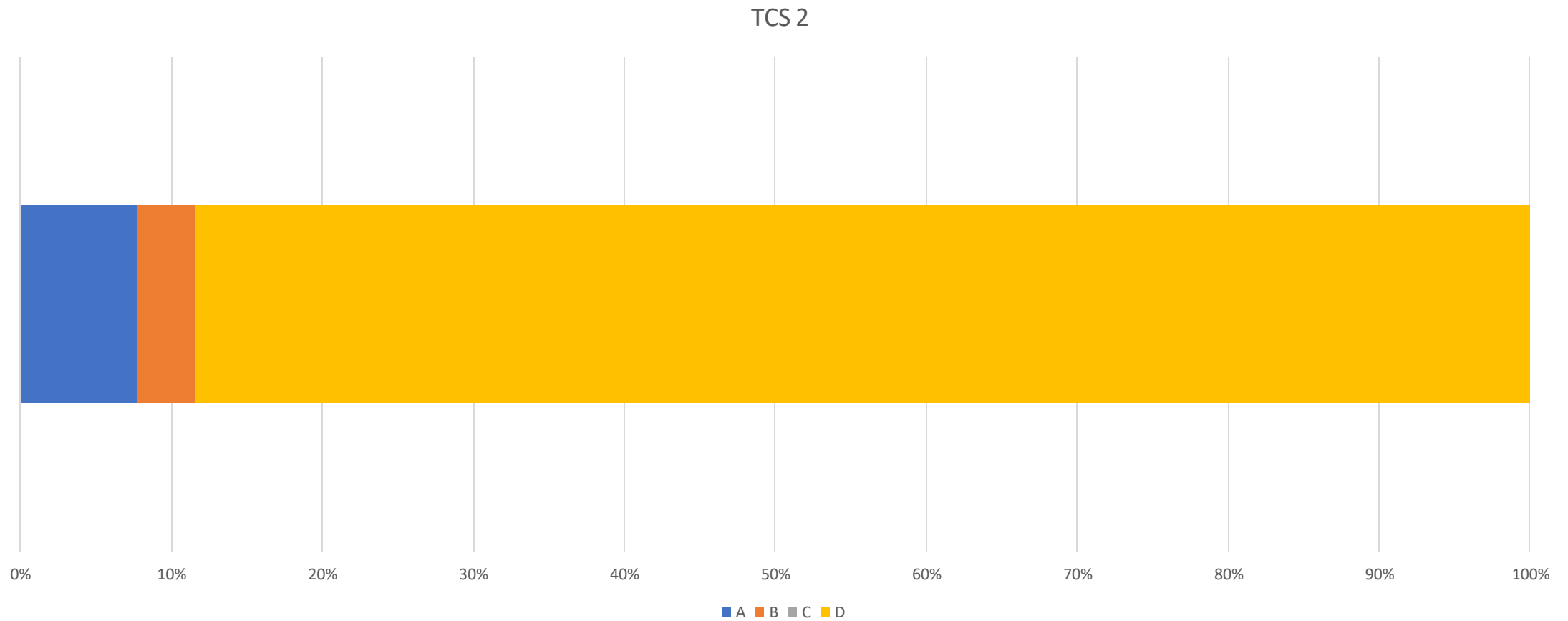


A l'arrivée de l'UMH

- No flow 2 minutes ; low flow 13 minutes
- Le chef d'agrès transmet que le patient a un drôle de tatouage.
- Cette information vous incite à :
 - vous incite à arrêter la RCP immédiatement
 - vous incite à poursuivre la RCP encore 5 minutes au maximum
 - vous incite à poursuivre la RCP encore 5 minutes au minimum
 - ne change rien à votre prise en charge



Opinions des 26 experts



Directives anticipées en pré hospitalier

- Difficultés d'accès en urgence à ces directives décrites depuis longtemps
- Expressions parfois non standardisées :
 - Tatouages, médaillons
 - Avec des réponses variables selon les publications
- Registres pour les régulateurs ?

Directives anticipées en France

- Article L1111-11 du Code de santé publique :
 - Toute personne majeure peut **rédiger des directives anticipées** pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.
 - A tout moment et par tout moyen, elles sont **révisables et révocables**. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.
 - Les directives anticipées **s'imposent au médecin** pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, **sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale**.
 - La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical.
- Ministère santé : document écrit daté et signé avec noms, prénoms, date et lieu de naissance

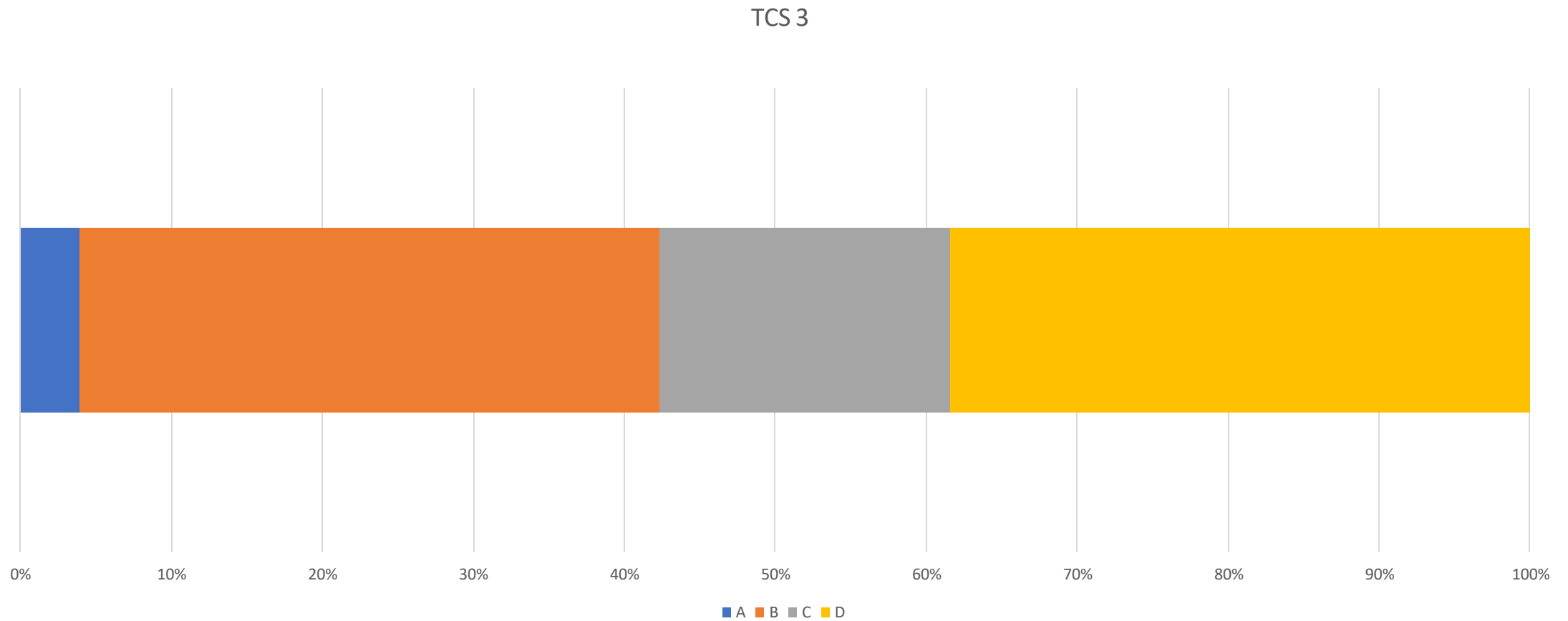
A l'arrivée de l'UMH

- No flow 2 minutes ; low flow 13 minutes
- Le chef d'agrès transmet que le patient a 82 ans (sans tatouage).

A l'arrivée de l'UMH

- No flow 2 minutes ; low flow 13 minutes
- Le chef d'agrès transmet que le patient a 82 ans (sans tatouage).
- Cette information vous incite à :
 - vous incite à arrêter la RCP immédiatement
 - vous incite à poursuivre la RCP encore 5 minutes au maximum
 - vous incite à poursuivre la RCP encore 5 minutes au minimum
 - ne change rien à votre prise en charge

Opinions des 26 experts



Âge et pronostic

- Association âge – mortalité après ACEH
- Pas de seuil d'âge pertinent pour décider de ne pas réanimer uniquement sur ce critère
- TOR avec seuil à 77 / 80 / 81 voire 60 ans
- Série ANZICS : 219 patients > 90 en réa après ACIH en 15 ans ... (mortalité hospitalière 55%)
- Impact pronostic de la fragilité sur le devenir à moyen terme des patients âgés en réanimation ; ex score CFS >4
- Repères pour la réanimation en EHPAD : GIR1 GIR 2

Fig 1. Clinical Frailty Scale



Pendant la RCP

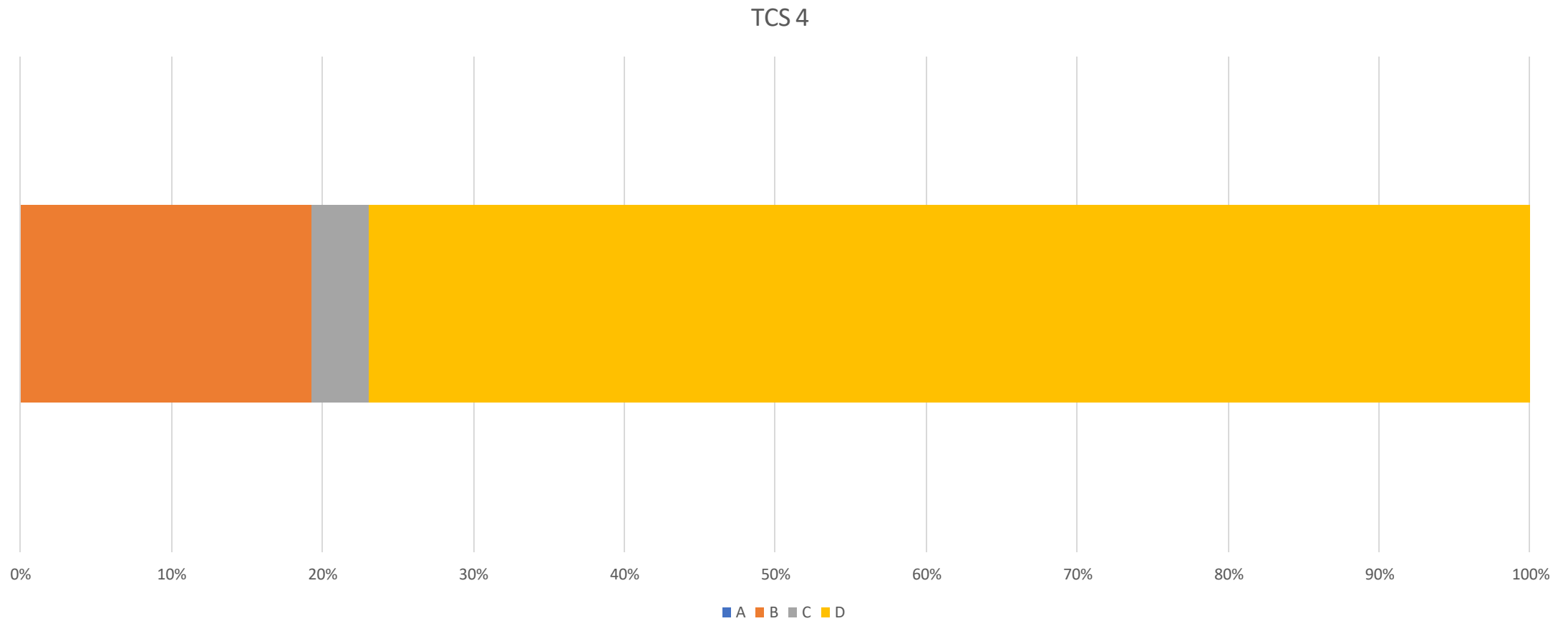
- No flow 2 minutes ; low flow 16 minutes
- Vous voyez un truc inhabituel sur le patient (plutôt jeune) :



Pendant la RCP

- No flow 2 minutes ; low flow 16 minutes
- Vous voyez un truc inhabituel sur le patient (plutôt jeune) : une chambre implantable !
- Cette information vous incite à :
 - vous incite à arrêter la RCP immédiatement
 - vous incite à poursuivre la RCP encore 5 minutes au maximum
 - vous incite à poursuivre la RCP encore 5 minutes au minimum
 - ne change rien à votre prise en charge

Opinions des 26 experts



Chambre implantable ...

Indications de pose de chambre implantable

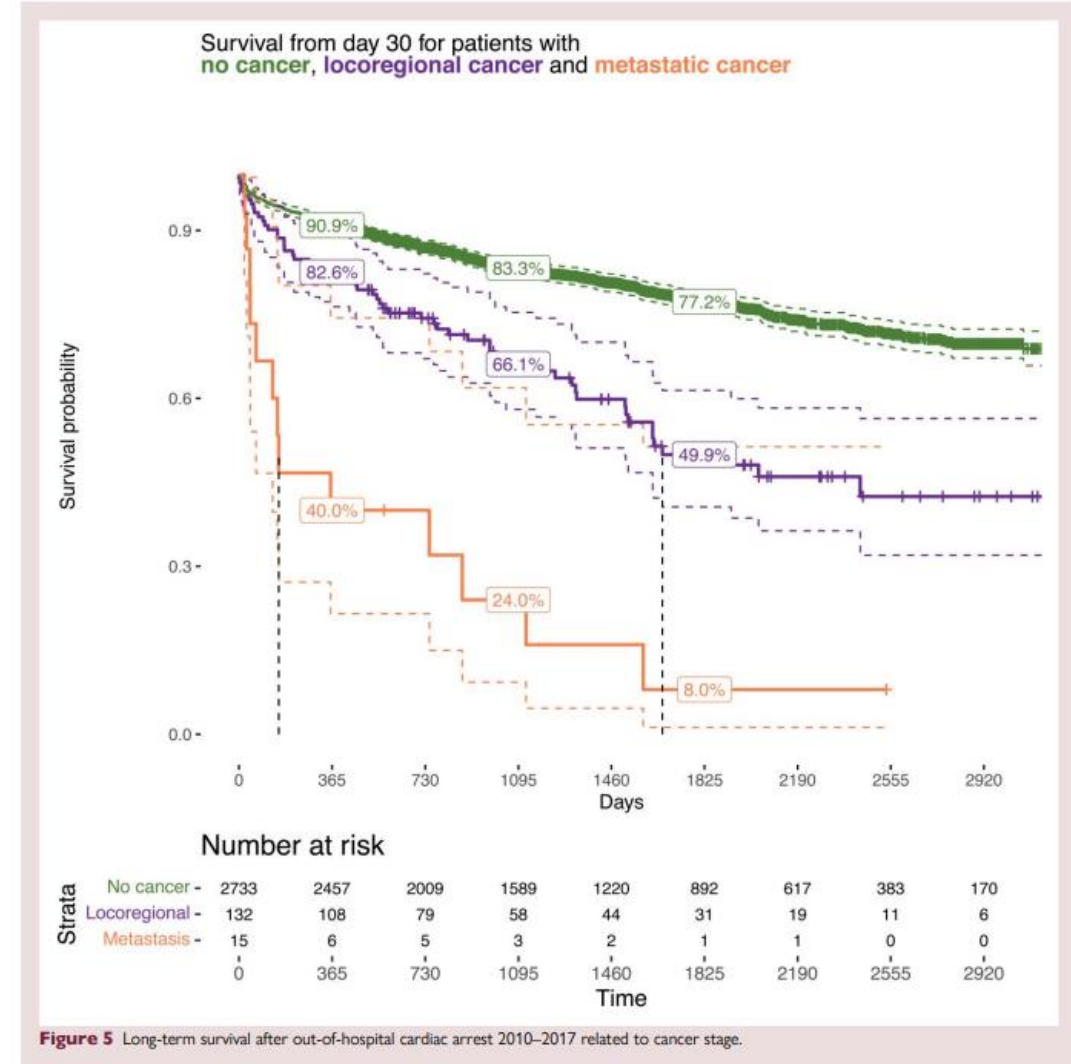
- Cancer / hémopathies malignes actifs ... et en rémission
- Antibiothérapie au long cours
- Nutrition parentérale
- Problèmes d'abord veineux
- ...

Pronostic des cancers en réanimation

- Des progrès, même en cas de ventilation mécanique
- Exemple lyonnais :
 - 136 patients avec cancer et ventilation mécanique « non programmée » ; 62% métastase
 - 38% de sortie de réa
 - 16% de survie à un an

Arrêt cardiaque et cancer

- Épidémiologie : diagnostic de cancer -> majoration de la probabilité d'arrêt cardiaque extra hospitalier (registre en Corée)
- Impact pronostic fort du site et de l'extension de la maladie
 - Sur la survie à J30
 - Sur la survie à long terme



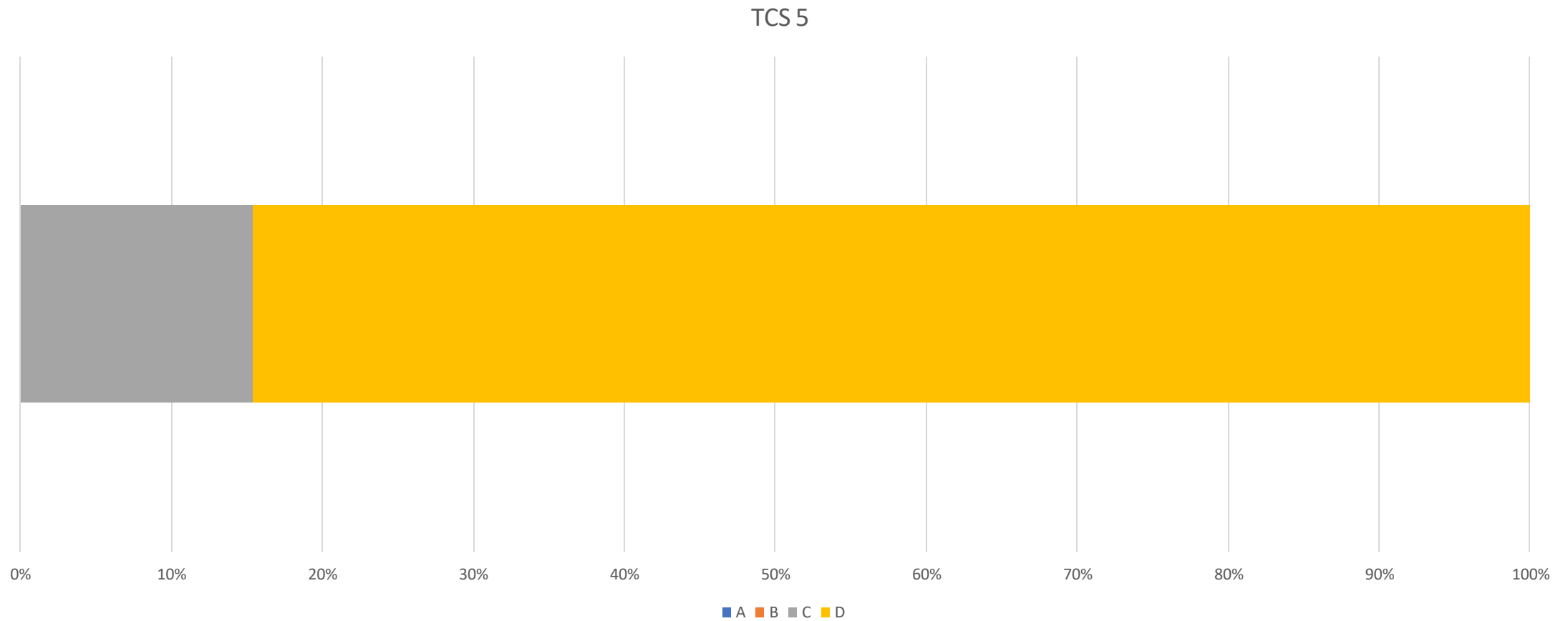
Pendant la RCP

- No flow 2 minutes ; low flow 16 minutes
- Une amie du patient (jeune et non cancéreux) vous interpelle : il veut donner ses organes !

Pendant la RCP

- No flow 2 minutes ; low flow 16 minutes
- Une amie du patient (jeune et non cancéreux) vous interpelle : il veut donner ses organes !
- Cette information vous incite à :
 - vous incite à arrêter la RCP immédiatement
 - vous incite à poursuivre la RCP encore 5 minutes au maximum
 - vous incite à poursuivre la RCP encore 5 minutes au minimum
 - ne change rien à votre prise en charge

Opinions des 26 experts



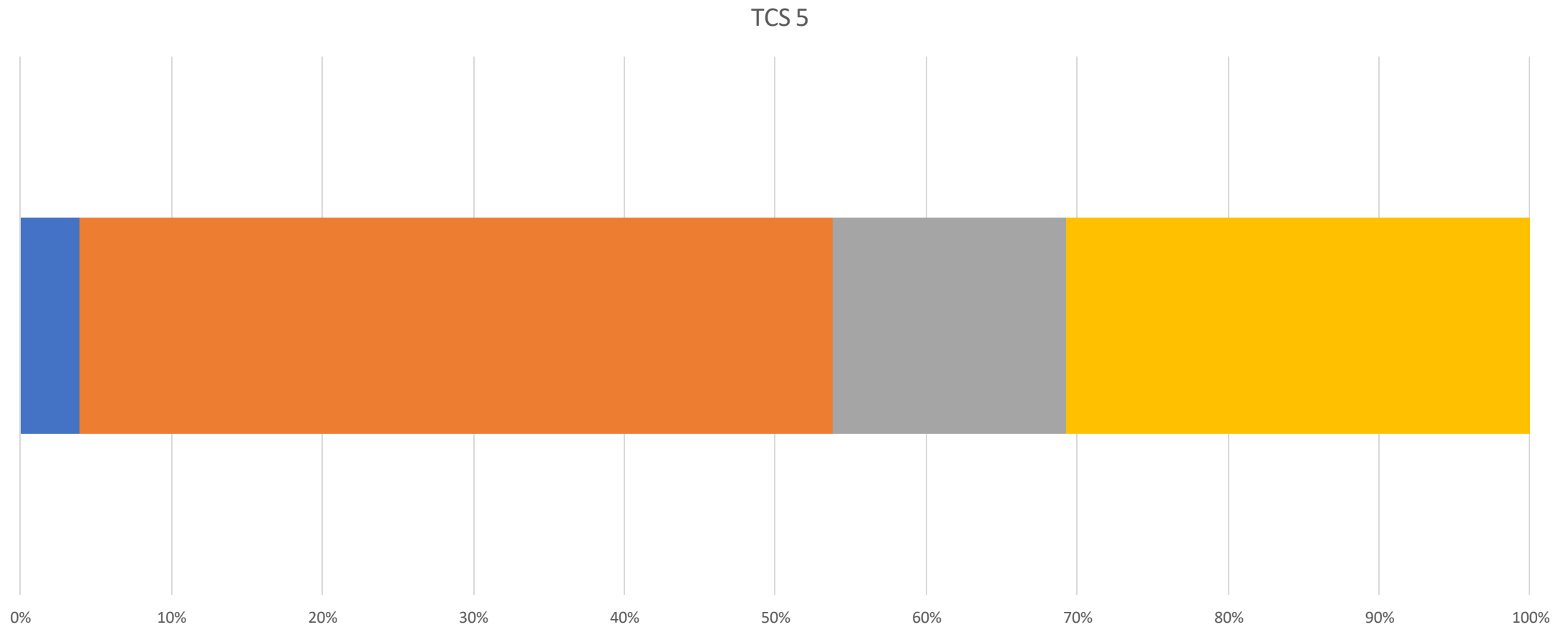
Don d'organes avec ACEH

- Mort cérébrale (Maastricht 4) : 10-15% des patients selon séries (environ 20% des 3200 recensés)
- Encéphalopathie post-anoxique sévère avec décision d'arrêt thérapeutique : possibilité de prélèvements organes (Maastricht 3) (790 recensés et 307 prélevés en 2024 contre 199 et 99 en 2017)
- Donneurs décédés après circulatoire suite à un arrêt cardiaque inopiné (Maastricht 1 & 2) (8 recensés et 5 prélevés en 2024 contre 89 et 38 en 2017)

RACS avec 20 minutes de RCP...

- Puis récurrence AC en asystolie alors que le patient est déjà intubé
- Le maître du temps vous dit que cela fait 5 minutes que vous avez repris la RCP
- Cette information vous incite à :
 - vous incite à arrêter la RCP immédiatement
 - vous incite à poursuivre la RCP encore 5 minutes au maximum
 - vous incite à poursuivre la RCP encore 5 minutes au minimum
 - ne change rien à votre prise en charge

Opinions des 26 experts

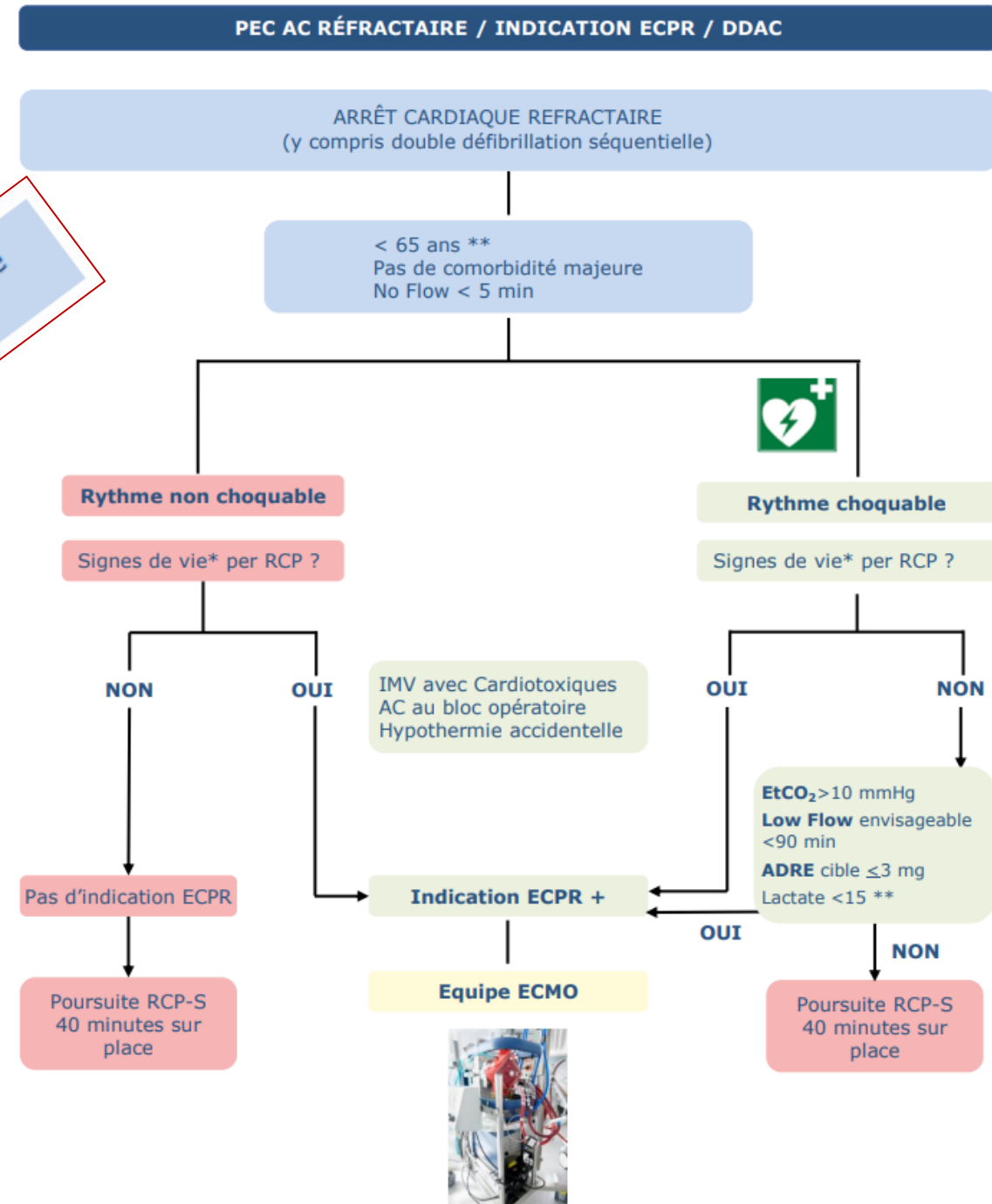


Règles de fin de RCP / TOR

- Très variables dans la littérature (> 33 règles publiées)
- Liées (au moins en partie) au contexte juridique national
 - Arrêt RCP en pré hospitalier
 - Arrêt RCP à l'arrivée au SAU
- Toujours association de plusieurs critères
- Critères les plus fréquents :
 - Rythme non choquable
 - Absence de témoin
 - Durée RCP (> 10/14/20)

Algorithme URG'ARA

Pour les patients pour lesquels une RCP-S a été débutée, l'arrêt de la RCP-S doit être pris de façon collégiale



RACS, pas de réveil immédiat, intubation, admission en réanimation

- Quels sont les éléments préhospitaliers déterminants pour la neuropronostication en réanimation ?
 - Durée de no-flow
 - Durée de low-flow
 - Nature du premier rythme enregistré
 - EtCO₂ minimal
 - Aucun

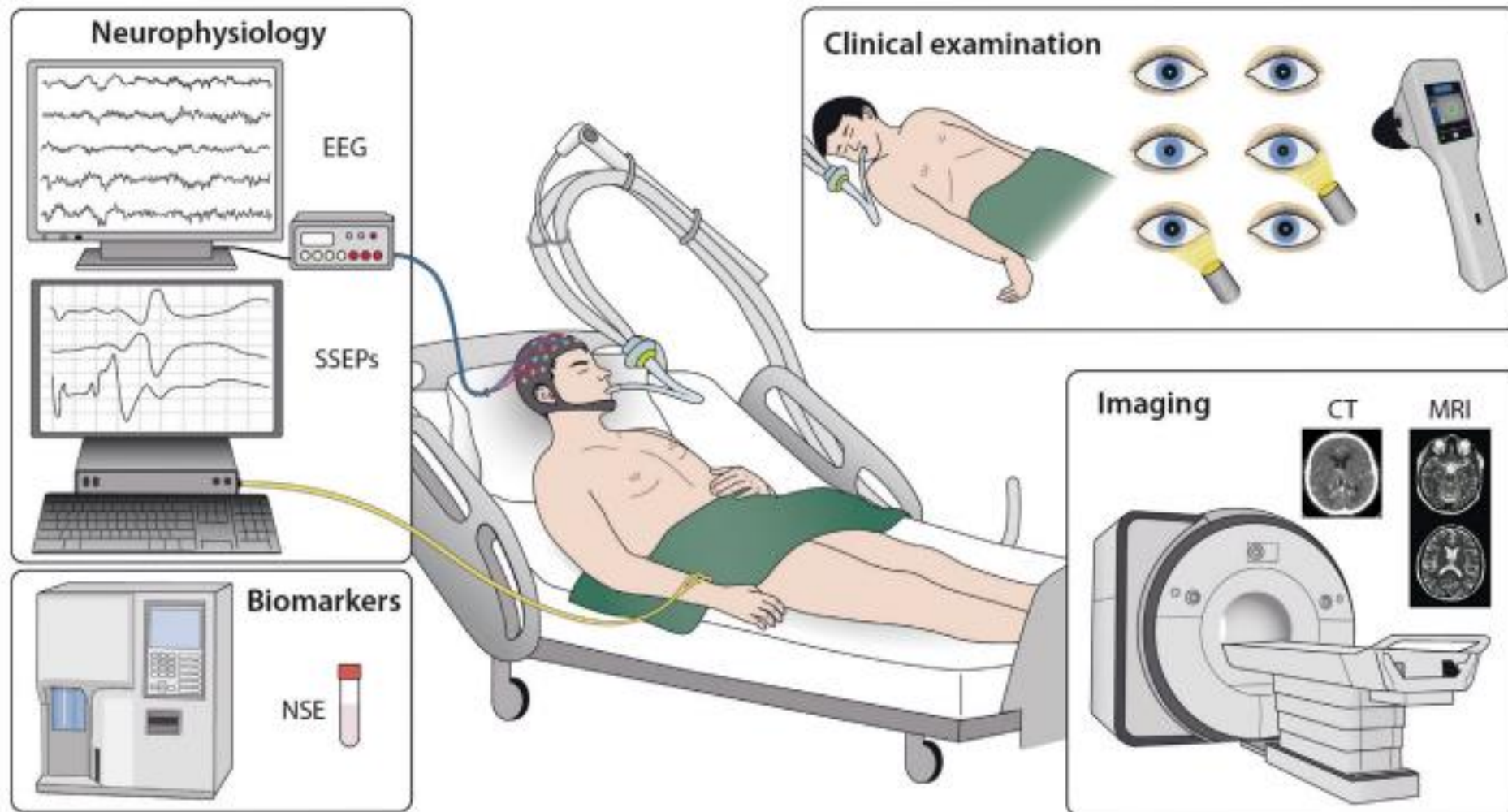


Fig. 4 – Multiple modalities used for the prediction of neurological outcome in the comatose post-cardiac arrest patient.

Abbreviations: EEG electroencephalogram; SSEPs somatosensory evoked potentials; NSE neuron specific enolase; CT computed tomography; MRI magnetic resonance imaging.

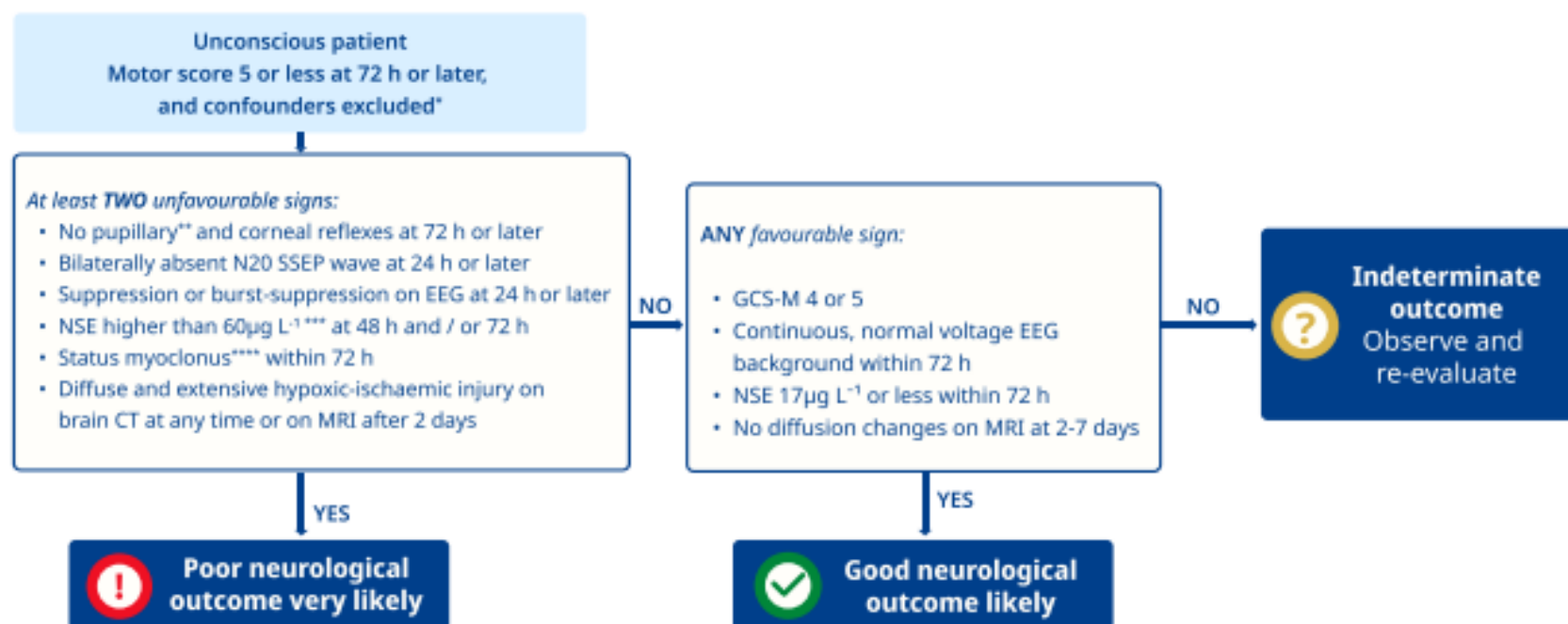


Fig. 5 – Algorithm for neurological prognostication in patients who are comatose after cardiac arrest. This algorithm is designed specifically for predicting neurological prognosis and does not account for extracerebral factors that may influence patient outcomes.

Abbreviations – CT: computed tomography; EEG: electroencephalography; GCS-M: Glasgow Coma Scale Motor score; MRI: magnetic resonance imaging; NSE: neuron-specific enolase; SSEP: short-latency somatosensory evoked potentials. NOTES. * Major confounders may include analgo-sedation, neuromuscular blockade, hypothermia, severe hypotension, hypoglycemia, sepsis, and metabolic and respiratory derangements. ** Use a pupillometer, when available, to determine if the pupillary light reflex is absent. *** Perform serial NSE samples at 24, 48, and 72 h after ROSC to detect NSE trends and minimise confounding from occasional haemolysis. Increasing NSE values between 24–48 h or 24/48 h and 72 h further support a likely poor outcome. **** Defined as continuous and generalised myoclonus persisting for 30 min or more.

En conclusion

- Décider d'arrêter la RCP est une décision complexe.
- Facteurs et incertitudes liés aux terrains :
 - Le patient : âge et comorbidités
 - Les circonstances
- Enjeu éthique supplémentaire d'un éventuel don type M3
- **Collégialité** : régulation / réanimation à solliciter
- Après l'admission en réanimation : nouvelle démarche d'évaluation pronostique, avec changement de temporalité et d'outils