

Rapport annuel année 2024



Registre électronique des
Arrêts Cardiaques

DGS
Direction générale de la Santé

REMERCIEMENTS

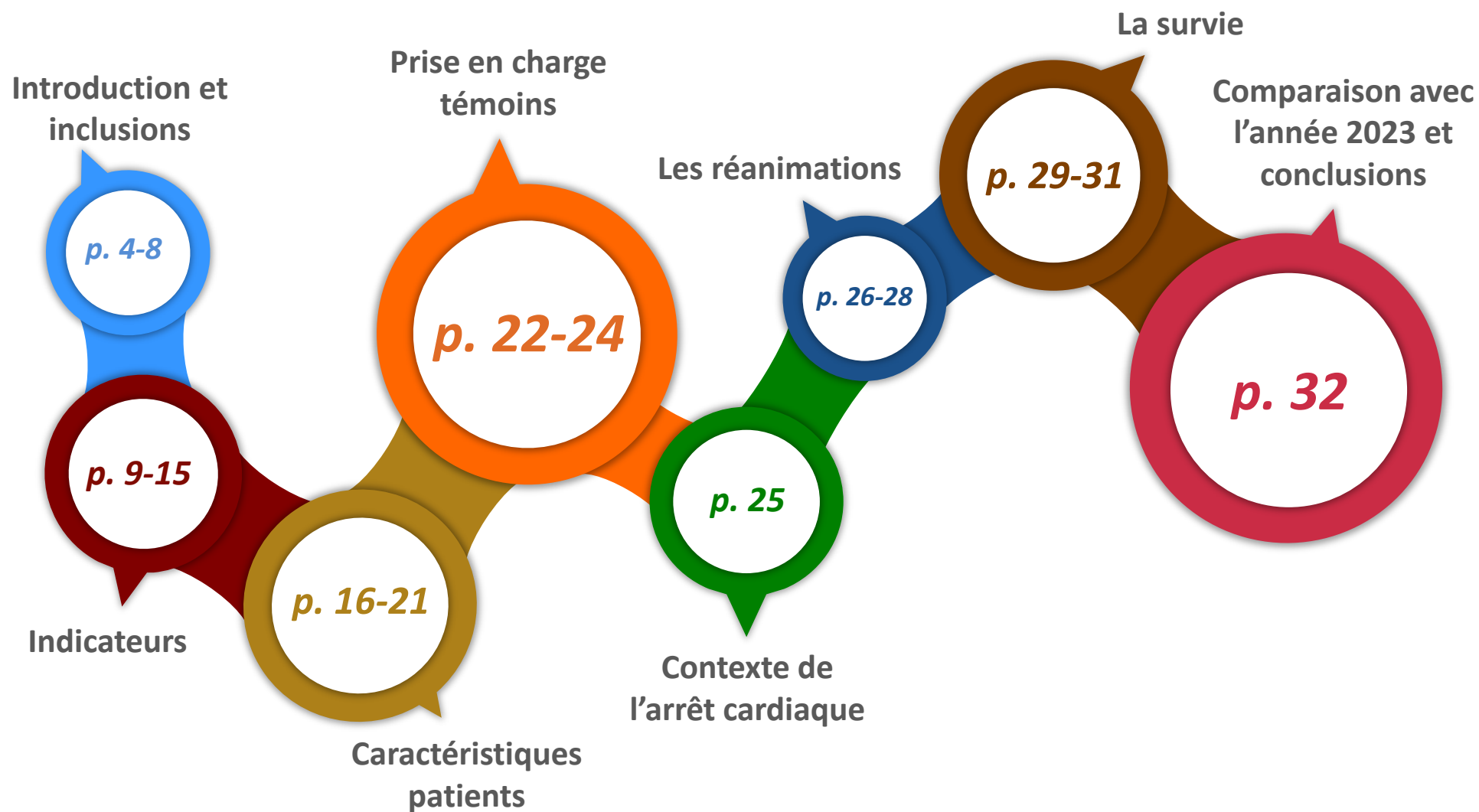


L'ensemble de l'équipe projet tient à remercier les 28 centres SMUR ainsi que leur personnel pour leur implication dans le projet. Nous remercions les SMUR de : Amiens, Angers, Annonay, Avignon, Beaujon, Beauvais, Besançon, BMM, Bobigny, Corbeil Essonne, Dijon, Fontainebleau, Fort de France, Garches, Grenoble, Le Puy en Velay, Le Puy sur Yon, Melun, Montfermeil, Nantes, Orléans, Poissy, Reims, Rouen, Saint Etienne, Troyes, Villefranche sur Saône

Les investigateurs qui ont permis la récolte des données pour ce rapport sont : Leclerc Sylvain, Meyzenc Juliette, Petitprez Martin, Charvet Romain, Hamdan David, Carle Olivier, Delormas Boris, Branche Fabienne, Dabbagh Sami, Douay Bénédicte, Ngoyi Natacha, Rakotonirina Jean-Louis, Yahoui Yahia, Gobin Elise, Ramaherison Thierry, Lambert Christophe, Bardelay Romain, Bour Élodie, Choukroun Lea, Florent Noel, Futin Romain, Galtier Véronique, Guyader Frédéric - pierre, Habay Adrien, Jubert Ignasi, Laborne François xavier, Lagadec Steven, Laqua Jean-Vincent, Laurence Paris, Mercier Catherine, Peixoto Brandon, Petat Agathe, Rizk Jennifer, Robart Jean-Christophe, Roux Nicolas, Simon Benoit, Ulm Justin, Viger Victor, Lopes Manon, Robinson Alan, Jacquet Stéphanie, Meyzenc Juliette, Debaty Guillaume, Chantegret Alban, Ovtcharenko Mariane, Lamarche-Vadel Yacine, Bois Rozenn, Julie Le trionnaire, Laura Andreze, Negrello Florian, El khoury Carlos, Turchet Cecile, Gille Arnaud, Ballet Céline, Barthélémy François xavier, Duchenne Jonathan, Abarrategui Diego, Gentilhomme Angélie, Hsing Priscilia, André Antoine, Arnaudet Idriss, Bernigaud Emmanuel, Segard Julien, Berthier Frédéric, David Olivier, De carvalho Hugo, Javaudin François, Lefeuvre Stéphanie, Leforestier Antoine, Legeard Estelle, Leroux Pierre, Longo Céline, Pettinotti Oceane, Martinage Arnaud, Narcisse Sophie, Laot Mélanie, Dechene Emilien, Herbin Emilien, Moret Méline, Bogaert Pierre, Giordano orsini Guillaume, Toullec Mehdi, Toutain Lucie, Seyrat Laura, Vincent Thomas, Tagliamonte Marie, Leroy Antoine, Marchand Pauline, du Besset Marc, Tancoigne Christelle,

Comité de rédaction

Dr Valentine Baert, Pr Hervé Hubert, Mme. Hizia Benkerrou, Mme Aurélie Vilhelm, Dr Christian Vilhelm.





L'arrêt cardiaque

L'arrêt cardiaque (AC) est une pathologie importante en matière de santé publique qui représente en France environ 46 000 décès par an d'après l'étude de Luc et al. (Luc G, et al. (2019). Epidemiology of out-of-hospital cardiac arrest: a French national incidence and mid-term survival rate study. Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine, 38(2), 131-135.) et qui survient dans plus de 85% des cas en dehors de l'hôpital. C'est la plus extrême des urgences, mais il n'est plus considéré comme irréversible depuis les années soixante, date à laquelle la Réanimation Cardio-Pulmonaire (RCP) de base a été définie.

Depuis, grâce à l'évolution des techniques de réanimation et à la médicalisation des secours extra-hospitaliers en France, le nombre d'AC réanimés avec succès et hospitalisés n'a cessé d'augmenter. Cependant, le taux de survie reste encore excessivement faible (5%). Pourtant cette pathologie est l'une des plus encadrées en termes de recommandations, aussi bien sur le plan du matériel à utiliser, des médicaments à administrer que de gestes à réaliser. L'amélioration de la prise en charge des AC dépend en particulier d'un ensemble de facteurs d'ordre médical et organisationnel, modélisés sous la forme de la « chaîne de survie ».

En bref :

L'arrêt cardiaque en France est une réelle problématique de santé publique.

L'arrêt cardiaque est représenté par l'interruption, en générale brutale, des activités respiratoire et cardio-vasculaire.

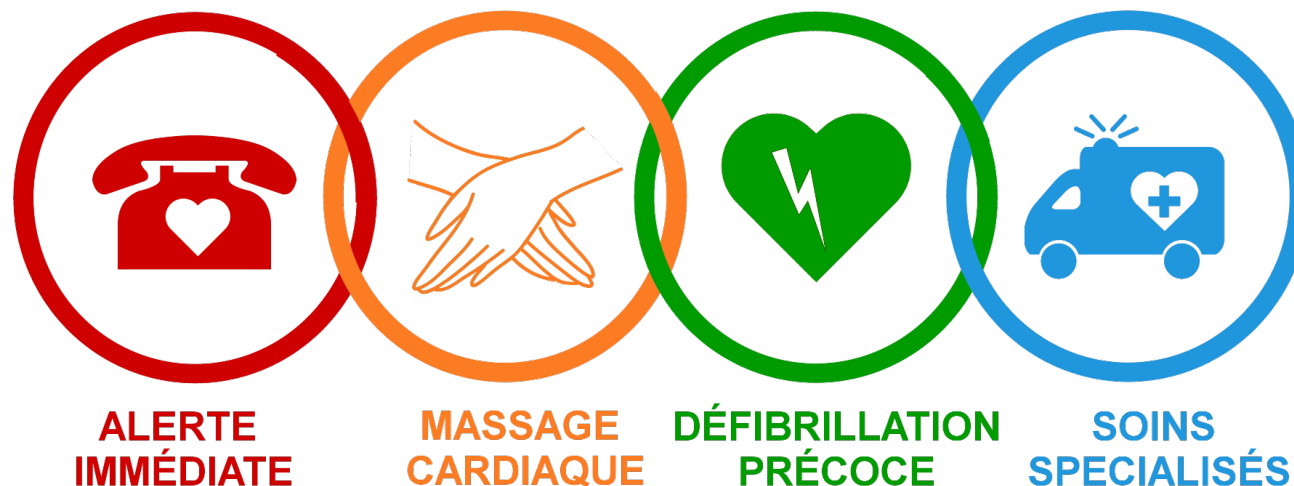
C'est la plus extrême des urgences vitales.

46 000 personnes sont victimes chaque année en France d'un arrêt cardiaque, soit 100 morts par jour.

Le taux de survie en France est de 5%.

La chaîne de survie

La chaîne de survie, définie dans les années soixante, a été de nombreuses fois actualisée pour aboutir à une version finale qui comprend 4 maillons. Les 3 premiers maillons (alerte immédiate, massage cardiaque et défibrillation précoce) concernent la réanimation par les témoins et/ou les premiers secours professionnels non médicalisés arrivant sur les lieux. Sur ces premiers maillons, seules des actions de prévention, de sensibilisation et de formation envers le grand public peuvent les optimiser. Le dernier maillon concerne la prise en charge des AC par le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) en France.



INTRODUCTION — Un registre en France

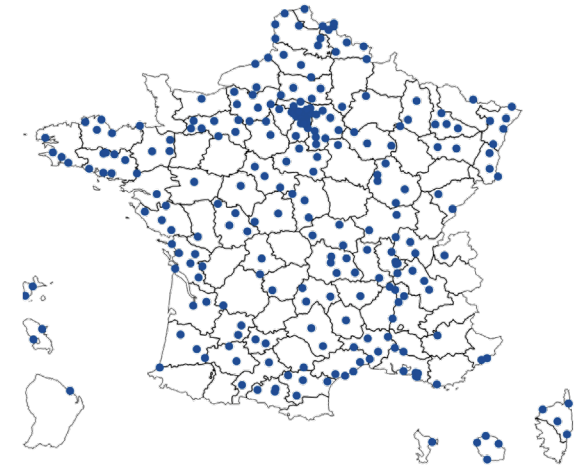


Un registre, première réponse pour faire mieux

Avant de pouvoir réaliser toute amélioration de la prise en charge, il est nécessaire de connaître l'existant. Cet état de fait a mené la Resuscitation Academy à définir dix étapes cruciales afin de remplir cet objectif au coût le plus faible possible. La première de ces dix étapes est donc l'analyse de l'existant. La solution préconisée est l'implémentation de registres sur l'arrêt cardiaque.

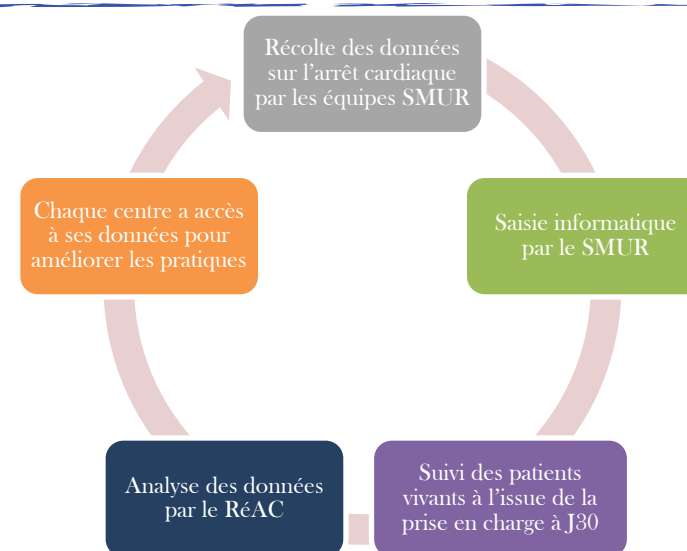
Le RéAC, qu'est-ce que c'est ?

Le Registre électronique des Arrêts Cardiaques est un projet d'envergure nationale qui a pour objectif principal de permettre aux médecins et aux spécialistes de la santé publique d'évaluer et d'améliorer les pratiques professionnelles, d'optimiser les conditions de prise en charge des victimes d'arrêt cardiaque et ainsi d'améliorer les chances de survie des patients. Un registre au service des praticiens au bénéfice des patients. **Depuis 2011, plus de 150 000 arrêts cardiaques ont été recensés grâce à la participation de 324 SMUR et 94 SAMU. RéAC est le registre le plus important en Europe.**



Le fonctionnement de RéAC

Le RéAC fonctionne par l'intermédiaire d'une fiche de saisie papier. Lors d'une intervention pour la prise en charge d'un AC, l'équipe du SMUR est chargée de compléter cette fiche. Les référents RéAC retranscrivent ensuite les informations recueillies sur le site internet sécurisé du registre (www.registreac.org). Enfin, si le patient est admis vivant dans un service hospitalier, un suivi est à réaliser dans les 30 jours suivants l'admission du patient.



INTRODUCTION



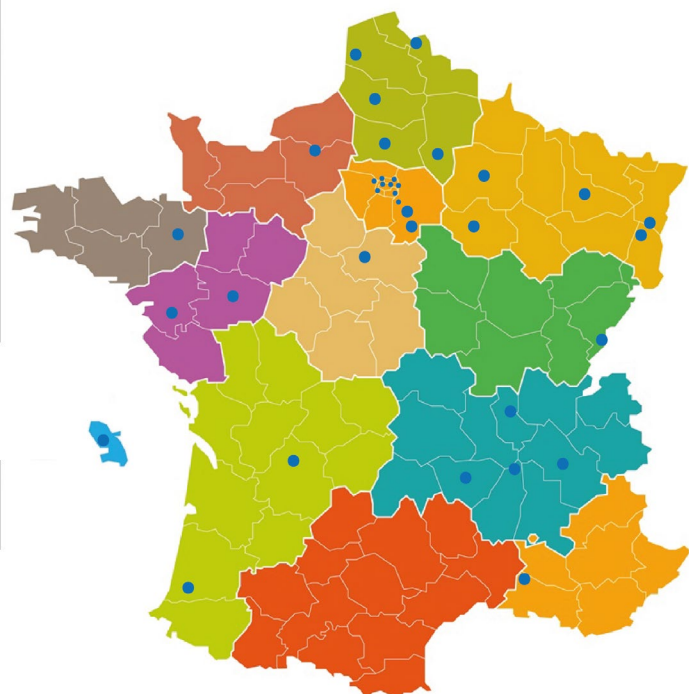
Malgré l'importance de cette problématique, les données épidémiologiques concernant l'AC restent insuffisantes en France. Cette lacune est un frein à l'instauration de politiques de santé publique adaptées, qui doivent reposer sur des données fiables, traçables et récentes.

L'objectif principal de ce rapport est d'évaluer, d'un point de vue épidémiologique, l'incidence de l'AC et les conditions d'intervention du premier témoin sur l'ensemble du territoire français dans le cadre de l'article 9 de la loi n°2020-840 du 3 juillet 2020.

L'objectif secondaire est de caractériser les arrêts cardiaques, la prise en charge et le devenir des patients.

Pour réaliser des calculs d'incidence fiables, nous avons sélectionné pour ce rapport uniquement les inclusions des centres qui n'avaient pas de retard dans les inclusions et qui avaient donc un recueil exhaustif de leurs données sur toute l'année 2024. **Nous avons détecté et validé l'exhaustivité des inclusions durant l'année 2024 de 28 centres :** Amiens, Angers, Annonay, Avignon, Beaujon, Beauvais, Besançon, BMM, Bobigny, Corbeil Essonne, Dijon, Fontainebleau, Fort de France, Garches, Grenoble, Le Puy en Velay, Le Puy sur Yon, Melun, Montfermeil, Nantes, Orléans, Poissy, Reims, Rouen, Saint Etienne, Troyes, Villefranche sur Saône.

Ces 28 centres couvrent une population de 8 438 115 , soit 12,3% de la population Française.



Plan expérimental :

Étude épidémiologique descriptive prospective multicentrique basée sur les données d'ACEH du Registre électronique des Arrêts Cardiaques (RéAC) recueillies par les SMUR de : *Amiens, Angers, Annonay, Avignon, Beaujon, Beauvais, Besançon, BMPPM, Bobigny, Corbeil Essonne, Dijon, Fontainebleau, Fort de France, Garches, Grenoble, Le Puy en Velay, Le Puy sur Yon, Melun, Montfermeil, Nantes, Orléans, Poissy, Reims, Rouen, Saint Etienne, Troyes, Villefranche sur Saône* entre le 01/01/2024 et le 31/12/2024.

Ces données de prise en charge seront croisées avec des données géographiques, démographiques, économiques et sociales issues des bases de données de l'INSEE sur les données populationnelle au 1^{er} janvier 2024.

Population de l'étude :

Critères d'inclusion : tous les patients présentant un AC entre le 01/01/2024 et le 31/12/2024 pour lequel un SMUR s'est déplacé.

Critères d'exclusion : aucun.

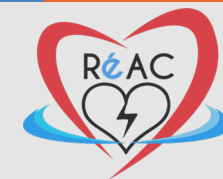
Durée de recrutement : 30 jours.

Méthodes statistiques utilisées :

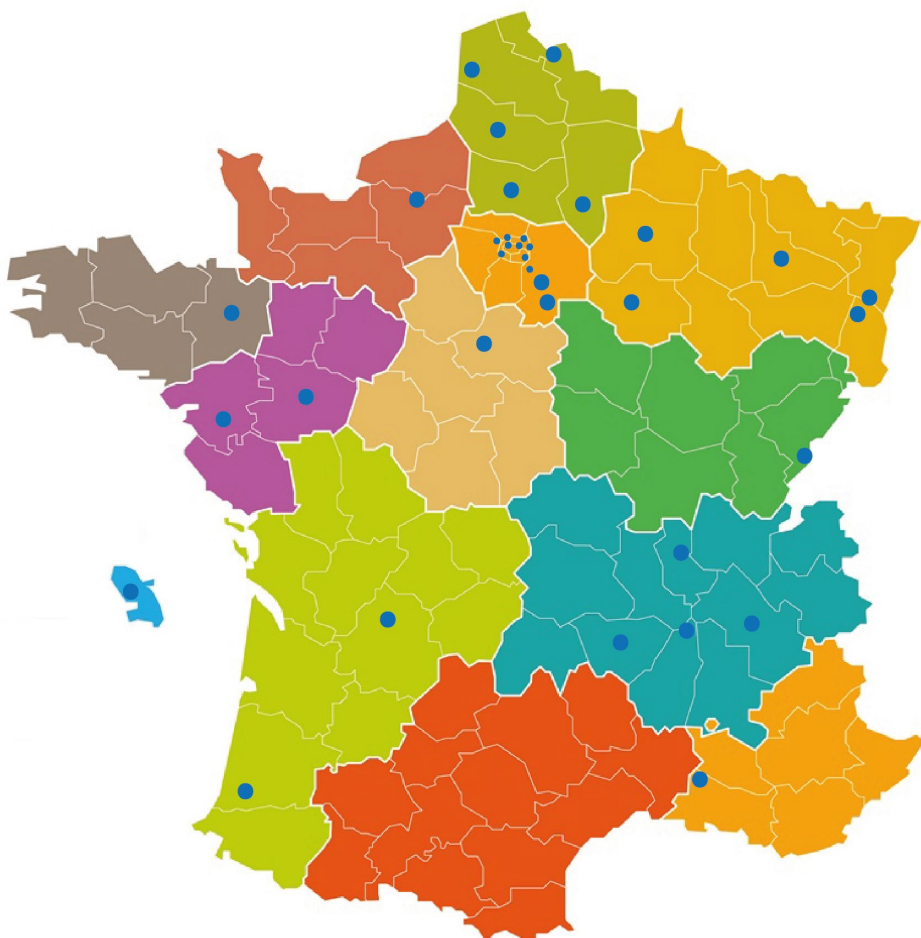
- Statistiques descriptives usuelles : répartitions en fréquences, moyenne $\pm$ écart-type, médiane [Q1-Q3] suivant la nature des données et leur distribution.
- Calcul d'incidence ajustée sur l'âge et le sexe des patients : nombre de cas/100 000 habitants.
- Statistiques comparatives usuelles : Test du Chi-deux, Test de Student, Analyse de la variance, Tests non paramétriques suivant la nature des données et leur distribution.

Les indicateurs

INCIDENCE SUR LE TERRITOIRE NATIONAL



La participation de 28 SMUR de France a permis le recensement de données sur les 6 146 arrêts cardiaques survenus pendant la durée de l'étude.



Entre le 1^{er} janvier 2024 et le 31 décembre 2024,

64 694

arrêts cardiaques sont survenus
en France

Incidence : 95 / 100 000 / an

Augmentation de l'incidence par rapport à l'incidence nationale publiée (61,5/100 000/an entre 2013 et 2014)¹.

¹Luc, Géraud, et al. "Epidemiology of out-of-hospital cardiac arrest: a French national incidence and mid-term survival rate study." Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine (2019).

LE TEMOIN

Massage cardiaque externe et utilisation de défibrillateurs automatiques externes



**Massage cardiaque externe par
le témoin**

32 678

Incidence : 48 / 100 000 / an

**Utilisation de défibrillateurs
automatiques externes par le témoin**

6 726

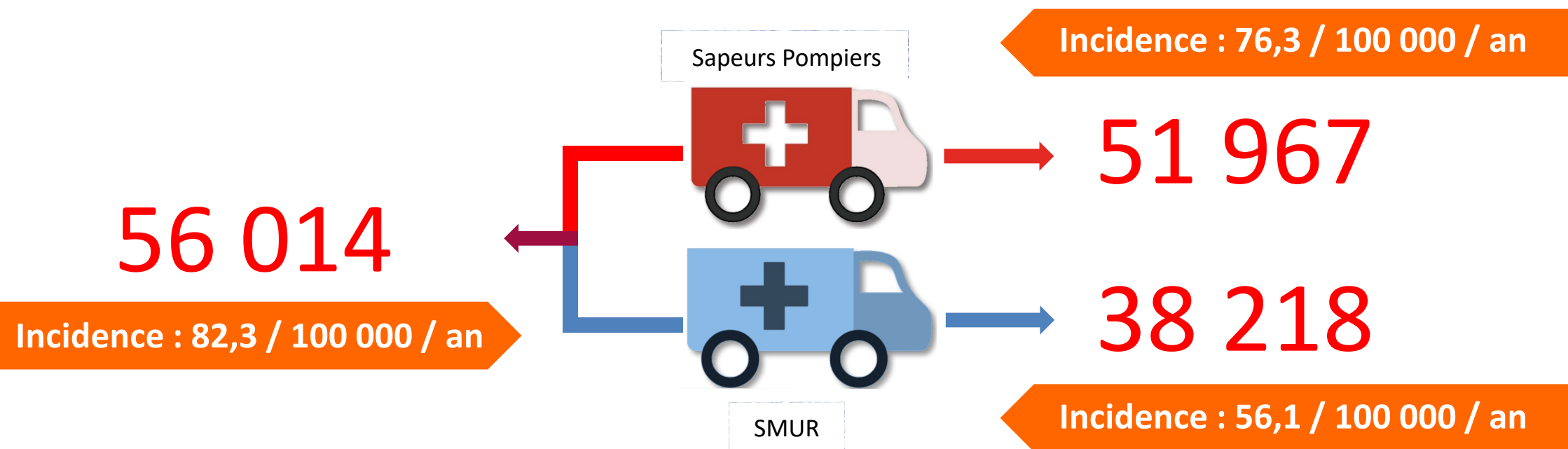
Incidence : 9,8 / 100 000 / an

Point clef :

Sur 64 694 arrêts cardiaques, 32 678 ont bénéficié d'un massage cardiaque par le témoin, ce qui représente une incidence de 48 pour 100 000 habitants. Un DEA a été utilisé pour 6 726 patients (incidence de 9,8 pour 100 000 habitants).

Point clef :

- Sur les 64 694 patients, 56 014 ont été pris en charge par les sapeurs pompiers et/ou le SMUR
- 51 967 ont été pris en charge par les sapeurs pompiers au minimum
- 38 218 ont été pris en charge par le SMUR au minimum



INTERVENTION DES SERVICES DE SECOURS

TAUX DE SURVIE - A l'arrivée à l'hôpital et à 30 jours



Survie à l'arrivée à l'hôpital

8 478

Incidence : 12,4 / 100 000 / an

Survie à 30 jours

2 265

Incidence : 3,3 / 100 000 / an

Point clef :

Parmi les 64 694 victimes d'arrêts cardiaques extra-hospitaliers survenus en 2022, 8 478 ont été admises en vie à l'hôpital (incidence de 12,4 pour 100 000 habitants). Seules 2 265 étaient vivantes trente jours après l'arrêt cardiaque ou à la sortie de réanimation (incidence de 3,3 pour 100 000 habitants).

INCLUSIONS DANS L'ÉTUDE

Incidence – analyse



Incidence en France en 2024 :

Cette année l'incidence annuelle globale de l'AC dépasse les incidences françaises décrites les années précédentes dans la littérature ainsi que dans nos derniers rapports. Elle franchit également le seuil de l'incidence européenne décrite par Berdowski *et al.* (81,7/100 000 habitants).

Cela peut s'expliquer de plusieurs manières, tout d'abord par le vieillissement croissant de la population, mais aussi la progression des pathologies cardiovasculaires chez les plus jeunes, souvent aggravée par un défaut de dépistage ou de suivi.

Ce franchissement de seuil, à la fois symbolique et statistique, invite à une vigilance renforcée. Il souligne la nécessité de revoir nos stratégies de prévention et d'intervention, en intégrant cette nouvelle réalité dans l'analyse des besoins et dans la planification des actions à venir.

Zone étudiée	Incidence (pour 100 000 habitants et par an)
France	95 61,5 (G. Luc <i>et al.</i> , 2019 ¹) 60 (EuReCa ONE study, 2016 ²)
Allemagne	122
Pays-Bas	62
Espagne	28
Italie	116
Grèce	49
République Tchèque	244
Europe	81,7 (J. Berdowski <i>et al.</i>, 2010³)

¹G. Luc, et al. "Epidemiology of out-of-hospital cardiac arrest: a French national incidence and mid-term survival rate study." *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine* (2019).

²J.T. Gräsner et al. « EuReCa ONE: 27 Nations, ONE Europe, ONE Registry. » *Resuscitation* (2016).

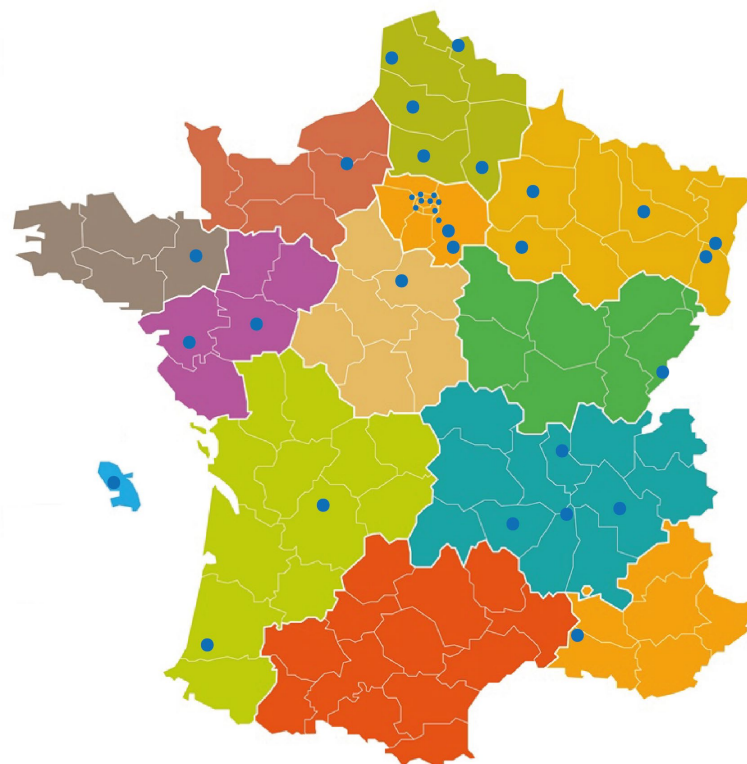
³J. Berdowski et al. « Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: systematic review of 67 prospective studies » *Resuscitation* (2010).

RESUME DES INDICATEURS





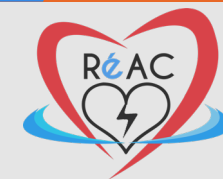
Chiffres clefs



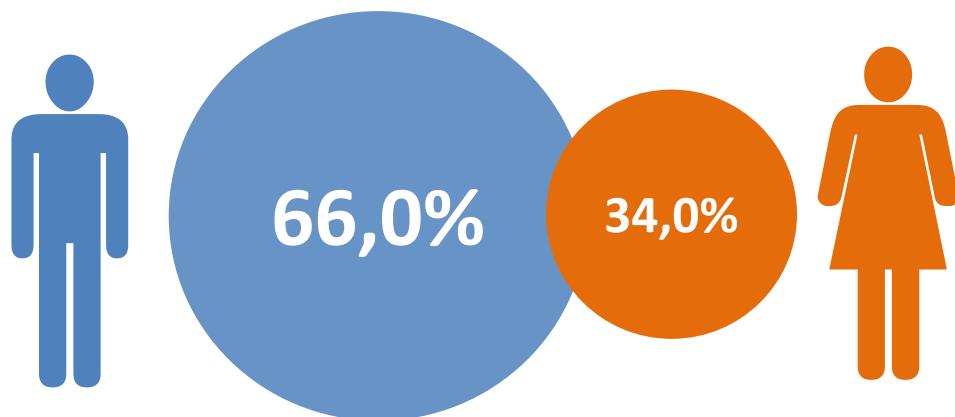
DGS
Direction générale de la Santé

DESCRIPTION DE LA POPULATION DE REFERENCE

Caractéristiques patients – sexe et âge



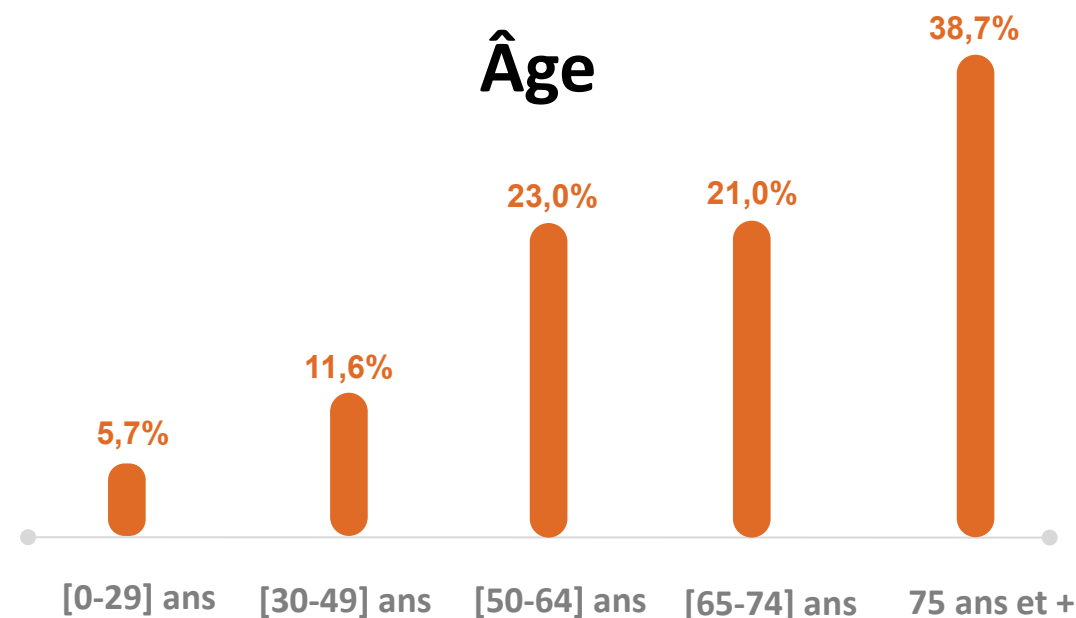
Sexe



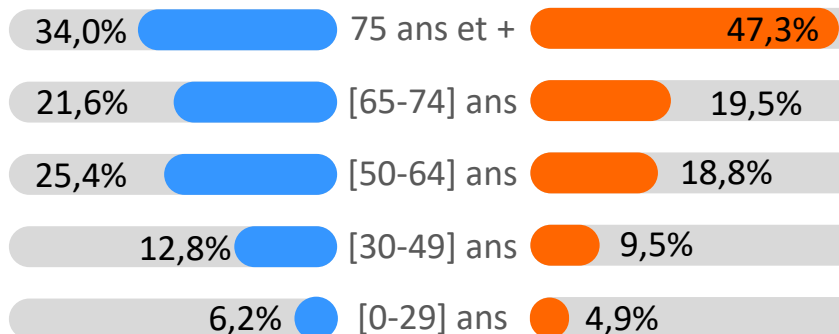
Point clef :

Les hommes sont deux fois plus touchés que les femmes par l'AC.

Âge



Âge selon le sexe



Comparaison de la répartition des hommes et des femmes selon l'âge : $p < 10^{-3}$



- **Sexe :**

En ce qui concerne la répartition homme-femme en matière d'arrêt cardiaque, on constate que les hommes sont deux fois plus touchés que les femmes. Ces chiffres reflètent la réalité internationale dans l'arrêt cardiaque. Ils s'expliquent principalement par des facteurs de risques médicaux et comportementaux (tabac et alcool) plus présents chez les hommes que chez les femmes.

- **Âge :**

L'arrêt cardiaque touche toutes les catégories d'âge même les enfants et les jeunes adultes. Cependant, l'incidence augmente fortement avec l'âge, de manière presque linéaire. On remarque cependant une légère hausse dans la catégorie d'âge intermédiaire des 50/64 ans.

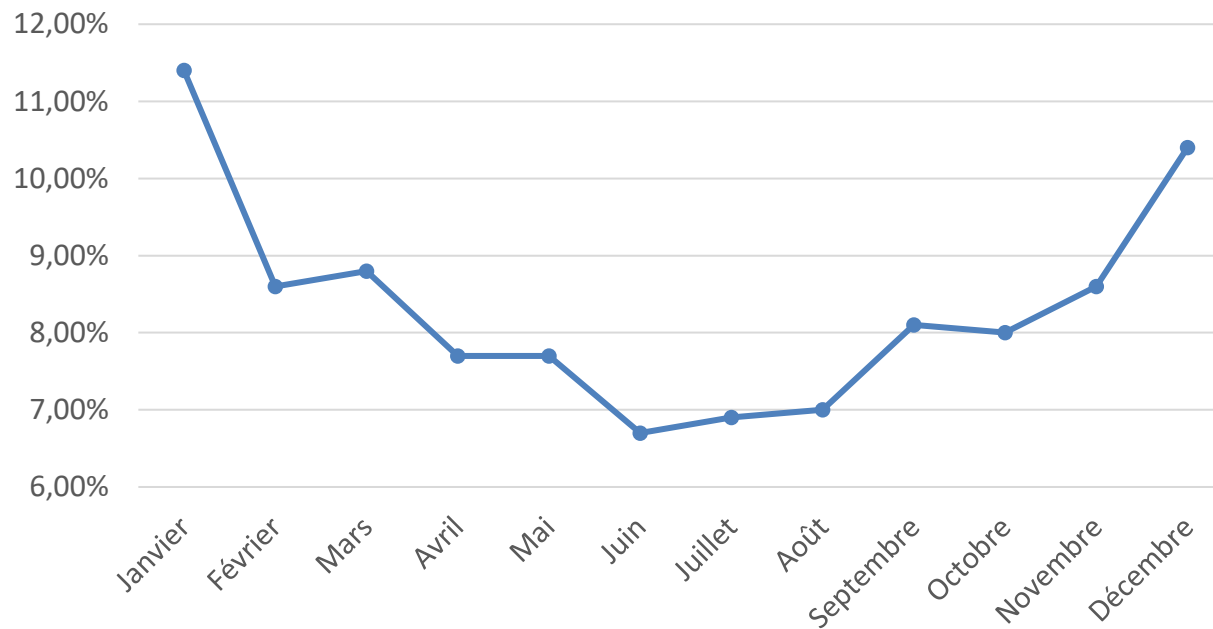
- **Âge selon le sexe :**

Concernant la répartition des patients suivant l'âge et le sexe, on constate une différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes. Chez les hommes, on observe un pic d'incidence dans cette même tranche d'âge intermédiaire, qui n'est pas observé pas chez les femmes.

Cette surmortalité précoce chez les hommes (dès 45 ans) peut s'expliquer par des facteurs de morbidité cardiovasculaires et respiratoires ou encore comportementaux. Ces facteurs de risques sont bien supérieurs chez les hommes. La mortalité plus tardive chez les femmes peut s'expliquer partiellement par l'espérance de vie plus importante chez les femmes ainsi que des facteurs de morbidité tels que les néoplasies, maladies inflammatoires, immunologiques et hématologiques qui, bien que plus rares pour certaines, sont plus fréquents chez les femmes et conduisent à des issues dramatiques plus souvent tardives.

DESCRIPTION DE LA POPULATION DE REFERENCE

Caractéristiques patients – saisonnalité et lieu de survenue des AC



Point clef :

Diminution des arrêts cardiaques entre mai et septembre (période estivale).

Domicile



Lieu de travail



Lieu public / voie publique



Établissements médico-sociaux / établissements de santé



Autres



Point clef :

Près de 75% des AC surviennent au domicile.



Saisonnalité des AC :

Lorsque l'on étudie la répartition des arrêts cardiaques selon les différents mois de l'année, la présence d'un effet saisonnier fortement marqué n'est pas évidente. Pourtant, on connaît le rôle que peuvent jouer les saisons sur les pathologies cardiovasculaires. On remarque toutefois un nombre accru d'AC sur la période de septembre à janvier (plus de 45% des AC). Ce phénomène peut s'expliquer par la décompensation de pathologies préexistantes de type respiratoires et/ou cardiovasculaires en raison, entre autres, des conditions climatiques et environnementales existantes sur la période.

On constate également un nombre réduit d'arrêts cardiaques sur la période de mai à août. Ce phénomène est plus difficilement explicable et doit conduire à des investigations complémentaires.

La mise en évidence de ces deux périodes, nous conduit à nous interroger sur l'importance de phénomènes extérieurs (climatiques, environnementaux...) sur la survenue des arrêts cardiaques. Ceci constitue un potentiel levier d'action supplémentaire dans la définition des politiques de santé publique.



Lieu de survenue de l'arrêt cardiaque :

Lorsqu'on étudie le lieu de survenue de l'arrêt cardiaque, **on note immédiatement que la très grande majorité des arrêts cardiaques se produit à domicile (environ 4 sur 5).**

Ce résultat fondamental est l'un des plus importants de ce rapport. En effet, un des leviers majeurs, permettant de limiter la mortalité au domicile, est la formation des proches, capables d'intervenir rapidement en pratiquant les gestes de réanimation. Pour rappel, on estime que chaque minute écoulée sans réanimation fait chuter les chances de survie d'environ 10 %.

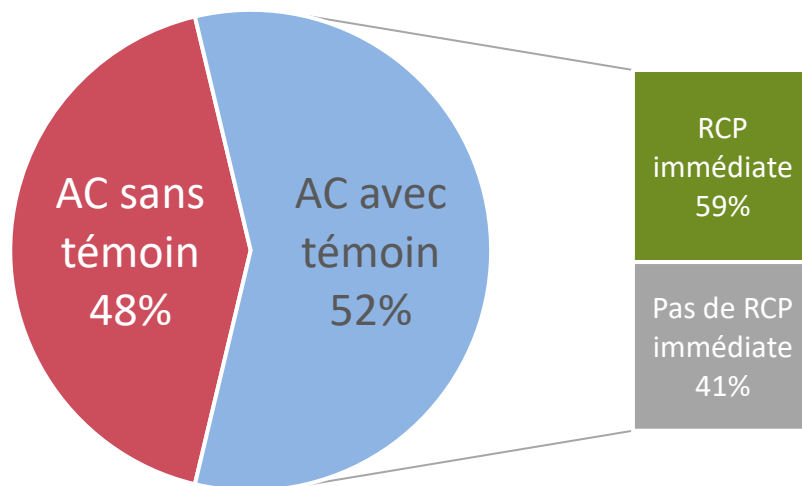
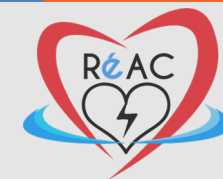
Cette mortalité élevée à domicile impose la mise en place de politiques de santé publique axées sur l'éducation. Des campagnes de prévention tertiaire doivent être déployées, avec une attention particulière portée aux enfants, qui doivent constituer une cible prioritaire. Leur sensibilisation précoce pourrait non seulement augmenter le nombre de témoins aptes à agir, mais aussi diffuser une culture des gestes qui sauvent.

Enfin, il convient de noter que seulement un peu plus d' 1 arrêt cardiaque sur 10 survient dans un lieu ou sur une voie publique, lieu privilégié d'installation des défibrillateurs entièrement automatisés. Ces dispositifs jouent un rôle crucial, mais **leur efficacité dépend aussi de la rapidité d'intervention et de la sensibilisation du grand public.**

Pour conclure, la politique de santé publique concernant cette thématique ne peut et ne doit pas reposer entièrement ou majoritairement sur le déploiement des défibrillateurs dans les lieux publics.

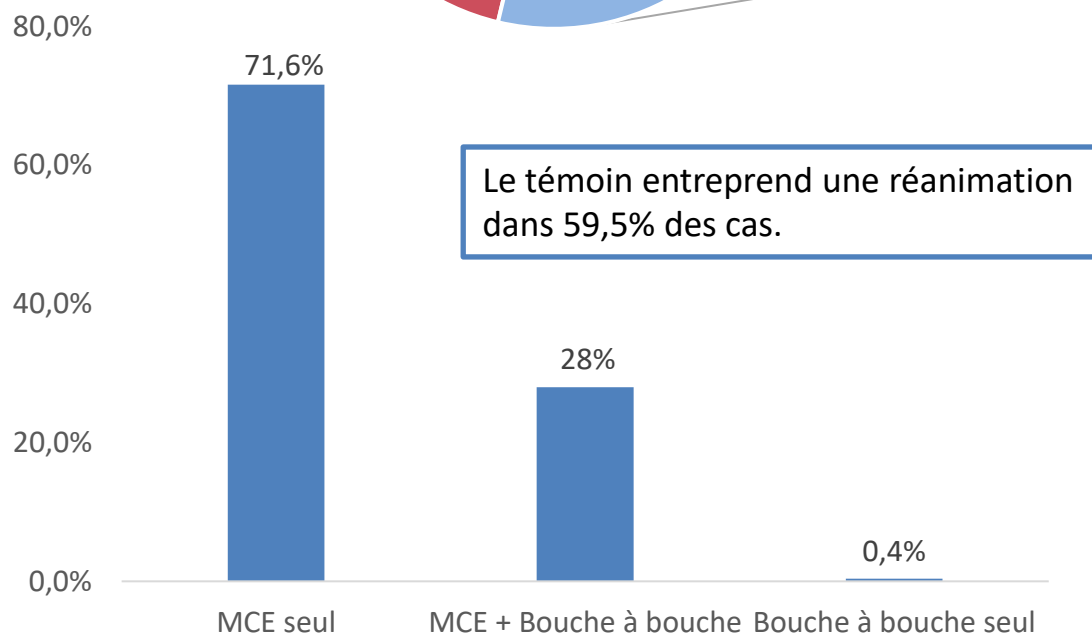
DESCRIPTION DE LA POPULATION DE REFERENCE

Témoins – présence, gestes effectués et utilisation du DEA



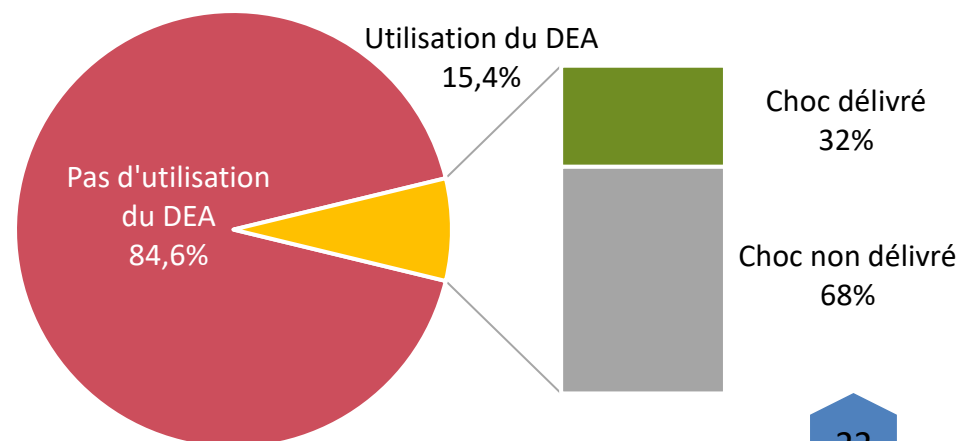
Point clef :

Présence d'un témoin dans 1 cas sur 2 mais seulement 59% d'entre eux interviennent immédiatement.



Point clef :

Les DEA restent peu utilisés. Lorsqu'ils le sont, ils ne délivrent un choc que pour un peu plus d'1 patient sur 3.



Point clef :

De façon immédiate ou légèrement différée, une réanimation par le témoin est entreprise pour seulement 1 patient sur 2.



Présence et gestes effectués :

On constate que plus de la moitié des AC survient devant un témoin. **Cependant, ce témoin n'engage pas de réanimation immédiate dans 41 % des cas.** Ceci souligne d'autant plus l'importance de l'éducation aux gestes de réanimation et l'importance de l'incitation et de l'accompagnement à la réalisation des gestes de réanimation par le SAMU.

Le taux de massage cardiaque avec bouche-à-bouche est de l'ordre de 28%. Il convient ici de rappeler que le bouche-à-bouche ne fait plus partie des priorités de réanimation recommandées surtout s'il n'est pas correctement maîtrisé.

Utilisation du DEA :

Les défibrillateurs entièrement automatisés (DEA) ne sont pas très utilisés, car souvent méconnus. Même s'il existe des systèmes d'information permettant la localisation des défibrillateurs par le grand public, ces services nécessitent souvent de s'inscrire sur des plateformes les rendant difficile d'accès. Ce service de géolocalisation des défibrillateurs permettent également l'accompagnement efficace du témoin par le SAMU et/ou les sapeurs-pompiers lors de l'appel.

De plus, même si des actions d'information et de formation ont été mises en œuvre, ces actions restent insuffisantes en nombre pour permettre une généralisation de la sensibilisation du grand public. Il faut faire vivre les défibrillateurs entièrement automatisés dans les collectivités où ils sont installés. Les défibrillateurs doivent servir de levier d'action (presque de motif) pour communiquer sur l'intérêt d'une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) initiale par le témoin, la plus précoce et de qualité. L'installation des DEA constituerait un prétexte à l'initiation de masse à la RCP.

Enfin, les défibrillateurs, lorsqu'ils sont utilisés, ne délivrent un choc qu'une fois sur trois. Lorsqu'on additionne cette donnée au fait que les DAE sont très peu disponibles car généralement mis à disposition loin des domiciles (lieu de survenue de 80% des AC), notre position est confortée :

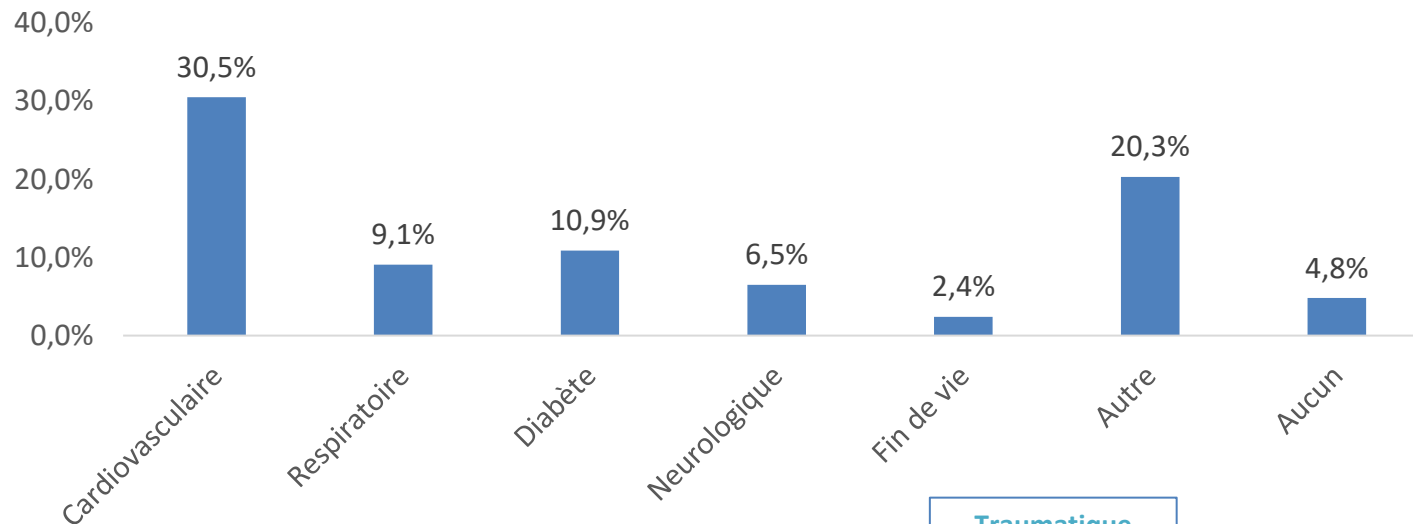
La politique de santé publique concernant l'arrêt cardiaque ne peut et ne doit pas entièrement ou majoritairement reposer sur le déploiement des défibrillateurs.

DESCRIPTION DE LA POPULATION DE REFERENCE

Antécédents et causes de l'AC



Répartition des AC par antécédents connus

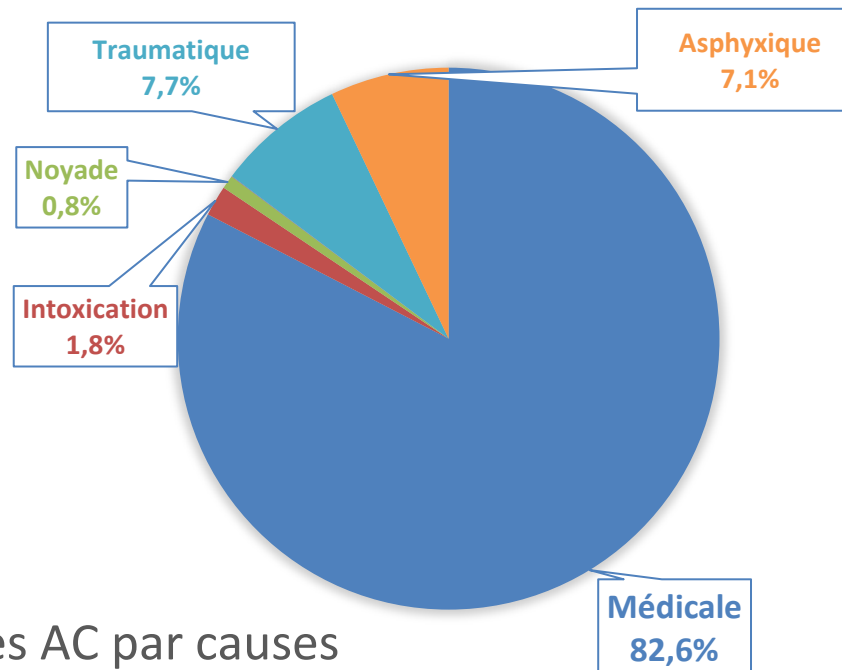


Point clef :

Les patients victimes d'un AC ont souvent des facteurs de risques connus pour lesquels une politique de prévention est envisageable.

Point clef :

L'origine principale de l'AC est médicale (dans plus de 80% des cas).



Répartition des AC par causes

DESCRIPTION DE LA POPULATION DE REFERENCE

Délais de prise en charge



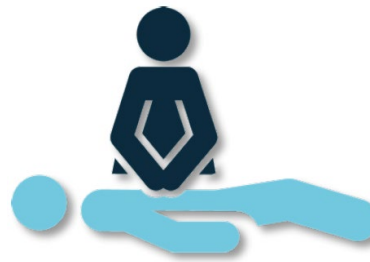
Délai d'arrivée des sapeurs-pompiers :
12 min $\pm$ 11 (médiane : 10 min [6;15])



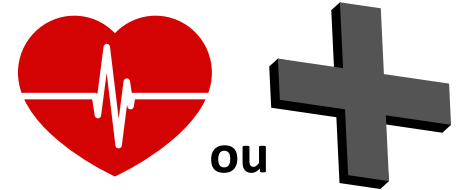
Délai d'arrivée du SMUR :
24 min $\pm$ 2- (médiane : 20 min [13;29])



No Flow



Low Flow



ou

18 min $\pm$ 23 (médiane : 14 min [7;23])

24min $\pm$ 19 (médiane : 21min [10;35])

Point clef :

- No Flow : délai entre l'effondrement et le premier geste de réanimation
- Low Flow : délai entre le premier geste de réanimation et l'arrêt de la réanimation (décès ou reprise d'une activité circulatoire spontanée)



Délais de prise en charge :

En 2024, les sapeurs-pompiers mettent toujours plus de 10 minutes pour arriver, tandis que le SMUR intervient généralement après plus de 20 minutes. Or, dans cette course contre la montre, chaque minute perdue sans réanimation diminue les chances de survie d'environ 10 %.

Face à ces délais qui ralentissent la chaîne de survie, l'implication du premier témoin devient cruciale. Pourtant, malgré son rôle clé, ce dernier reste trop souvent spectateur plutôt qu'acteur, ce qui prive les victimes d'un précieux sursis.

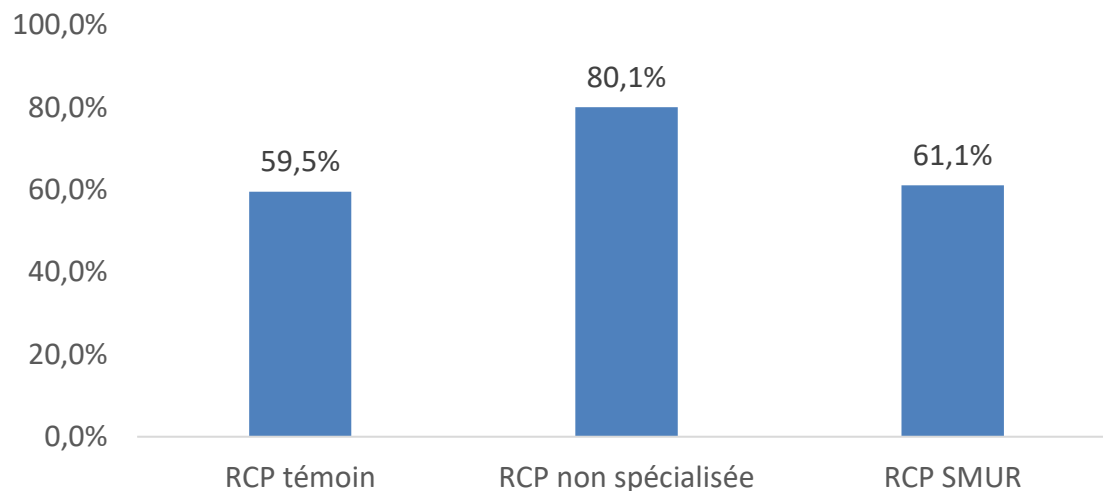
Pour inverser cette tendance, il est urgent de renforcer la formation et la sensibilisation du grand public aux gestes qui sauvent, afin que la première minute ne soit plus jamais une minute perdue.

DESCRIPTION DE LA POPULATION DE REFERENCE

Réanimation et rythme initial à l'arrivée du SMUR



Les réanimations

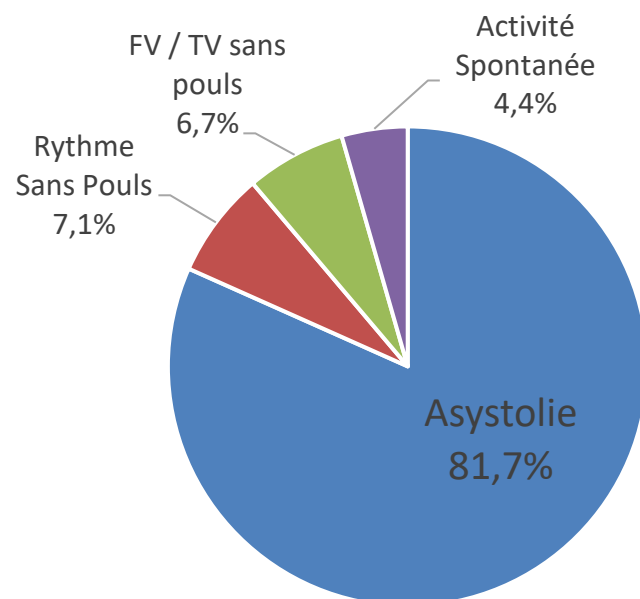


Point clef :

6 témoins sur 10 entreprennent une réanimation.

Point clef :

4 patients sur 5 sont en asystolie au moment de la prise en charge SMUR.





**Reprise d'une Activité Circulatoire Spontanée
(RACS)**

18,5 %

Survie à J0

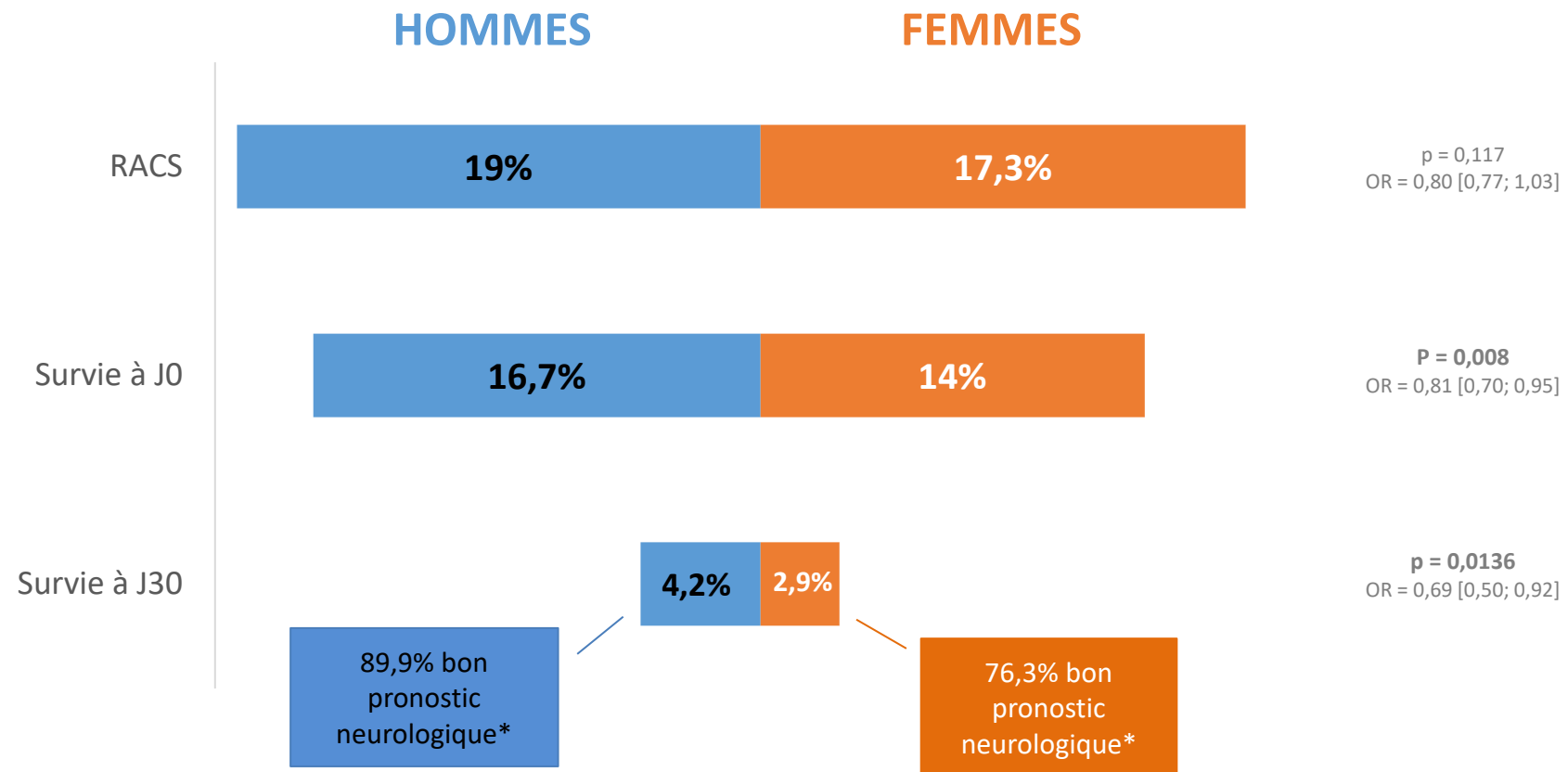
13,6%

Survie à J30

3,7% (dont 86,% de bon pronostic neurologique)

DESCRIPTION DE LA POPULATION DE REFERENCE

Comparaison de la survie par sexe



* Différence significative en termes de devenir neurologique à 30 jours entre les hommes et les femmes
Bon pronostic neurologique à J30, OR=0,36 [0,16;0,80] **p = 0,01**

Point clef :

Les femmes présentent des taux de survie très inférieurs à ceux des hommes et ont un moins bon pronostic neurologique.

Survie globale en France :

Avec un taux de survie de 13,6 % à J0 et de seulement 3,7 % à J30, la France affiche des résultats encore éloignés de ceux observés dans certains pays européens et nord-américains. À titre de comparaison, la survie à 30 jours atteint 22 % aux Pays-Bas, 17 % en Finlande, 15 % en Suède, et même 25 % à Seattle, aux États-Unis. Ces écarts témoignent du potentiel d'amélioration considérable qui subsiste.

Comparaison de la survie entre les hommes et les femmes :

Ces résultats globaux masquent toutefois des disparités notables selon le sexe. À J0, les femmes présentent environ 16 % de chances de survie en moins que les hommes (14,0 % contre 16,7 %). À J30, l'écart s'accroît : la survie des femmes est environ 31 % inférieure à celle des hommes (2,9 % contre 4,2 %). Parmi les survivantes, les femmes ont également près de 15 % de chances en moins d'avoir un bon pronostic neurologique (76,3 % contre 89,9 %).

Ces écarts, qu'ils soient internationaux ou entre sexes, illustrent l'ampleur des marges de progression possibles. Ils soulignent la nécessité de renforcer la chaîne de survie dans sa globalité, en intégrant une perspective de genre et en consolidant les efforts de sensibilisation, de formation citoyenne et de structuration des soins d'urgence.

L'année 2024 marque un tournant. Pour la première fois, l'incidence annuelle de l'arrêt cardiaque en France dépasse non seulement les chiffres historiquement observés sur notre territoire (autour de 60 pour 100 000 habitants), mais également l'incidence européenne de référence (81,7 pour 100 000 habitants selon Berdowski et al.).

Dans le même temps, les taux de survie restent particulièrement faibles, avec seulement 3,7 % de survie à J30, soit une baisse par rapport à la période pré-COVID (environ 5 %). Cette diminution, combinée à l'augmentation de l'incidence, renforce la nécessité d'une réponse renforcée et coordonnée.

Chez les hommes, la tranche d'âge 50–64 ans présente toujours un pic d'incidence, une tendance déjà observée les années précédentes mais qui semble se confirmer, voire s'accroître. Cette vulnérabilité persistante des âges intermédiaires souligne l'importance de renforcer la prévention cardiovasculaire dès le milieu de vie.

Face au vieillissement de la population, à l'essor de l'hospitalisation à domicile et à la pression croissante sur les SMUR, il devient impératif de réinterroger nos politiques de santé publique. Former massivement aux gestes qui sauvent, améliorer la détection précoce des facteurs de risque sont autant de leviers à activer avec cohérence et sans délai. Intégrer dès le plus jeune âge l'apprentissage des gestes qui sauvent permettrait de former une génération capable de devenir la clé d'une chaîne de survie plus solide et réactive demain.