



DOSSIER DE PRESSE

HALTE A L'ARRET CARDIAQUE ! Comment prévenir la mort subite ?

Ce dossier a été réalisé

en collaboration avec la ...  **Fédération Française
de Cardiologie**

et les spécialistes ...

Pr Étienne ALIOT,

Responsable de la campagne 2008 « Halte à l'arrêt cardiaque » pour la SFC et la FFC

Pr Jacques BEAUNE,

Président de la Fédération Française de Cardiologie

Dr Richard BRION,

Groupe Exercice Réadaptation et Sport de la Société Française de Cardiologie

Pr Nicolas DANCHIN,

Président de la Société Française de Cardiologie

Pr Albert HAGEGE,

Secrétaire scientifique de la Société Française de Cardiologie

Dr Xavier JOUVEN,

Cardiologue à l'Hôpital Georges Pompidou (Paris)

Directeur de l'équipe Avenir Inserm « Facteurs de risque de la mort subite »

Pr Christian SPAULDING

Cardiologue à l'Hôpital Cochin (Paris)



Contacts presse

Delphine Eriau et Sylvie du Cray-Patouillet

Tél. : 01 45 03 89 89 - Fax : 01 45 03 89 90

email : d.eriau@ljcom.net - email : s.ducraypatouillet@ljcom.net

SOMMAIRE

Préambule

I - Les Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie (JESCFC) 2008

- Le congrès majeur de l'année cardiologique avec un temps fort d'information pour le grand public

..... pages 4 à 5

II - La mort subite : un défi majeur de la cardiologie

- La mort subite de l'adulte, qui cause 40 000 décès par an, nécessite une politique de prévention soutenue
- Facteurs génétiques et mort subite : le dépistage des apparentés atteints dans la famille est fondamental
- La prise en charge hospitalière des arrêts cardiaques extra-hospitaliers

..... pages 6 à 9

III - Les cardiologues en campagne en 2008 contre la mort subite

- Lancement de la campagne annuelle d'information grand public de la Fédération Française de Cardiologie
- Reconnaître l'arrêt cardiaque pour sauver des vies
- Que faire en cas d'arrêt cardiaque ?
- Résultats de l'étude FFC - TNS Healthcare « Les Français et l'arrêt cardiaque » : un besoin d'information et de formation
- Équipement en défibrillateurs automatiques ou semi-automatiques externes : état des lieux

..... pages 10 à 16

Préambule

« Grâce aux progrès de la prévention et à l'amélioration considérable de la prise en charge des maladies cardiaques on observe une diminution spectaculaire de la mortalité cardiovasculaire en France, mais il ne faut pas relâcher les efforts. »

Les 25 dernières années ont vu une **réduction considérable de la mortalité cardiovasculaire en France, chez les hommes comme chez les femmes : 52 % et 55 % respectivement**. À titre de comparaison, les décès par cancers n'ont baissé que de 12 % pendant cette même période. **Entre 2000 et 2004, la baisse de mortalité cardiovasculaire est de 16 %.**

Cette diminution spectaculaire de la mortalité cardiovasculaire est attribuable pour partie aux progrès de la prévention au sein de la population générale (lutte contre le tabagisme, l'hypertension artérielle et problèmes liés au cholestérol), mais aussi à l'amélioration considérable de la prise en charge des malades cardiaques.

La **politique de registres mise en place par la Société Française de Cardiologie** a pour but d'évaluer l'évolution des pratiques au fil du temps et leur impact sur la mortalité et les événements cardiaques graves. Le registre FAST-MI a ainsi permis une photographie des pratiques chez les patients hospitalisés pour un infarctus à la fin de l'année 2005. Par rapport à la situation en France en 1995, la mortalité à 30 jours après infarctus a diminué de moitié, passant de 13,7 % à 6,9 % en l'espace de seulement 10 ans. L'amélioration du pronostic des patients hospitalisés pour infarctus se confirme : la survie à un an était de 81,5 % en 1995, de 85,8 % en 2000 et de 88,6 % en 2005.

En résumé, la mortalité cardiovasculaire en France régresse de façon spectaculaire. Il faut cependant poursuivre les efforts pour améliorer encore ces résultats, à l'heure où nous voyons poindre de nouveaux dangers, liés notamment à notre mode de vie conduisant à une augmentation préoccupante de l'obésité et de son corollaire, le diabète... La prise en charge pré-hospitalière de l'arrêt cardiaque doit, à cet égard, devenir une priorité.

C'est dans ce contexte qu'intervient le XVIII^e congrès de la Société Française de Cardiologie du 16 au 19 janvier 2008, avec un programme éclectique permettant à chacun des 10 000 participants provenant d'horizons divers, de trouver réponse à ses questions et d'être au fait des avancées les plus récentes de notre discipline.

Professeur Nicolas DANCHIN,
Président de la Société Française de Cardiologie



JESCF 2008 : le congrès majeur de l'année cardiologique avec un temps fort d'information pour le grand public

**Professeur Albert Hagège,
Secrétaire Scientifique de la SFC, en charge de l'organisation scientifique des Journées
Européennes de la Société Française de Cardiologie**

Les Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie constituent la plus importante manifestation de cardiologie générale en France, la seconde en Europe après le Congrès de la Société Européenne de Cardiologie, entièrement consacrée à la formation médicale continue. Elles ont réuni en 2007 plus de 8 500 participants de tous horizons et toutes spécialités, autour de 750 orateurs, 1 000 communications orales, 400 communications affichées et 400 sessions scientifiques. Les cardiologues libéraux et hospitaliers français, mais aussi des participants et orateurs européens, des pays méditerranéens, seront réunis lors de ces 3 journées.

D'ores et déjà, on peut prédire une influence record lors des conférences internationales consacrées aux thèmes suivants :

- Mort subite : qui dépister ? comment traiter ?
- Anomalies des valvules cardiaques : comment évaluer ? quand opérer ?
- Athérosclérose : Nouveaux concepts, nouveaux traitements
- Prothèses coronaires (Stents) : Quand et comment ?

Comme tous les ans, le congrès bénéficie du soutien de nombreuses sociétés scientifiques amies tant nationales (GRRC, INSERM, ALFEDIAM, SFAR, CNCF et CNCHG, Sociétés Françaises d'Athérosclérose, de Médecine Vasculaire et Neurovasculaire, de Chirurgie Thoracique et Vasculaire, de Pneumologie, Société d'Implantologie Bucco-dentaire, Tabaccologie, Médecine des Armées) qu'internationales (Sociétés Allemande, Belge, Polonaise et Suisse de Cardiologie, Société Européenne de Cardiologie, European Heart Rythm Association, European Association for CardioVascular Prevention and Rehabilitation, International Society of Heart Research, International Chair on Cardiometabolic Risk – Canada, et American College of Cardiology).

La Société Française de Cardiologie souhaite jouer un rôle de plus en plus important dans la politique de recherche clinique pour notre discipline. Ce congrès verra la présentation de plusieurs travaux issus des registres mis en place par la Société.

Enfin, les temps forts de ce congrès 2008 seront représentés au cours de 4 rendez-vous : L'essentiel de l'année cardiologique 2007, les deux sessions d'actualités sur les grands essais cliniques 2007, et la session consacrée aux points forts du congrès, samedi après-midi, résumant les données majeures des trois jours passés. La collaboration étroite avec la Fédération Française de Cardiologie dans la lutte contre les maladies cardiovasculaires se matérialisera par deux sessions scientifiques consacrées au tabagisme, et par une session grand public consacrée à l'arrêt cardiaque, samedi après-midi, au Palais des Congrès.

Il faut aussi rappeler que ce congrès est l'occasion de soutenir la recherche cardiologique en France. Au-delà des compétitions organisées entre jeunes chercheurs en clinique et en sciences fondamentales et des prix récompensant les meilleurs travaux scientifiques dans le domaine en 2007, seront distribuées de nombreuses bourses de recherche dont 4 bourses de 80 000 € pour des projets novateurs soutenus par la Société Française de Cardiologie et la Fédération Française de Cardiologie.

Le programme du congrès est disponible sur :

www.jesfc.org

II - La mort subite : un défi majeur de la cardiologie

La mort subite de l'adulte, qui cause 40 000 décès par an, nécessite une politique de prévention soutenue

Professeur Xavier Jouven

Cardiologue à l'hôpital Georges Pompidou (Paris)

et Directeur de l'Equipe Avenir Inserm « Facteurs de risque de la mort subite »

La mort subite de l'adulte également appelée arrêt cardiaque est responsable d'environ 40 000 décès par an en France. C'est le plus souvent une accélération brutale du cœur (fibrillation ventriculaire qui complique une atteinte du muscle cardiaque). Cette atteinte du muscle cardiaque est d'origine coronaire (dans plus de 80 % des cas après 30 – 40 ans). Pour les patients plus jeunes, les causes les plus fréquentes sont une cardiomyopathie hypertrophique, une dysplasie ventriculaire droite arythmogène, une myocardite.

Les facteurs de risque de mort subite sont les classiques facteurs de risque cardiovasculaire (tabagisme, hypercholestérolémie, hypertension, etc...) auxquels sont ajoutés des facteurs de risque rythmique. L'identification de ces facteurs de risque rythmique est en cours. On sait toutefois qu'il existe un risque familial indépendant.

En effet, une enquête française, l'enquête prospective parisienne a permis de recruter plus de 7 000 hommes d'âge moyen entre 1967 et 1972. Leur mortalité a été suivie pendant plus de 25 ans. Dans cette étude, **les sujets dont l'un des parents avait fait une mort subite ont eux même fait deux fois plus de morts subites sur les 25 ans de suivi. Les hommes dont les deux parents étaient décédés subitement ont fait neuf fois plus de morts subites au cours du suivi.** De plus, il a été montré une corrélation positive des âges, c'est-à-dire que les hommes décédaient de mort subite à peu près aux mêmes âges que leurs parents.

L'identification précoce des sujets à risque reste l'objectif majeur afin de pouvoir proposer des mesures de prévention primaire. Toutefois cette identification précoce reste difficile actuellement du fait de l'insuffisance des connaissances médicales. Aussi est-il indispensable de développer dès aujourd'hui les mesures permettant d'augmenter la survie lorsque l'arrêt cardiaque survient. Ces mesures sont connues. Il faut encourager les témoins à reconnaître rapidement un arrêt cardiaque, à téléphoner immédiatement au SAMU ou aux Pompiers et à débiter un massage cardiaque. Le massage cardiaque seul (sans bouche à bouche) est actuellement préconisé. Ce massage cardiaque est effectué en allongeant le sujet sur un plan dur, en positionnant les bras tendus au milieu de la poitrine et en déprimant la cage thoracique sur environ 5 cm et ce environ 100 fois par minute jusqu'à l'arrivée des secours avec un défibrillateur.

L'installation de défibrillateurs dans les lieux publics et notamment dans les stades permettra de raccourcir le délai entre la survenue de l'arrêt cardiaque et le délai du choc électrique, ce qui est un facteur prépondérant afin d'améliorer la survie. Les défibrillateurs entièrement automatiques sont utilisables par tous, il s'agit simplement d'allumer l'appareil et de suivre les instructions très simples, c'est-à-dire coller deux gros patchs sur la poitrine, c'est tout. L'appareil fait le reste. Toutefois, on le sait, **l'installation de défibrillateurs ne permettra pas d'améliorer significativement la survie si les citoyens ne s'investissent pas dans la réalisation du massage cardiaque. Il est donc très utile de développer des campagnes de formation auprès de la population.**

Facteurs génétiques et mort subite : le dépistage des apparentés atteints dans la famille est fondamental

Professeur Albert HAGEGE,

Président du Comité Scientifique

des Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie 2007

Dans la plupart des cas, la mort subite survient en présence d'une anomalie cardiaque visible ; le dépôt de cholestérol dans les coronaires (infarctus) est la cause la plus fréquente responsable de 80 % des morts subites ; dans les autres cas, souvent à un âge jeune, sont en cause les atteintes cardiaques d'origine génétique, divisées en 2 groupes :

- **avec atteinte visible du cœur**, dilatation des cavités (cardiomyopathies dilatées), épaissement de ses parois (cardiomyopathies hypertrophiques) et infiltration graisseuse des parois (dysplasie ventriculaire droite arythmogène) ;
- **sur cœur apparemment sain**, par anomalies des courants électriques cardiaques.

Bien que de nombreux patients atteints par ces maladies ne feront jamais de mort subite, il faut s'attacher à rechercher des facteurs de risque de mort subite dans ces maladies, que sont, entre autres, les antécédents de mort subite chez les parents ou frères et sœurs, les syncopes et l'existence de troubles du rythme cardiaque (tachycardies ventriculaires). Souvent, ces sujets jeunes qui décèdent de mort subite sont asymptomatiques, et la mort subite est souvent leur premier et dernier symptôme. La mort subite avant 35 ans est le plus souvent due à une anomalie génétique.

Dans toutes les maladies suivantes, le dépistage des apparentés atteints dans la famille est fondamental et fera probablement appel, dans les années à venir, aux tests génétiques systématiques.

- **La cardiomyopathie hypertrophique**, 1 sujet atteint sur 500 dans la population, est la forme la plus fréquente des maladies cardiovasculaires héréditaires et la cause la plus fréquente de mort subite chez le jeune comme chez le sportif de haut niveau ; la maladie touche environ 12 millions d'individus dans le monde, mais peu (moins de 10%) sont à risque de mort subite. Elle est caractérisée par un épaissement des parois du ventricule gauche. La mort subite cardiaque est la première manifestation clinique de la maladie chez plus de 50 % des cas. La maladie est familiale dans au moins 60% des cas.
- **La cardiomyopathie dilatée** est une maladie du muscle cardiaque, caractérisée par une dilatation ventriculaire et une altération de sa fonction contractile. Sa prévalence serait de 1/2500 dans la population générale. Si elle est le plus souvent cause de symptômes d'insuffisance cardiaque, l'expression peut être purement arythmique avec risque de mort subite. La maladie est souvent héréditaire (environ 40% des cas).
- **Le syndrome de Brugada**, identifié en 1995, est à l'origine de mort subite à un âge très jeune et chez l'enfant. Il est la cause la plus fréquente de mort subite chez les individus sans anomalie cardiaque visible. Il serait responsable de près de 12 % de tous les décès subits et de 20 % de décès en l'absence de cardiopathie apparente. **Dans les pays occidentalisés, la prévalence de la maladie est de l'ordre de 1 sur 5 000.**
- **La dysplasie ventriculaire droite arythmogène** est caractérisée par un remplacement progressif du muscle du ventricule droit par de la graisse et du tissu fibreux. **Sa prévalence est estimée entre 1/1000 et 1/5000 dans la population générale. Elle est en cause dans 3 à 10 % des morts subites avant 65 ans**, souvent déclenchées par l'effort.
- **Les syndromes du QT* long congénital, du QT court et la tachycardie ventriculaire polymorphe catécholergique familiale** sont des **maladies héréditaires plus rares** et très graves.

* QT : Désigne un espace sur l'électrocardiogramme

Le sport et les pathologies cardiovasculaires

Entretien avec le Docteur Richard Brion (Lyon)

Groupe Exercice Réadaptation et Sport de la Société Française de Cardiologie

Pourquoi des sportifs apparemment en très bonne santé meurent parfois en plein effort ?

Cela ne survient jamais par hasard. Le plus souvent c'est parce que le sportif est porteur d'une maladie cardiovasculaire le plus souvent méconnue. Il existe en effet certaines maladies cardiovasculaires sournoises qui n'empêchent pas la performance. L'exercice très intense sur un tel terrain peut alors favoriser un trouble du rythme grave.

Avant l'âge de 35 ans ce risque vient le plus souvent de maladies d'origine génétique qui atteignent soit le muscle cardiaque (cardiomyopathies hypertrophique, cardiopathies arythmogènes du ventricule droit, cardiomyopathies dilatées...) soit le mode de transmission de l'influx électrique dans le cœur (Préexcitation ventriculaire, QT long, Tachycardies ventriculaires cathécolinergiques...), soit d'atteintes vasculaires (Marfan, anévrismes de l'aorte, malposition des artères coronaires...).

Après 35 ans, la cause la plus fréquente de ces accidents aigus au cours du sport est la maladie coronaire athéromateuse. Son dépistage (imparfait) passe par la pratique d'une épreuve d'effort à réaliser systématiquement avant la pratique du sport chez un sujet à risque.

Y a-t-il des facteurs favorisant le risque de mort subite au cours du sport ?

Oui. Plusieurs circonstances peuvent être favorisantes, citons :

- Une rupture d'entraînement et une reprise intempestive (l'entraînement régulier est très protecteur)
- Des conditions atmosphériques difficiles (grande chaleur, grand froid, déshydratation)
- Le dopage (presque tous les produits dopants sont susceptibles de pouvoir favoriser des complications cardiovasculaires) ...
- Une infection virale récente (risque de myocardite)

Quand doit-on pratiquer un examen médical ?

L'examen médical est pratiquement obligatoire avant toute licence sportive quel que soit l'âge. Après 40 ans il est utile de le provoquer si l'on souhaite reprendre une activité physique.

On peut aider son médecin en lui précisant le type de sport prévu et le niveau auquel on souhaite le pratiquer.

Il ne faut pas manquer d'attirer son attention sur les éventuels points suivants :

- L'existence d'antécédents familiaux de mort subite ou de maladies cardiaques.
- L'existence de symptômes surtout s'ils surviennent à l'effort comme des douleurs thoraciques, des malaises, des sensations de palpitations cardiaques ou un essoufflement anormal.
- L'existence de facteurs de risque comme un tabagisme (même ancien), un diabète, une hypertension.

Le médecin pratiquera un examen clinique et demandera une prise de sang si un bilan n'a pas été réalisé récemment. Il pourra compléter son examen par un électrocardiogramme.

Avec tous ces éléments il jugera de l'opportunité de demander un avis cardiologique.

Lorsque ce bilan complet est normal, le risque d'un problème cardiaque survenant à l'effort est alors faible.

Que conseillez-vous ?

Tout le monde doit pratiquer une activité physique quel que soit son âge. Ceci est aussi vrai pour les cardiaques mais qui devront scrupuleusement suivre les conseils de leur médecin.

La pratique des sports à forte dépense énergétique nécessite d'avoir un cœur sain. Elle est réservée aux sujets bien entraînés.

Prise en charge hospitalière des arrêts cardiaques extra-hospitaliers

Professeur Christian Spaulding,

Service de Cardiologie, Hôpital Cochin, Paris

Malgré la mise en place de programmes d'éducation du grand public, le pronostic de l'arrêt cardiaque extra-hospitalier (ACEH) reste effroyable avec une mortalité de plus de 90%. Si la rapidité initiale des premiers soins reste l'élément pronostic le plus important, la recherche d'une cause étiologique et la mise en œuvre de thérapeutiques telles que l'hypothermie en milieu hospitalier permettent d'améliorer la survie. **La prise en charge hospitalière doit être conçue comme la suite des soins administrés par les équipes médicales pré-hospitalières.** En pratique, ces derniers contactent une structure hospitalière spécialisée capable de prendre en charge ces patients lourds. Une parfaite coordination entre les équipes pré-hospitalières et hospitalières est indispensable.

La première démarche hospitalière consiste à rechercher la cause de l'arrêt cardiaque. Les examens étiologiques sont effectués le plus souvent dès l'admission du patient. L'occlusion coronaire aiguë est la cause la plus fréquente des arrêts cardiaques. Une opacification des artères coronaires (coronarographie) est donc le plus souvent réalisée dès l'admission du patient et suivie si besoin par une ouverture de l'artère par angioplastie. Cet examen est réalisé en salle de coronarographie. Au cours de la procédure, la surveillance est réalisée au mieux par l'équipe de réanimation médicale qui prendra ultérieurement en charge le patient. D'autres examens peuvent être effectués rapidement si l'origine de l'arrêt reste indéterminée après la coronarographie, notamment un scanner cérébral à la recherche d'une cause neurologique.

Une fois le patient en réanimation, la température du corps est abaissée artificiellement le plus souvent par des couvertures réfrigérantes. Cette hypothermie permet d'améliorer le pronostic des survivants d'un arrêt cardiaque. Par ailleurs, des soins généraux de réanimation sont administrés tel que la sédation et la ventilation artificielle. La surveillance des premières 48 heures a pour but de détecter et de traiter précocement des complications spécifiques de l'arrêt cardiaque extra-hospitalier, tel que le choc. Après 48 heures, une évaluation de l'état neurologique est réalisée. **Les dégâts sont le plus souvent proportionnels au temps écoulé entre le début de l'arrêt cardiaque et la mise en œuvre des premiers secours, ce qui souligne l'importance de l'éducation du grand public.**

Après cette période en réanimation, les patients sont ensuite transférés le plus souvent dans un service de cardiologie. La recherche de la cause de l'arrêt est alors éventuellement complétée par la réalisation d'examens plus spécialisés tels que l'IRM ou une exploration électrophysiologique. **La suite de la prise en charge consiste à prévenir la récurrence de l'arrêt cardiaque par différents moyens : revascularisation coronaire ou pose d'un défibrillateur.**

En conclusion, le pronostic de l'arrêt cardiaque reste sombre et dépend essentiellement des premiers gestes de secours. Cependant, une coordination parfaite entre les équipes paramédicales et médicales pré-hospitalières et un centre hospitalier spécialisé permet d'optimiser la prise en charge de ces patients difficiles et d'espérer une amélioration de leur pronostic à long terme. La prise en charge hospitalière doit être conçue comme un maillon supplémentaire dans la chaîne de secours de l'arrêt cardiaque extra-hospitalier.

III - Les cardiologues en campagne en 2008 contre la mort subite

Lancement de la campagne annuelle d'information grand public de la Fédération Française de Cardiologie : « Arrêt cardiaque : 1 vie = 3 gestes »

La Fédération Française de Cardiologie lance en janvier 2008 sa campagne annuelle d'information grand public sur le thème « **Arrêt cardiaque : 1 vie = 3 gestes** ». Soutenue par plusieurs acteurs éminents de la cardiologie, de l'urgence médicale et du secourisme, cette campagne poursuit un double objectif : inciter le grand public à se former aux gestes de premiers secours et encourager l'équipement en défibrillateurs des lieux publics et des entreprises.

Site Internet, film pédagogique, diffusion de brochures, actions d'influence et événements en régions rythmeront l'ensemble de l'année 2008.

Le coup d'envoi de la campagne aura lieu le samedi 19 janvier 2008, lors d'une conférence publique gratuite au Palais des congrès de Paris, en marge des Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie.

Un moment idéal pour sensibiliser le grand public, les élus et les entreprises

50 000 personnes décèdent chaque année d'un arrêt cardiaque en France. De même, seulement 7 % environ des Français sont formés aux gestes qui sauvent. Notre pays accuse ainsi un sérieux retard en termes de survie après un arrêt cardiaque : moins de 3% !

Or dans certains pays où la **population est davantage formée** et où les **lieux publics et privés sont mieux équipés en défibrillateurs automatisés externes**, ce taux de survie peut atteindre **30 %**.

Par une recommandation publiée en janvier 2007, l'**Académie de Médecine** encourage la sensibilisation et la formation du grand public aux gestes de premiers secours. Par ailleurs, depuis le **décret du 4 mai 2007**, le grand public est enfin autorisé à utiliser un défibrillateur alors que jusqu'ici, seuls les secours pouvaient le faire.

Dans ce contexte favorable, le moment est venu de sensibiliser le grand public à cette pathologie et de **l'inciter à se former aux gestes qui sauvent**. C'est aussi l'occasion pour les acteurs de la cardiologie et du secourisme de se mobiliser pour **inciter les élus locaux et les entreprises** à s'équiper en **défibrillateurs automatisés externes** et à former leur personnel, leurs administrés.



3 gestes simples pour sauver une vie



Aujourd'hui, les techniques thérapeutiques en matière de récupération d'un arrêt cardiaque sont très avancées. Encore faut-il que les personnes victimes d'un arrêt cardiaque soient conduites encore en vie à l'hôpital. C'est pourquoi le rôle des premiers témoins est primordial : c'est à eux d'agir au plus vite en attendant les secours pour augmenter les chances de survie.

- **Appeler le 15 (le Samu)** pour prévenir les secours et déclencher la chaîne de survie ;
- **Pratiquer le massage cardiaque** en exerçant des séries de 30 compressions sur le thorax de la victime. On peut aussi pratiquer la ventilation artificielle (bouche-à-bouche) si on sait la faire. Sinon, il faut continuer à masser le cœur jusqu'à l'arrivée de secours ;
- **Utiliser un défibrillateur automatisé externe** si un tel appareil est disponible à proximité.

Le dispositif de la Campagne « Arrêt cardiaque : 1 vie = 3 gestes » en 2008

- 19 janvier :

- **Conférence publique gratuite** en présence de l'ensemble des partenaires de la campagne au Palais des Congrès de Paris, en marge des Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie (14h-16h30 - Amphithéâtre Bordeaux) : information, diffusion du film pédagogique « 1vie = 3 gestes », démonstrations des gestes qui sauvent et de l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes.
- Mise en ligne du site Internet www.1vie3gestes.com

- Février :

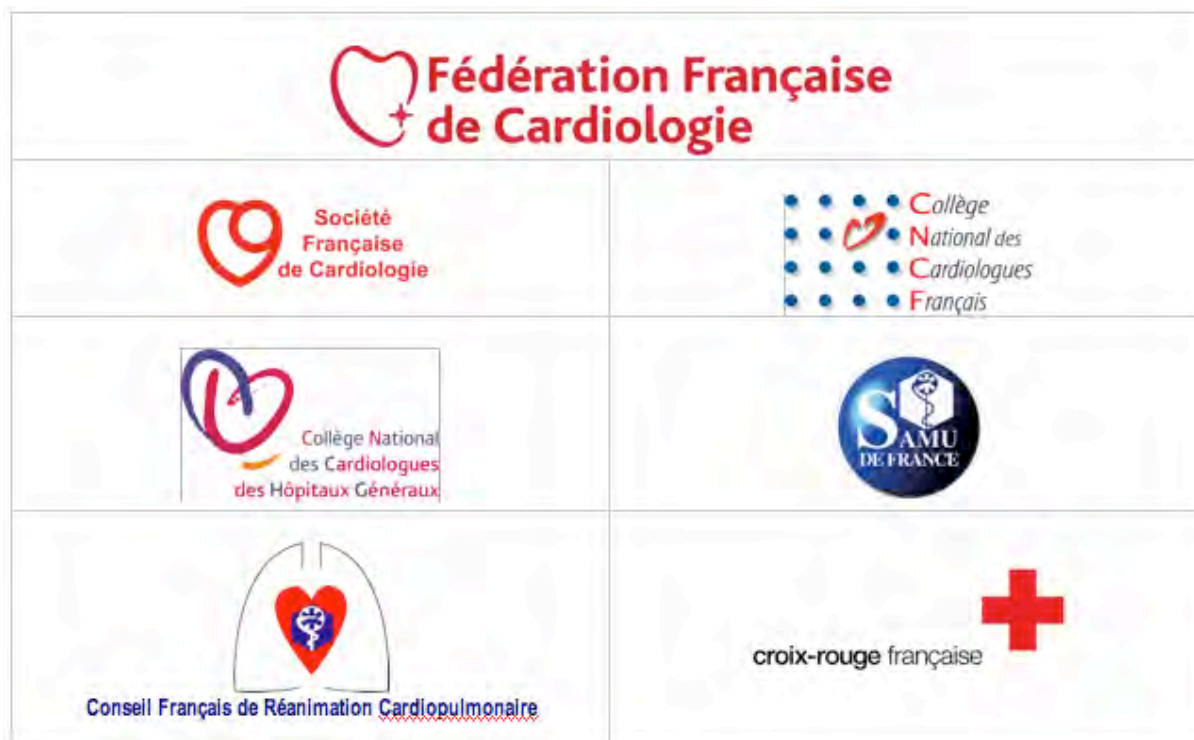
- **Campagne media** dans la presse généraliste et la presse des élus.
- **Actions d'influence menées en régions auprès des élus et des entreprises**, pour les inciter à s'équiper en défibrillateurs automatisés externes et à former leur personnel / leurs administrés

- Septembre :

- Insertion de la problématique de l'arrêt cardiaque et des gestes qui sauvent dans la série **Plus belle la vie sur France 3**.
- **Semaine du cœur (22-29 septembre)** : formations aux gestes qui sauvent, conférences publiques, journées portes ouvertes dans les hôpitaux et dans les Maisons du cœur... une quarantaine d'événements sur le terrain pour sensibiliser le grand public et l'inciter à se former.
- **Présence de la campagne « Arrêt cardiaque : 1 vie = 3 gestes » lors des grands congrès de cardiologie** : Printemps de la cardiologie (Montpellier, 31 mai), Congrès des cardiologues libéraux (Nice, octobre).

Les acteurs de la campagne

De nombreux **acteurs éminents du monde de la cardiologie, de l'urgence médicale et du secourisme** se joignent cette année à la **Fédération Française de Cardiologie** pour conduire sa campagne d'information annuelle. Tous ont à cœur de se mobiliser afin de sensibiliser un maximum de Français à cet enjeu de santé publique.



Reconnaître l'arrêt cardiaque pour sauver des vies

50 000 personnes par an en France décèdent prématurément d'un arrêt cardiaque (ou cardio-respiratoire). Dû à un trouble du rythme, l'arrêt cardiaque provoque un arrêt de la respiration et une perte de connaissance.

Or beaucoup de ces victimes pourraient être sauvées si les premiers témoins agissaient sans attendre pour relancer le cœur. Il est donc primordial de savoir reconnaître l'arrêt cardiaque et de réaliser au plus tôt 3 gestes simples : appeler le 15 (SAMU), masser et défibriller le cœur de la victime. Chaque minute gagnée, c'est 10% de chances de survie en plus !

L'arrêt cardiaque n'est pas une fatalité : chacun peut agir pour sauver des vies

L'arrêt cardiaque provoque aujourd'hui près de 50 000 décès prématurés par an en France, soit environ 130 par jour. Cela représente dix fois plus de victimes que les accidents de la route !

Seules 2 à 3 % des personnes ayant subi un arrêt cardiaque y survivent, faute d'intervention précoce par un massage cardiaque et/ou une défibrillation du cœur.

7 fois sur 10, l'arrêt cardiaque survient devant témoins, or moins de 20% d'entre eux font les gestes qui sauvent. Les chances de survie à un arrêt cardiaque pourraient donc être considérablement augmentées si les premiers témoins de l'accident agissaient immédiatement en réalisant les gestes de premiers secours. Car 4 victimes sur 5 ayant survécu à un arrêt cardiaque ont bénéficié de ces gestes simples, pratiqués par le premier témoin.

Comment reconnaître l'arrêt cardiaque ?

La victime perd connaissance. Elle tombe et n'a aucune réaction quand on lui parle, quand on la stimule.

Sa respiration est inexistante ou très irrégulière. Sa poitrine ne se soulève pas.

Que s'est-il passé ? L'arrêt cardiaque ou cardio-respiratoire est dû à une désorganisation de l'activité électrique du cœur. **Un trouble du rythme** (tachycardie, bradycardie...) empêche soudain le cœur de pomper le sang et de le faire circuler dans l'organisme, privant ainsi les cellules de l'oxygène nécessaire. Cet accident est mortel en quelques minutes en l'absence de prise en charge. Une intervention précoce peut faire repartir le cœur et éviter ainsi de lourdes séquelles.

Pourquoi fait-on un arrêt cardiaque ?

90% des arrêts cardiaques ont une cause cardiovasculaire. Le plus souvent, la fibrillation ventriculaire qui provoque l'arrêt cardiaque est une **complication d'un infarctus du myocarde**. Quand c'est le cas, les signes annonciateurs sont identiques à ceux de l'infarctus du myocarde : grande douleur thoracique qui s'étend jusqu'au(x) bras, une sensation d'oppression, d'étouffement voire d'écrasement. Mais l'arrêt cardiaque peut également survenir **brutalement sans aucun signe avant-coureur**.

Il existe aussi d'autres causes à l'arrêt cardiaque comme la noyade, l'électrisation, l'intoxication, l'hypothermie, l'overdose...

Témoin d'un arrêt cardiaque : 3 réflexes (cf. page suivante)



APPELER



MASSER



DÉFIBRILLER

Il est vital d'agir au plus tôt car **au-delà de 5 minutes**, si rien n'est fait,

le cerveau qui n'est plus oxygéné par le cœur, subit de graves dommages qui peuvent être irréversibles, jusqu'à causer la mort de la victime.

Trois réflexes à acquérir : appeler le SAMU, masser et défibriller le cœur de la victime. Car **chaque minute gagnée, c'est 10% de chances de survie en plus !**

Que faire en cas d'arrêt cardiaque ?

APPELER - MASSER - DEFIBRILLER

Trois gestes simples, pratiqués dès le premier instant, offrent à la victime d'un arrêt cardiaque sa seule chance de survie. Le rôle du premier témoin est donc essentiel. Il doit appeler le 15 (SAMU), masser le cœur et pratiquer une défibrillation à l'aide d'un défibrillateur automatisé externe. Ces gestes sont très simples : il est donc facile de s'y former et de les réaliser. Être prêt quand le moment se présente permet d'agir avec sang-froid et avec une plus grande rapidité.

APPELER le 15 (SAMU) pour donner l'alerte

En premier lieu, il faut placer la victime dans une zone sécurisée, pour elle comme pour le témoin.

Signaler qu'une personne a besoin de secours médicalisés d'urgence permet d'enclencher immédiatement la chaîne de survie.

Au téléphone, il faut donner les informations nécessaires pour **localiser la victime afin que les secours se rendent auprès d'elle dans les plus brefs délais** (adresse précise, étage, code éventuel..). Il faut aussi décrire précisément la situation : ce que le témoin a vu, ce qu'il a fait, s'il sait pratiquer un massage cardiaque, afin que l'interlocuteur puisse le guider au mieux jusqu'à l'arrivée des secours.



MASSER le cœur

La victime doit être allongée sur une surface dure et plane.

Le massage cardiaque ainsi que la ventilation artificielle par bouche-à-bouche permet de se substituer au cœur qui ne réalise plus son travail de pompe au sein de l'organisme. En effet, grâce au massage cardiaque, le sang continue à circuler et ainsi alimenter en oxygène les cellules et surtout le cerveau de la victime. Le bouche-à-bouche, quant à lui, permet de nourrir le sang en oxygène. Néanmoins dans les premières minutes, il est possible de se concentrer sur le massage, car il reste encore assez d'oxygène dans le sang.

→ **Comment faire ?** Pratiquer **100 compressions par minute, par séquences de 30**. Pour cela, il faut se placer à genoux à côté de la victime, et positionner ses mains l'une sur l'autre. Il faut ensuite appuyer de tout son corps sur son thorax et enfoncer ses mains de 3 à 4 centimètres, en remontant entre chaque compression.



A Savoir :

Au bout de 2 minutes, le témoin peut interrompre le massage cardiaque et défibriller le cœur avec un défibrillateur automatisé externe, si un tel appareil est disponible à proximité. Dans le cas contraire, il faut continuer le massage cardiaque jusqu'à l'arrivée des secours.

DEFIBRILLER le cœur à l'aide d'un défibrillateur automatisé externe

Le défibrillateur permet, par un **choc électrique, de relancer l'activité cardiaque. Très simple d'utilisation et sans danger**, il guide le sauveteur vocalement étape par étape.

Il lui indique comment placer les électrodes sur le thorax de la victime au bon endroit. Puis l'appareil réalise lui-même le diagnostic et déclenche le choc électrique seulement si cela est nécessaire, il n'y a donc aucun risque de se tromper.



Résultats de l'étude FFC - TNS Healthcare « Les Français et l'arrêt cardiaque » : un besoin d'information et de formation *

Le sondage FFC - TNS Healthcare révèle des connaissances très approximatives des Français en termes de gestes de premiers secours, mais un réel désir de changer les choses : 2 français sur 3 souhaiteraient se former aux gestes qui sauvent. En effet, les Français ne connaissent que partiellement les bons gestes à accomplir devant une personne victime d'arrêt cardiaque et ils sont encore trop peu nombreux à avoir suivi une formation pour les pratiquer avec assurance (36%). Par ailleurs, l'utilisation du défibrillateur automatisé externe par le grand public, rendue possible depuis le décret du 4 mai 2007, est encore peu connue et mérite un effort d'information.

70% des Français sous-estiment le nombre annuel de décès par arrêt cardiaque

50 000 personnes décèdent suite à un arrêt cardiaque chaque année, soit plus de 130 par jour. Ces chiffres sont méconnus du grand public : lorsqu'on les interroge sur ce sujet, 70% des Français citent un nombre inférieur et 1 Français sur 4 estime que ces décès sont deux fois moins nombreux que dans la réalité. Seuls 8% des personnes interrogées font une juste estimation de ces décès (entre 50 000 et 60 000).

Faire les bons gestes : une connaissance encore incomplète

- **Seuls 23 % des Français connaissent les 2 gestes vitaux ensemble : appeler les secours et faire le massage cardiaque**

Quand on les interroge sur la bonne attitude à adopter face à une victime d'arrêt cardiaque, moins d'1 Français sur 4 cite les deux gestes vitaux à pratiquer absolument : appeler le 15 (SAMU) et faire le massage cardiaque. Si l'appel des secours est cité en majorité (88%), la pratique systématique du massage cardiaque n'est pas encore maîtrisée : **seuls 30% mentionnent le massage cardiaque. Or l'un ou l'autre n'est pas suffisant pour améliorer les chances de survie.**

- **... et quasiment personne ne sait qu'il faut défibriller le cœur (1%)**

2 français sur 3 disent savoir ce qu'est un défibrillateur et 29% sont capables d'en donner une définition précise : un appareil muni d'électrodes, qui sert à envoyer une décharge électrique pour faire repartir le cœur.

Ces données encourageantes demeurent pourtant à un stade théorique. En effet, le **réflexe « défibrillateur » est très peu acquis : seul 1% des personnes interrogées le citent comme faisant partie des gestes à accomplir en cas d'arrêt cardiaque.** Il existe donc un besoin réel d'information sur cet appareil et son utilisation, au regard du nombre de vies qui pourraient être sauvées grâce à celui-ci.

Les gestes qui sauvent : un besoin et un désir de formation des Français

64 % des personnes interrogées déclarent n'avoir jamais reçu aucune formation aux gestes qui sauvent. Parmi elles, les femmes sont plus nombreuses (69% contre 59% d'hommes), de même que les retraités (79% des 65 ans et plus) et les inactifs (70%).

Les personnes qui déclarent avoir été initiées ou formées (1 Français sur 3), sont en majorité des professions intermédiaires (45%), davantage susceptibles d'avoir été sensibilisées à ce geste citoyen via leur entreprise. En revanche, les personnes plus extérieures au monde de l'entreprise comme les inactifs, les artisans ou commerçants sont moins nombreuses à être formées (respectivement 30% et 23%).

En tout état de cause, qu'ils soient déjà formés ou pas encore, **2 Français sur 3 souhaiteraient se former aux gestes qui sauvent.**

* Etude TNS Healthcare (SOFRES) pour la Fédération Française de Cardiologie « Les Français et l'arrêt cardiaque », réalisée par téléphone les 28 et 29 août 2007 auprès d'un échantillon représentatif de la population française composé de 1016 individus âgés de 15 ans et plus.

Équipement en défibrillateurs automatiques ou semi-automatiques externes : état des lieux

L'utilisation d'un défibrillateur automatisé externe en cas d'arrêt cardiaque augmente considérablement les chances de survie d'une victime d'un tel accident. Encore faut-il qu'un tel appareil soit disponible à proximité.

La France connaît un retard important en termes d'équipement de ses lieux publics, en comparaison de ses voisins européens, ou même des Etats-Unis.

Néanmoins, les collectivités locales, les grandes entreprises et les grands centres commerciaux s'équipent peu à peu en défibrillateurs automatisés externes.

S'équiper en défibrillateurs pour multiplier les chances de survie à un arrêt cardiaque

De nombreuses études ont démontré que, en cas d'arrêt cardiaque, plus vite est réalisée la défibrillation du cœur, plus les chances de survie sont élevées. Jusqu'à présent, ce sont les secours qui, une fois arrivés sur les lieux de l'accident au bout de 8 à 10 minutes, utilisent le défibrillateur. Or ce délai doit être raccourci afin que la défibrillation intervienne le plus tôt possible : **chaque minute qui passe sans intervenir correspond à 10% de chances de survie en moins.**

En mettant à la disposition du public des défibrillateurs automatisés externes et en les autorisant à les utiliser, on permet d'augmenter considérablement les chances de survie. Les pays comme l'Autriche, la Grande-Bretagne, mais aussi les villes de Chicago ou Seattle qui ont mis en place ce type de programme connaissent de très bons résultats¹. **A Seattle par exemple, le taux de survie après un arrêt cardiaque s'élève à 30% contre seulement 2 à 3% en France.**

En France, où en est-on ?

Aujourd'hui, les Pompiers disposent d'environ 8 000 défibrillateurs sur l'ensemble du territoire et près de 10 000 appareils équipent les hôpitaux².

Grâce au **décret du 4 mai 2007 qui autorise le public à utiliser un défibrillateur automatisé externe**, un pas a été franchi. De nombreuses collectivités locales (villes, départements, petites communes) se sont déjà équipées en défibrillateurs. On estime ainsi le nombre de défibrillateurs à la disposition du public à **1 000 à 1500 appareils** (*état des lieux précis page suivante*).

Il faut maintenant que l'équipement en défibrillateurs automatisés externes de tous les lieux publics, accompagné de formations à leur utilisation, se généralise.

¹ Pr Pierre Carli, « Défibrillation automatisée externe des arrêts cardiaques par le public », Vigilance n°9, Septembre 2007

² Source : La Revue des Samus, le Bulletin officiel des marchés publics

Collectivités locales équipées en défibrillateurs en janvier 2008 ³ :

- **Villes :**

Amiens (80)	Macon (71)
Angers (49)	Marseille (13)
Arcachon (33)	Montbard (21)
Bagnères de Bigorre (65)	Montpellier (34)
Cabourg (14)	Mulhouse (68)
Caen (14)	Nancy - Communauté de communes (54)
Courseulles sur Mer (14)	Nice (06)
Dunkerque (59)	Nîmes (30)
Epoisses (21)	Paris (75)
Hyères (83)	Pau (64)
Issy les Moulineaux (92)	Puteaux (92)
Lorient (56)	St Quentin (02)
Luchon (31)	Villefranche de Rouergue (12)
Luçon (85)	

- **Départements / Conseils généraux :**

Alpes-Maritimes (06)	Nord (59)
Aube (10)	Pyrénées-Orientales (64)
Meurthe et Moselle (54)	

Collectivités locales bientôt équipées en défibrillateurs (achat / marché public en cours) :

- **Villes :**

Cannes (06)
Clermont Ferrand (63)
Nancy (54)
Nantes (44)
Vannes (56)

- **Départements / Conseils généraux**

Hauts de Seine (92)

Entreprises équipées en défibrillateurs :

Peugeot	Michelin
Lafarge	Artema
EDF - centrales nucléaires	Groupe ACCOR

³ Source : La Revue des Samus, le Bulletin officiel des marchés publics