

DOSSIER DE PRESSE

Le 24 octobre 2019

Les urgentistes : premiers acteurs stratégiques de la prise en charge des AVC

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un déficit brutal d'une fonction cérébrale focale sans autre cause apparente qu'une cause vasculaire. En raison du risque de dommages irréversibles sur le cerveau, il s'agit d'une **urgence médicale absolue** qui nécessite d'appeler le 15 pour une prise en charge immédiate.

Parce que **les chances de récupération** du patient suite à un accident vasculaire cérébral (AVC) **dépendent de la rapidité et de l'efficacité de la prise en charge**, les urgentistes doivent face à chaque cas **intervenir en extrême urgence vite et bien**. Cette rapidité d'intervention permet aux patients de bénéficier de thérapies devenues extrêmement performantes, capables de diminuer le handicap. D'où l'importance d'une organisation optimale du parcours de soins, avec en première ligne les urgentistes, premier contact médical avec les patients.

Contacts presse LJ Com:

Nathalie Garnier 01 45 03 89 95 n.garnier@ljcom.net

Victoire Aziabou 01 45 03 60 11 v.aziabou@ljcom.net

Sommaire

- I. L'AVC, une pathologie fréquente, grave et coûteuse
- II. Accident ischémique ou hémorragie cérébrale
- III. De l'imagerie au traitement thérapeutique
- IV. Une grande urgence médicale et thérapeutique
- V. L'urgentiste : premier contact médical pour le patient

I. L'AVC, une pathologie fréquente, grave et coûteuse

L'AVC représente la **première cause de mortalité chez la femme, la première cause de handicap acquis** de l'adulte, la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer, la troisième cause de mortalité¹. Si la moyenne d'âge est de 72 ans², l'AVC atteint une population large. Il touche l'enfant, parfois dès la naissance (cela reste rare), le sujet jeune (un quart des patients ont moins de 65 ans) et surtout les personnes âgées, présentant des facteurs de risque vasculaire (HTA et fibrillation auriculaire notamment). L'ascension devient exponentielle après 65 ans ; environ 30% des patients atteints d'un AVC auront plus de 85 ans en 2025³.

Encadré Chiffres^{1,2,3,4,5}

- La **prévalence** de l'AVC est estimée en France à 1,2% de la population, avec une incidence de 110 000 cas par an, soit un AVC toutes les 4 minutes.
- Parmi les 771 000 personnes ayant été victimes d'un AVC, les deux-tiers gardent **des séquelles** qui, une fois sur deux, ne leur permettent pas de réaliser une activité de la vie courante.
- Près d'un quart des personnes **lourdement dépendantes*** ont un antécédent d'AVC.
- Environ 61 000 personnes** (âge moyen 72 ans, 21% ayant moins de 60 ans) ont été **hospitalisées** en 2012 pour un premier AVC. 13% des patients sont décédés durant leur séjour hospitalier initial et 33% à 6 mois.
- Les **dépenses sanitaires et médicosociales** annuelles liées à l'AVC ont été estimées en 2007 à 8,3 milliards d'euros.

II. Accident ischémique ou hémorragie cérébrale

Un AVC se manifeste par un déficit neurologique systématisé à un territoire vasculaire. On entend par déficit neurologique une perte de fonction (motricité, sensibilité, langage, vision...). La perte de fonction renvoie à une structure anatomique bien précise.

Il s'installe le plus souvent **soudainement, voire très brutalement**, d'une seconde à l'autre.

Un AVC peut être **ischémique (infarctus cérébral) ou hémorragique**.

- **Les accidents ischémiques cérébraux ou infarctus cérébraux** sont dus à l'occlusion d'une artère cérébrale par un caillot sanguin. Ils représentent **80 à 85% de l'ensemble des AVC**. Il peut s'agir d'infarctus carotidiens ou d'infarctus vertébro-basilaires.

-> **Les signes** qui accompagnent l'infarctus cérébral dépendent de la région du cerveau irriguée par l'artère bouchée. Il s'agit le plus souvent de l'un des signes suivants :

- paralysie d'un côté du corps (hémiplégie), parfois prédominant au visage et au membre supérieur,
- perte de la sensibilité ou engourdissement d'un côté du corps,
- troubles du langage,
- trouble de la coordination d'un bras, trouble de l'équilibre, trouble de la vision d'un côté.

Dans 20 à 25% des cas, l'infarctus cérébral a été précédé **d'un accident ischémique transitoire (AIT)**, c'est-à-dire de symptômes transitoires, qui récupèrent en règle en moins d'une heure, et qui sont souvent négligés compte tenu du phénomène régressif. Pour autant, l'AIT constitue un vrai syndrome de menace : il correspond à un épisode bref de dysfonction neurologique dû à une ischémie focale cérébrale ou rétinienne. Dix pour cent des patients présentant un AIT feront une hémiplégie à 1 mois dont la moitié en 48h : c'est dire l'importance d'une prise en charge urgente dont on sait qu'elle réduit de 80% le risque de récurrence.

« L'AIT est souvent sous-estimé car les symptômes durent moins d'une heure et aucune séquelle n'est visible. Pourtant après un AIT, les risques de faire un AVC sont élevés. Chez un patient présentant un déficit transitoire évoquant un AIT, le patient, ses proches ou un témoin doivent contacter le 15 en urgence car ces patients doivent être pris en charge initialement comme un AVC. » ajoute Yann L'Hermite, praticien hospitalier urgentiste (Unité Neuro-vasculaire Centre Hospitalier Sud Francilien) et Référent médical télé-médecine (ORTIF) au GCS Sesan*.

-> **Les causes** des infarctus cérébraux sont dominées par l'athérosclérose (favorisée par des facteurs de risques vasculaires : hypertension artérielle, tabac, diabète, cholestérol, surpoids), la fibrillation auriculaire (maladie très fréquente du sujet âgé : près de 10 % de la population de plus de 80 ans). Chez le sujet jeune, la principale cause est la dissection des artères **carotidiennes et vertébrales** (petite déchirure de la paroi interne de l'artère carotide ou vertébrale).

● **L'hémorragie cérébrale** est un saignement qui survient de façon brutale, par rupture d'un vaisseau, réalisant un hématome à l'intérieur même du cerveau.

-> **La cause** la plus fréquente de l'hémorragie cérébrale est une hausse brutale de la tension artérielle, en général lorsqu'on est porteur d'une hypertension artérielle chronique. Plus rarement, une hémorragie cérébrale peut révéler une malformation vasculaire (artères et/ou veines) du cerveau.

* Expert opérationnel en Systèmes d'Information pour les acteurs de santé franciliens.

-> Dans la plupart des cas, il existe une céphalée violente, parfois accompagnée de vomissements. Comme pour les infarctus cérébraux, les symptômes dépendent de la localisation de l'hématome dans le cerveau, et peuvent être :

- une paralysie d'un côté du corps (hémiplégie),
- un trouble de la sensibilité d'un côté du corps,
- un trouble de la coordination et une maladresse des gestes d'un côté du corps,
- un trouble du langage,
- des vertiges,
- des troubles de la vision.

Néanmoins, seule l'imagerie cérébrale est capable de différencier l'infarctus de l'hémorragie cérébrale.

III. De l'imagerie au traitement thérapeutique

L'indispensable imagerie cérébrale

Après reconnaissance des signes cliniques, l'objectif de la prise en charge, identique pour la suspicion d'AVC ou d'AIT, est de **réaliser une imagerie cérébrale**. L'imagerie (scanner ou IRM) est en effet indispensable **pour confirmer le diagnostic d'AVC, préciser son mécanisme (ischémique ou hémorragique) et définir une stratégie thérapeutique en urgence**.

Les AVC hémorragiques sont visibles dès les premières minutes sur l'imagerie cérébrale et quel que soit le type d'imagerie utilisée (scanner ou IRM). Concernant l'accident ischémique, le scanner sera le plus souvent normal dans les premières heures et seule l'IRM avec sa séquence de diffusion permettra un diagnostic de certitude.

Des traitements toujours plus efficaces quand ils sont prodigués tôt

● **Concernant l'infarctus cérébral**, l'arrivée récente de la **thrombectomie (traitement mécanique)**, en association à la **thrombolyse (traitement pharmacologique)**, a considérablement amélioré le pronostic fonctionnel des patients, réduisant de 50% le handicap. Ces traitements d'urgence ont fait la preuve de leur efficacité lorsqu'ils sont appliqués **de manière extrêmement rapide**.

-> La **thrombolyse**, c'est à dire la perfusion intraveineuse en une heure d'un produit ayant la capacité de dissoudre le caillot, vise à déboucher l'artère. Ce traitement n'est possible que dans les premières heures après le début des symptômes (**jusqu'à 4 heures 30** pour la perfusion intraveineuse) et peut s'envisager dans certaines conditions jusqu'à 9 heures chez des patients sélectionnés grâce à des imageries multimodales. Les accidents constatés au réveil du patient (sans heure de début précise) pourront également bénéficier d'une thrombolyse en fonction des données d'imagerie.

Il existe aujourd'hui des traitements efficaces comme la thrombolyse qui ont un réel intérêt pour le patient. « L'efficacité du traitement est étroitement liée à la précocité de son administration. D'où l'importance d'intervenir le plus tôt possible et idéalement dans les 90 premières minutes du déficit (l'heure de début correspond à la dernière fois où le patient a été vu normal) pour optimiser les chances du patient d'avoir une issue positive. » Indique le Yann L'Hermite, praticien hospitalier urgentiste (Unité Neuro-vasculaire Centre Hospitalier Sud Francilien) et Référent médical télé-médecine (ORTIF) au GCS Sesan.

Toutefois, le médicament étant associé à des risques d'hémorragie cérébrale, il ne peut être prescrit que dans un cadre très précis. De nombreux critères doivent être remplis : le délai, l'âge, les antécédents de la personne, ses traitements, etc.

Enfin, la thrombolyse IV (mise sur le marché en 2002) ne peut, en aucun cas, être réalisée avant l'imagerie cérébrale car il n'existe aucun moyen clinique sûr de distinguer un AVC ischémique d'un AVC hémorragique.

La thrombolyse IV a obtenu une autorisation de mise sur le marché en 2002 en France pour la fenêtre 0h – 3h, étendue depuis à 4h30. Ce traitement a apporté **un immense bénéfice à la prise en charge thérapeutique de l'AVC** puisqu'elle a significativement réduit la morbi-mortalité et la sévérité du handicap des patients. Ce traitement est couramment utilisé aujourd'hui non seulement par les neurologues mais **par les médecins urgentistes, particulièrement dans le cadre de la télé-thrombolyse**. La fenêtre thérapeutique a été récemment étendue jusqu'à 9 heures chez des patients hautement sélectionnées par une imagerie cérébrale multimodale.

-> Depuis 2015, s'est ajoutée à la thrombolyse **la thrombectomie**, qui consiste à introduire un cathéter *via* l'artère fémorale et à le remonter jusqu'à l'artère obstruée dans le cerveau, puis à aspirer pour extraire le caillot de l'organisme. La thrombectomie doit être effectuée **dans les 6 heures suivant l'AVC**. De nouvelles publications plus récentes ont démontré l'intérêt de la thrombectomie au-delà de 6h, jusqu'à 24h après le début des symptômes, chez des patients sélectionnés. Cette nouvelle extension de la fenêtre thérapeutique complexifie le parcours du patient dans la filière neurovasculaire.

La thrombectomie nécessite, pour être réalisée, la présence d'un **plateau de neuroradiologie interventionnelle**.

-> Pour les patients en dehors de la fenêtre d'une revascularisation ou pour ceux présentant une contre-indication, **la mise en route d'un traitement antiagrégant relève également de l'urgence**.

La thrombectomie en association à la thrombolyse IV est le traitement de référence des AVC ischémiques carotidiens consécutifs à l'occlusion d'une artère proximale. Cette stratégie d'intervention permet de recanaliser l'artère dans 80% des cas (20% avec la thrombolyse seule). Une imagerie initiale est nécessaire pour guider la stratégie thérapeutique (thrombolyse IV +/- thrombectomie).

- **Si l'AVC est une hémorragie cérébrale**, le traitement consiste en un contrôle strict de la tension artérielle. Il doit être mis en œuvre le plus rapidement possible, le contrôle tensionnel étant déterminant dans la croissance de l'hématome. Il n'existe aucun traitement spécifique pour limiter l'expansion de l'hémorragie quand le patient ne prend pas de traitement anticoagulant. En revanche, lorsque le patient est traité par anticoagulants, des thérapeutiques de réversion ou compensation des facteurs de la coagulation doivent être initiées.

Le pronostic de l'hémorragie cérébrale dépend de la rapidité de la prise en charge, de la taille de l'hématome, de l'âge du patient, de son traitement (anticoagulant ou non) et de son état général antérieur. La croissance de l'hématome dans les premières heures conditionne le pronostic du patient.

IV. Une grande urgence médicale et thérapeutique

Chaque minute compte

Les trois principaux critères qui définissent **une urgence médicale** sont réunis dans l'AVC : **début brutal, mauvais pronostic, possibilité d'amélioration par un traitement immédiat**. L'AVC est ainsi devenu **une urgence thérapeutique** car il est maintenant accessible à un traitement efficace (extrêmement performant dans le cas de l'infarctus cérébral), capable de diminuer le risque de handicap **si l'on agit rapidement**.

- Lorsqu'elle est utilisée dans les conditions optimales, c'est-à-dire dans les 90 premières minutes, la thrombolyse IV est associée à une réduction du handicap d'environ 50%.
- Réalisée en moins de 6h après l'AVC, l'association thrombectomie + thrombolyse IV, quant à elle, offre les meilleures chances de récupération et aboutit à une réduction très significative du handicap, par rapport à une thrombolyse IV seule.
- Si l'AVC est une hémorragie cérébrale, la mise en œuvre d'un contrôle strict de la tension artérielle est déterminante dans l'évolution de l'hématome, surtout dans les premières heures.
- L'AIT, qui peut annoncer, dans les heures ou les jours qui suivent, la survenue d'un AVC qui laissera des séquelles (risque d'AVC de 5% dans les 48 premières heures et d'environ 10% à un mois), constitue une autre grande urgence. Il nécessite d'évaluer le risque de récurrence à court terme et de mettre en place le traitement de prévention secondaire adapté. La prise en charge en urgence par une équipe spécialisée diminue le risque de survenue d'un AVC.

C'est pourquoi l'accès des patients aux traitements dans un temps le plus bref possible, constitue un véritable enjeu : Les professionnels de l'urgence sont les acteurs clefs pour organiser cet accès rapide au plateau technique et aux spécialistes qui vont instituer le traitement dans les meilleurs délais.

« L'enjeu est au diagnostic urgent du patient suspect d'accident vasculaire cérébral. Les traitements efficaces de reperfusion cérébrale des personnes victimes d'infarctus cérébral que sont la thrombolyse voire l'association avec une thrombectomie, doivent être mis en œuvre le plus précocement possible. Il faut penser le parcours des patients en deux étapes distinctes : diagnostiquer et traiter dans un premier temps puis hospitaliser en unité neurovasculaire (UNV). Le maillage des structures impose une organisation adaptée si l'on veut que chacun ait les mêmes chances d'accéder rapidement aux traitements : il n'y a pas d'UNV ou de plateau technique de thrombectomie à 10 minutes du domicile de chaque patient... », précise Yann L'Hermite, praticien hospitalier urgentiste (Unité Neuro-vasculaire Centre Hospitalier Sud Francilien) et Référent médical télémédecine (ORTIF) au GCS Sesan.

De l'alerte au parcours de soins

Dès l'alerte, l'organisation du parcours de soins représente un véritable challenge puisqu'il s'agit d'assurer la prise en charge d'une pathologie extrêmement urgente, fréquente et touchant tous les âges.

● Le témoin : maillon important de la chaîne des secours

La qualité du déclenchement de l'alerte par le témoin impacte la qualité de la prise en charge à la phase aiguë du patient. Les éléments indispensables à connaître pour le grand public (le témoin) sont : **l'identification des symptômes devant faire évoquer un AVC, l'importance d'une prise en charge et d'un traitement urgent, la nécessité d'un recours prioritaire (appel systématique en urgence) au SAMU - centre 15**. La connaissance conjointe de ces trois éléments est indispensable pour déclencher l'alerte dans de bonnes conditions.

● Les stratégies de régulation médicale

Dépister les signes, évaluer la gravité, coordonner les modalités de transport et orienter au bon endroit constituent les quatre enjeux majeurs associés à la régulation. L'objectif final : amener la personne dans les délais les plus brefs au sein de la structure la plus adaptée pour lui faire bénéficier de la stratégie thérapeutique la plus appropriée.

Devant une suspicion d'AVC, la stratégie de régulation médicale est conditionnée par la suspicion d'un AVC de nature ischémique avec possible occlusion artérielle devant bénéficier d'une thrombolyse au plus vite associée à une thrombectomie. Aucun symptôme clinique ne permet en effet de différencier une ischémie d'une hémorragie.

Trois stratégies de régulation médicale sont donc possibles:

- envoyer le patient **vers l'unité neurovasculaire (UNV) la plus proche de chez lui** (dite UNV de territoire) où il sera possible de réaliser rapidement une imagerie et une thrombolyse si nécessaire,

- ou l'adresser **vers un service d'accueil des urgences (SAU) le plus proche** (dite UNV de proximité) **équipé d'un réseau de télé-médecine** avec l'UNV de territoire,
- ou le diriger **vers une UNV de recours** disposant **d'un plateau de neuroradiologie interventionnelle**, où il pourra bénéficier de l'association thrombolyse IV + thrombectomie.

- **La prise en charge en unité neurovasculaire**

Les UNV ont pour caractéristique une coordination des soins assurée par une équipe spécialisée et régulièrement formée dans la prise en charge des AVC. On en compte **134 en France** mais **seulement 37** sont associées à un **centre de neuroradiologie interventionnelle** donc susceptibles d'effectuer **une thrombectomie**.

La faible densité du maillage des UNV sur le territoire français constitue un frein à l'hospitalisation des patients en UNV. Pourtant, la prise en charge hospitalière spécialisée en UNV profite à tous les types d'AVC : son bénéfice a été observé indépendamment de l'âge, du sexe, du type d'AVC (infarctus ou hémorragie). Elle réduit de 20% à 30% la morbi-mortalité de l'AVC. D'où l'importance de pouvoir faire bénéficier la patient de la bonne filière de soin.

Dans la mesure où chaque minute compte, les unités spécialisées collaborent étroitement avec **la régulation médicale du SAMU, les Services Mobiles d'Urgence et Réanimation (Smur), la régulation médicale, les services d'urgences et de radiologie de l'hôpital**, pour que la prise en charge et la mise en œuvre du traitement soient aussi brève que possible.

Encadré Chiffres⁶

Les derniers chiffres⁶ font état d'une augmentation de la proportion de patients hospitalisés en UNV et d'une baisse de la mortalité hospitalière.

- De 2008 à 2014, le taux de patients hospitalisés pour AVC ischémique a augmenté de 14,3% chez les moins de 65 ans et baissé de 2,1% chez les 65 ans et plus.
- La mortalité hospitalière des AVC ischémiques a diminué de 12,5% sur cette même période.
- En 2014, 110 438 patients ont été hospitalisés pour AVC. La proportion de patients hospitalisés en UNV atteignait 51,5% pour les AVC ischémiques et 33,2% pour les hémorragies intracérébrales.

Innovation et prise en charge

La télémédecine permet un accès de proximité pour le patient à la filière neurovasculaire. Les médecins régulateurs du Samu-Centre 15 peuvent ainsi orienter le patient en fonction de la cartographie des offres de soins du territoire et de la situation clinique vers le point d'entrée de la filière le plus adapté. L'hôpital disposant de moyens de télémédecine fait partie du réseau organisé avec les UNV pour la prise en charge rapide des AVC. Dès l'arrivée, annoncée par le Samu-Centre 15 du patient à l'hôpital, une évaluation clinique et une imagerie cérébrale sont réalisées pour poser un diagnostic. L'imagerie cérébrale et les données cliniques colligées par le médecin urgentiste sont transmises en urgence au neurologue de référence via les outils de télémédecine.

« Dans certaines situations, la télétransmission des données peut être complétée par la réalisation d'une visioconsultation. Ainsi, sur avis du neurologue en lien avec le médecin urgentiste, une thrombolyse peut être effectuée immédiatement par le médecin urgentiste. L'orientation secondaire éventuelle du patient vers un plateau de neuroradiologie interventionnelle est alors discutée. Ces pratiques sont efficaces et sûres. Elles ont fait l'objet de publications internationales qui ont révélé que l'on faisait aussi bien en direct avec le patient en termes d'efficacité et de pronostic. Elles ont démontré l'impact positif sur le devenir de nos patients, lié à l'accès plus rapide aux techniques de reperfusion lorsque les personnes sont loin du centre de référence neurovasculaires. Et plus on traite tôt, meilleur est le pronostic », ajoute Yann L'Hermite, praticien hospitalier urgentiste (Unité Neurovasculaire Centre Hospitalier Sud Francilien) et Référent médical télémédecine (ORTIF) au GCS Sesan.

V. L'urgentiste : premier contact médical pour le patient

Qu'il participe à la régulation médicale au Samu-centre 15 ou qu'il travaille dans un service d'urgence, **l'urgentiste constitue le premier contact médical pour le patient** dans la chaîne des secours et, pour l'AVC, dans la filière neurovasculaire.

Concernant la prise en charge de l'AVC, l'urgentiste a **un rôle déterminant à la régulation** médicale du Samu-Centre 15 puisqu'il doit choisir la meilleure stratégie possible, dans les délais les plus brefs, afin de faire bénéficier au patient du traitement le plus adapté.

D'autre part, **il est très souvent en première ligne**, les patients étant bien souvent accueillis dans les SAU avant d'être adressés dans une UNV. Ainsi, selon les chiffres, environ 1% des passages aux urgences concernent les AVC, ce qui correspond à près de 190 000 patients reçus aux urgences pour AVC***. Les services d'urgences de l'hôpital s'organisent avec les UNV pour que la prise en charge et la mise en œuvre du traitement soient aussi brève que possible. Dans cet objectif, l'urgentiste travaille toujours en étroite collaboration avec le neurologue, soit en direct, soit *via* un réseau de télémédecine.

« Aujourd'hui, on a complexifié le rôle du médecin urgentiste dans son travail de médecin régulateur. Le régulateur doit orienter le patient suspect d'AVC le plus rapidement possible dans la bonne filière sans connaître la nature de son AVC (ischémique ou hémorragique) et sans savoir en cas d'infarctus cérébral, si une occlusion est présente. Doit-il adresser le patient en UNV de proximité, de territoire ou de recours ? Doit-il prendre sa décision sur des critères de distance ou de gravité du patient ? Aujourd'hui cette orientation du patient dès la régulation médicale n'est pas codifiée.

Une étude française axée sur la pré-hospitalisation - Presto-F - est en cours afin d'optimiser les modalités organisationnelles. Plus précisément, elle vise à déterminer un parcours de soin le plus efficace possible selon la gravité clinique initiale et les distances à parcourir. Il s'agit de dépister un éventuel candidat à une revascularisation par thrombectomie, et donc faciliter le choix du parcours de soin dès la prise en charge initiale et avant toute imagerie : adresser le patient vers une UNV de recours, de territoire ou de proximité. Les résultats de ce travail devraient permettre d'améliorer toujours plus la prise en charge des patients. Actuellement il existe des protocoles de prise en charge propres à chaque région, établis en collaboration avec les urgentistes et les neurologues du territoire. Cette collaboration précieuse est indispensable pour une prise en charge optimale », commente Sandrine Deltour, neurologue à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière.

La SFMU est engagée depuis de nombreuses années dans la diffusion large des bonnes pratiques de prise en charge à la phase aiguë des AVC. Elle a été notamment sollicitée, comme la Société française neurovasculaire (SFNV), pour participer à la rédaction des recommandations sur la prise en charge des AVC à la phase aiguë (2008), aux indicateurs de pratique clinique du parcours AVC des patients (2010), au plan AVC 2010-2014 du ministère de la Santé piloté par Elisabeth Ferry-Lemonnier, en apportant son expertise de la gestion de ces patients à la phase pré-hospitalière et aux urgences.

Elle est, d'autre part, impliquée dans l'ensemble des réunions ministérielles touchant à l'impulsion des nouvelles pratiques (thrombectomie depuis 2015) et aux réflexions organisationnelles qu'elles impliquent.

Cet engagement fort se formalise par les nombreuses sessions « AVC » organisées lors des congrès et manifestations scientifiques de médecine d'urgence et neurovasculaires, portées conjointement par la SFMU et la SFNV, ainsi que par des publications dans des revues internationales sur la thématique AVC phase aiguë.

« La SFMU s'appuie sur les publications scientifiques et les dernières avancées thérapeutiques, sur les observations de terrain, le retour d'expérience des collègues, le dialogue avec les différents corps de métiers et les partenaires internationaux afin d'améliorer les pratiques des professionnels sur le terrain. La prise en charge de l'AVC, qui a fait l'objet de véritables révolutions en quelques années seulement et qui ne cesse d'évoluer, nécessite une grande réactivité de la part des professionnels de l'urgence. La SFMU sensibilise, accompagne et forme les professionnels de l'urgence sur les évolutions marquantes pour faciliter la prise en charge des patients, optimiser leur parcours de soins des patients pour que ces derniers soient de plus en plus nombreux à bénéficier d'un meilleur traitement pour un meilleur pronostic », conclut Agnès Ricard-Hibon, présidente de la SFMU, la Société française de médecine d'urgence.

A propos de la SFMU

Créée en 1985 et renommée en 2006 Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), la SFMU est une société savante intégrant l'ensemble des professionnels de santé rattachés à la spécialité de la médecine d'urgence : médecins, infirmiers, aides-soignants, assistants de régulation médicale, ambulanciers... des SAMU, SMUR, Urgences, Unités d'Hospitalisation de Courte Durée. Afin de structurer et faire évoluer la médecine d'urgence officiellement reconnue comme une spécialité à part entière depuis 2015, la SFMU élabore des protocoles coordonnés et des recommandations formalisées d'experts. Elle initie, soutient et accompagne toute action liée à l'évolution de cette spécialité, mais aussi au développement de la formation et de la recherche médicale.

* Avec un score de Rankin égale à 5, ce qui correspond à un handicap sévère entraînant une dépendance totale.

** Parmi les 51 millions de bénéficiaires de l'assurance maladie française.

*** 18 737 332 passages aux urgences ont été enregistrés en 2017, dans plus de 646 SU dans 12 régions. Panorama 2017 des Observatoires Régionaux des Urgences.

Références

- 1 De Peretti C, Grimaud O, Tuppin P, Chin F, Woimant F. Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap - santé - ménages et Handicap - santé - institution, 2008-2009. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2012, n°. 1, p. 1-6.
- 2 Schnitzler A, Woimant F, Tuppin P, de Peretti C. Prevalence of self-reported stroke and disability in the French adult population: a transversal study. PLoS One. 2014 Dec 18;9(12):e115375.
- 3 Tuppin P, Samson S, Fagot-Campagna A, Woimant F. Care pathways and healthcare use of stroke survivors six months after admission to an acute-care hospital in France in 2012. Rev Neurol. 2016;172:295-306.
- 4 Chevreur K, Durand-Zaleski I, Gouépo A, Fery-Lemonnier E, Hommel M, Woimant F. Cost of stroke in France. Eur J Neurol. 2013 Jul ;20(7):1094-100.
5. Bejot Y, Rouaud O, Benatru I, et al. Les apports du registre dijonnais des accidents vasculaires cérébraux en 20 ans d'activité. Revue Neurologique 2008 ; 164 : 138-147.
6. Lecoffre C, De Peretti C, Grimaud O, Woimant F, Bejot Y, et al. L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolutions 2008-2014. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/5/2017_5_1.html