

EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE PROFESSIONNELLES 2009 – 2014

- Congrès urgences 2010 SFMU : session de posters modérés sur thématique prise en charge des AVC à la phase aiguë ; atelier médecin : prise en charge de l'AVC à la phase aiguë
- Campagnes d'information sur l'AVC et l'appel au 15, affiches grand public pour les cabinets médicaux (SFNV, SFC, SFMU) - Déclinaison de la journée mondiale de l'AVC 2009
- Registres de pratiques avec recueil des indicateurs de pratique clinique : Urgences AVC (ORU MiP en Midi Pyrénées, RUN –FC en Franche Comté, Lille, REGLOR en Lorraine, DIVA à Dijon, CHU Brest, RESCUE en Rhône Alpes, RENAU, ...)
- Programme de formation sur la prise en charge des AVC à la phase aiguë (AVC 69, CHU Lyon)
- Mise en place d'un réseau opérationnel régional de prise en charge des AVC en Picardie (CHU Amiens)
- Développement des outils de télé-médecine par le Réseau des Urgences Neurologiques de Franche Comté RUN-FC
- Audit national sur la prise en charge hospitalière initiale des AVC
- Amélioration de la filière intra hospitalière de prise en charge des AVC (CHU Dijon)
- Enquête jour donné 2008 SFNV – SFMU

UN ESPACE THEMATIQUE SUR WWW.HAS-SANTE.FR

La rubrique programmes pilotes propose sur le site de la HAS un espace dédié à l'amélioration de la prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC).

Cet espace met à la disposition des professionnels de santé et du public :

- Les indicateurs de pratique clinique et l'ensemble des recommandations
- Les retours d'expérience des professionnels, des interviews et les travaux du Symposium HAS BMJ 2010 relatifs à l'AVC (Stroke Corner)
- Le bilan 2010 du programme AVC 2009-2014, avec 1 brochure par étape de prise en charge)

A SUIVRE 2011 ... 2012

Une réunion thématique dédiée à l'amélioration de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux sera organisée. Les professionnels impliqués dans la prise en charge des AVC viendront partager leur expérience clinique, les problèmes rencontrés, les actions et pistes d'amélioration des pratiques ainsi que les mesures d'impact clinique.

PROGRAMME AVC 2009 -2014

« Ensemble, améliorons les pratiques de prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral »

Document de travail

Bilan 2010

ÉTAPE 1

DES SIGNES D'ALERTE A L'HOPITAL

Chaque année en France, environ 130 000 personnes sont atteintes d'accident vasculaire cérébral, dont 25% sont âgées de moins de 65 ans.

Avec 30 000 personnes lourdement handicapées et 40 000 décès chaque année, l'AVC est la 1^{ère} cause de handicap acquis non traumatique, la 2^{nde} cause de démence et la 3^{ème} cause de mortalité.

Une prise en charge immédiate, puis adaptée tout au long du parcours du patient permet de diminuer la mortalité et le handicap.

L'objectif de ce programme conduit avec les professionnels de santé est de réduire la mortalité et le handicap liés aux accidents vasculaires cérébraux en agissant sur les 3 étapes de la prise en charge :

- ① des signes d'alerte à l'hôpital
- ② la phase aiguë hospitalière
- ③ la première année après l'AVC

CE QUE L'ON SAIT

Quels sont les signes évocateurs d'un AVC ? Le plus souvent, cela se traduit par la survenue brutale d'un ou plusieurs des signes suivants : **(F)** sourire asymétrique **(A)** un des 2 bras ne se lève pas normalement **(S)** des difficultés de prononciation. Parfois il apparaît un engourdissement ou une faiblesse de la jambe une diminution ou une perte de la vision uni ou bilatérale ou un mal de tête sévère.

Si les signes régressent spontanément, il s'agit peut être d'un Accident Ischémique Transitoire (AIT) : l'urgence et la prise en charge doivent être identiques car le risque de récurrence précoce (dans les 24h) est élevé.

Que faire en cas d'AVC ? (T) L'appel au centre 15 (SAMU) est le réflexe que doit avoir toute personne témoin, le médecin traitant, le patient ou son entourage. Le centre 15 va décider du moyen le plus rapide et le plus adapté aux besoins du patient pour l'acheminer dans l'établissement permettant une prise en charge adaptée, il enverra une ambulance du SMUR, les pompiers ou un véhicule sanitaire léger. Dans l'attente des secours le patient devra rester allongé.

F : Face	FAST
A : Arm	Ce test simple permet de repérer les signes évocateurs d'AVC : devant la présence de F, A, ou S il faut appeler le 15 en urgence T
S : Speech	
T : Time	

Quelle va être la prise en charge médicale ? Le médecin régulateur du SAMU prend contact avec le médecin de l'unité neuro vasculaire de référence de façon à organiser la prise en charge précoce. Dès son arrivée dans l'établissement le patient devra avoir une **IRM** ou un **scanner cérébral** afin de confirmer le diagnostic d'AVC et de différencier l'infarctus cérébral (artère bouchée) de l'hémorragie cérébrale.

S'il s'agit d'un infarctus cérébral (80% des AVC), et si le patient est pris en charge dans les premières heures, une **thrombolyse** (injection d'un produit qui débouche l'artère) est réalisée. Dans tous les cas le patient sera pris en charge dans un service impliqué dans la filière AVC afin d'optimiser la prise en charge et diminuer le risque de handicap.

Le risque de décès et de handicap après un AVC peut être fortement diminué : tout gain de temps est un gain de survie avec une meilleure qualité de vie.

En cas de signes d'AVC : un seul réflexe appeler immédiatement le 15 (SAMU)

CHIFFRES REPERES*

Les signes de l'AVC restent méconnus en France : seuls 30% de la population identifient la faiblesse brutale d'un côté comme un signe d'AVC.

Moins de la moitié des personnes victimes d'AVC bénéficient d'une régulation par le SAMU. Beaucoup trop de patients arrivent trop tardivement : Seul 1% des patients victimes d'AVC ont une thrombolyse, tandis qu'on estime à au moins 15% les AVC qui pourraient en bénéficier.

* Rapport Prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux - juin 2009 - www.sante.gouv.fr

OBJECTIFS PRIORITAIRES D'AMELIORATION DES PRATIQUES

- **Favoriser l'entrée de tous les AVC dans la filière optimale de prise en charge par l'appel direct du SAMU (centre 15), en informant le public et les professionnels**
- **Réaliser une imagerie en extrême urgence pour identifier au plus vite les infarctus cérébraux qui peuvent bénéficier d'une thrombolyse**
- **Développer le suivi des pratiques (enquêtes, registres de pratiques, etc.) pour mesurer et améliorer notamment la rapidité de prise en charge et le taux de thrombolyse.**

NOUVELLES REFERENCES PROFESSIONNELLES 2010 - 2014

En 2010, des indicateurs de pratique clinique (IPC) partagés et consensuels élaborés par l'ensemble des professions intervenant dans la prise en charge des AVC permettent d'améliorer et de suivre l'évolution des pratiques en se basant sur les éléments essentiels de la prise en charge :

- Le 15 (SAMU) est-il appelé en première intention ?
- Quel est le délai entre les 1ers symptômes et la prise en charge par la filière ?
- L'examen neurologique mesure-t-il le score du NIHSS ?
- Dans quel délai l'examen radiologique indispensable au diagnostic est-il été réalisé ?
- Le patient a-t-il une IRM en première intention ?
- L'imagerie est-elle été interprétée immédiatement avec compte rendu écrit du radiologue ?
- Le médecin de l'unité neuro-vasculaire est-il joint dès l'entrée du patient dans la filière (UNV) ?
- Dans quel délai le patient a-t-il une évaluation neuro-vasculaire ?
- Le patient est-il thrombolysé ?
- Le patient est-il orienté en unité neuro-vasculaire ?
- Où qu'il soit, le patient bénéficie-t-il de protocoles spécialisés de la filière neurovasculaire ?

Ces IPC ont été développés sur la base de nombreuses recommandations et références professionnelles

- Prise en charge initiales des patients adultes atteints d'AVC – aspects médicaux (RBP 2002)
- Prise en charge initiales des patients adultes atteints d'AVC – aspects para médicaux (RBP 2002)
- Place des UNV dans la prise en charge des AVC (2002)
- Imagerie de l'AVC aigu (2002)
- Prise en charge diagnostique et traitement de l'AIT de l'adulte (RBP 2004)
- Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (RBP 2009)

Travaux en cours

- Protocole de prise en charge des suspicions d'AVC au SAU (2010 - 2011)
- Outils d'aide à la décision pour les patients dépendants (2010 - 2011)