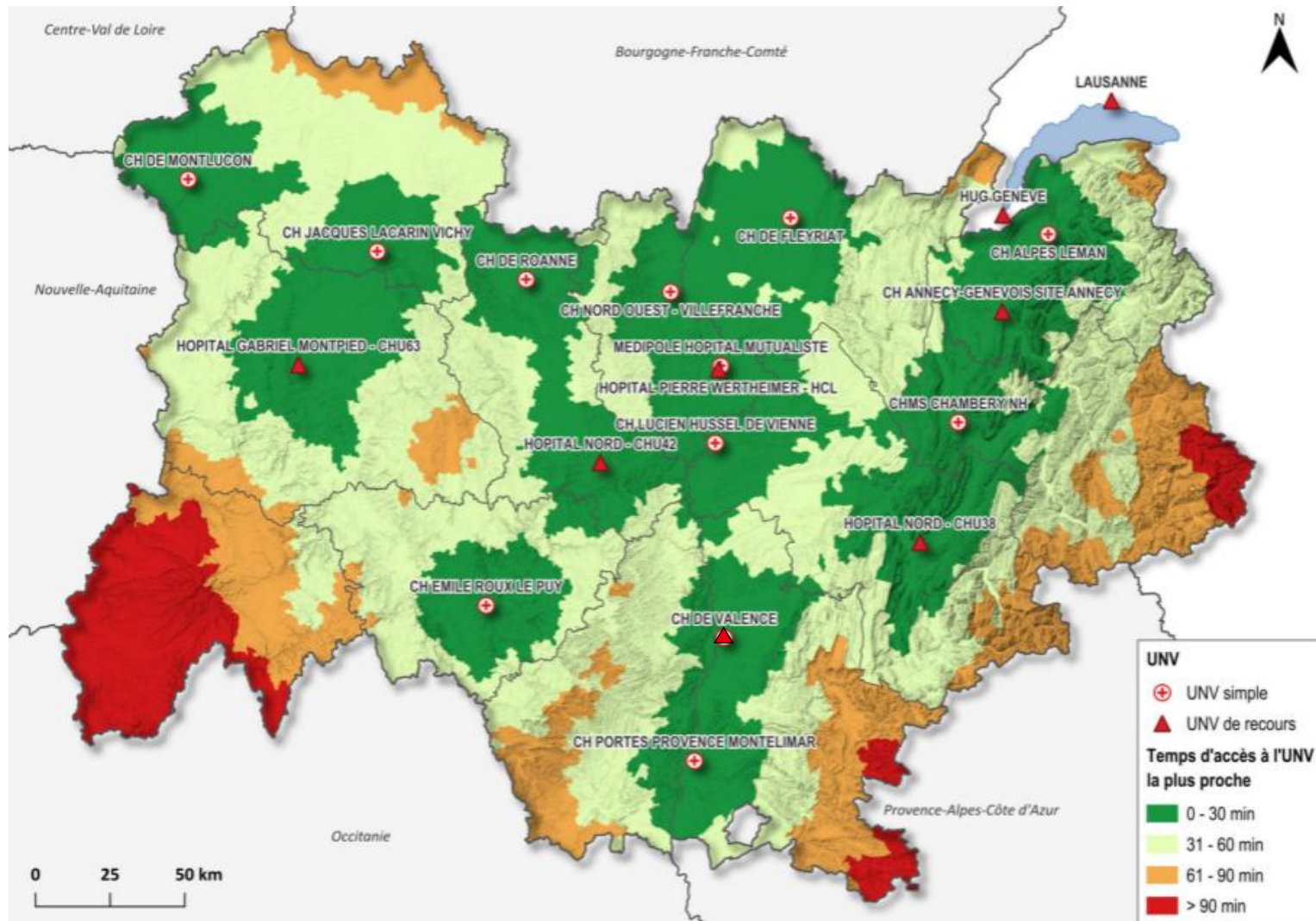


Actualités de la filière

- *Etudes : EPA AVC et Panorama des UNV*
- *Les référentiels : les nouveaux et les actualisations*
- *Les projets*





16 UNV
+ clinique
mutualiste
6 centres NRI

ouverture Valence
automne 2025

Les études

Valorisation au sein d'Urg'Ara:

- *Statisticiens*
- *Géographes de la santé*



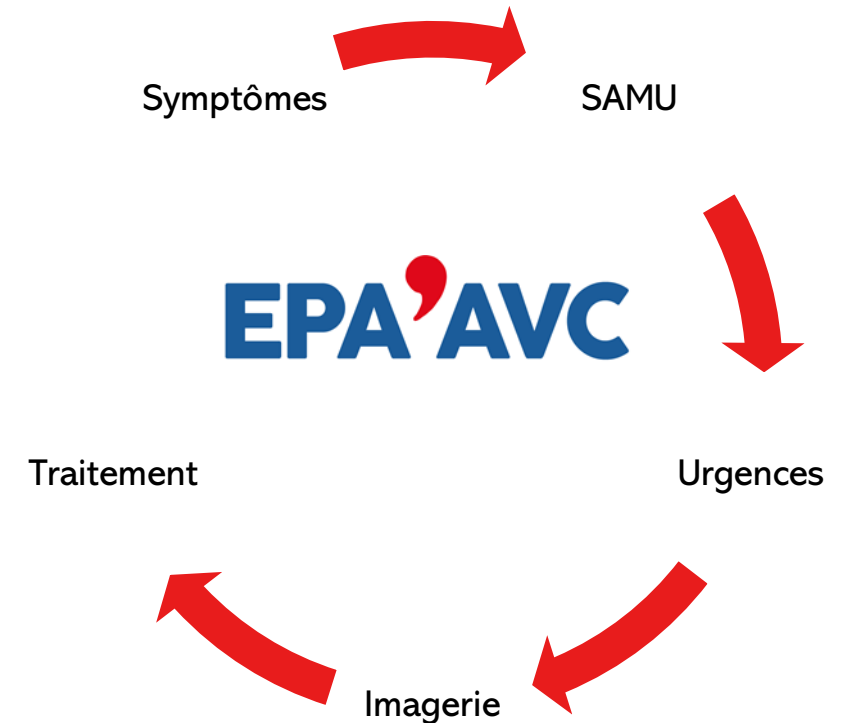


Accident vasculaire cérébral (AVC)

- couramment pris en charge dans les structures des urgences (SU)
- consommateur de moyens humains et techniques



Décrire le parcours des patients victimes d'AVC à l'échelle de la région Auvergne Rhône-Alpes



-  Etude observationnelle descriptive prospective
-  Multicentrique, régionale
-  Services Urgences
-  2 périodes d'inclusions de 15 j/an
-  AVC (Ischémique, hémorragique) ou AIT



Patient

- Age, sexe
- Mode d'arrivée
- Régulé Oui/Non



Horodatage

- Début des symptômes
- Admission CH
- Première imagerie
- TIV
- NRI
- Transfert



Prise en charge

- Type de contact neurovasculaire
- Diagnostic retenu
- Stratégie thérapeutique (TIV, NRI)
- Transfert ou mutation



5 périodes de 15 jours entre avril 2024
et avril 2026

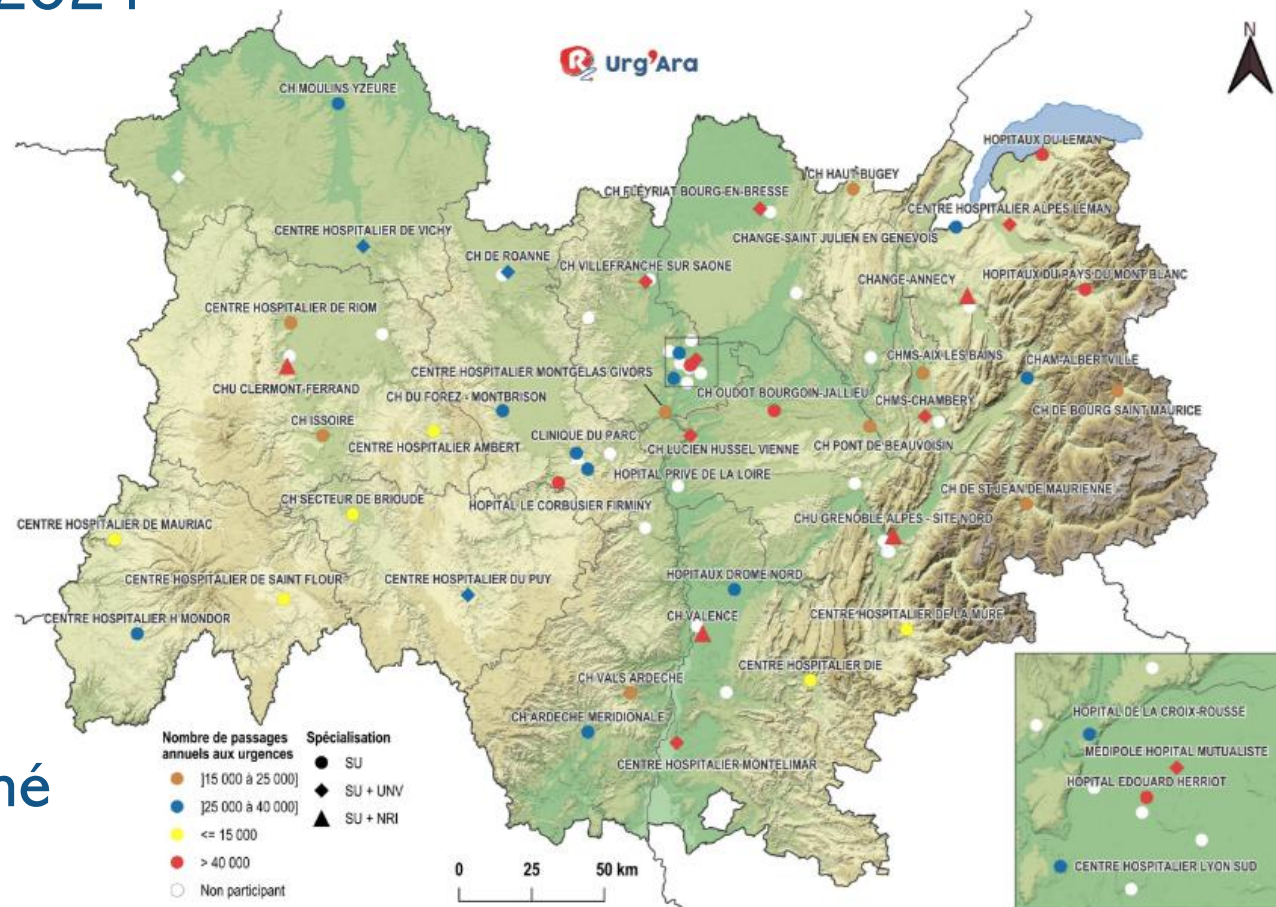


Sur 50 des 59 centres participants



1698 patients inclus :

- 983 AVC ischémiques
- 152 AVC hémorragiques
- 545 AIT
- 18 sans diagnostic final renseigné



76 ans

	Total	Selon le groupe				Selon la présence d'une UNV	
	n=1698 ¹	<= 15 000 n=33 ¹	]15 à 25 000] n=116 ¹	]25 à 40 000] n=496 ¹	> 40 000 n=1053 ¹	Avec UNV n=947 ¹	Sans UNV n=751 ¹
Age	76 (65 – 84)	80 (71 – 82)	77 (62 – 84)	77 (66 – 85)	76 (64 – 84)	77 (66 – 85)	75 (62 – 83)
Sexe							
Féminin	869 (51%)	16 (48%)	63 (54%)	246 (50%)	544 (52%)	458 (48%)	411 (55%)
Masculin	829 (49%)	17 (52%)	53 (46%)	250 (50%)	509 (48%)	489 (52%)	340 (45%)
Mode d'arrivée							
Ambulance Privée / Pompiers / SMUR	975 (61%)	15 (47%)	60 (53%)	316 (70%)	584 (59%)	583 (66%)	392 (55%)
AVC Intra hospitalier	20 (1,3%)	2 (6,3%)	0 (0%)	5 (1,1%)	13 (1,3%)	10 (1,1%)	10 (1,4%)
Propres moyens	597 (38%)	15 (47%)	54 (47%)	133 (29%)	395 (40%)	289 (33%)	308 (43%)
Non renseigné	106	1	2	42	61	65	41
Régulé							
Non	504 (33%)	15 (45%)	49 (44%)	99 (22%)	341 (36%)	257 (30%)	247 (35%)
Oui	1 046 (67%)	18 (55%)	62 (56%)	358 (78%)	608 (64%)	593 (70%)	453 (65%)
Non renseigné	148	0	5	39	104	97	51

p < 0,001

p < 0,05

	Total	Selon le groupe				Selon la présence d'une UNV	
	n=1698 ¹	<= 15 000 n=33 ¹	]15 à 25 000] n=116 ¹	]25 à 40 000] n=496 ¹	> 40 000 n=1053 ¹	Avec UNV n=947 ¹	Sans UNV n=751 ¹
Premier score NIHSS	11 (1 – 23)	12 (1 – 23)	1 (1 – 13)	10 (2 – 23)	13 (1 – 27)	13 (1 – 25)	5 (1 – 23)
Non renseigné	811	4	40	220	547	415	396
Délai Symptôme-Admission SU (min)	124 (79 – 252)	132 (75 – 204)	134 (77 – 270)	120 (71 – 257)	125 (81 – 252)	120 (80 – 225)	131 (76 – 271)
Non renseigné	688	13	48	221	406	369	319

p < 0,05

p < 0,001

Délais admission/imagerie et type d'imagerie

Total		Selon le groupe				Selon la présence d'une UNV	
n=1698 ¹		<= 15 000 n=33 ¹	]15 à 25 000] n=116 ¹	]25 à 40 000] n=496 ¹	> 40 000 n=1053 ¹	Avec UNV n=947 ¹	Sans UNV n=751 ¹
Première imagerie :		p < 0,001					
<i>IRM</i>	406 (24%)	0 (0%)	8 (7,0%)	150 (30%)	248 (24%)	271 (29%)	135 (18%)
<i>TDM</i>	1 274 (76%)	33 (100%)	106 (93%)	342 (70%)	793 (76%)	666 (71%)	608 (82%)
<i>Non renseigné</i>	18	0	2	4	12	10	8
Délai Admission SU-1ère Imagerie (min)							
<i>Délai Admission</i>	140 (57 – 243)	87 (45 – 157)	126 (68 – 191)	140 (56 – 234)	143 (58 – 259)	128 (49 – 237)	153 (70 – 255)
<i>Non renseigné</i>	72	3	3	28	38	39	33

¹ n (%); Médiane (Q1 – Q3)

p < 0,001

p < 0,001

Avis neurovasculaire et télémedecine

Total		Selon le groupe				Selon la présence d'une UNV	
n=1698 ¹		<= 15 000 n=33 ¹	]15 à 25 000] n=116 ¹	]25 à 40 000] n=496 ¹	> 40 000 n=1053 ¹	Avec UNV n=947 ¹	Sans UNV n=751 ¹
Contact neurovasculaire:							
Aux urgences	407 (26%)	0 (0%)	0 (0%)	89 (19%)	318 (33%)	380 (45%)	27 (3,7%)
Contact téléphonique	956 (61%)	24 (73%)	85 (75%)	299 (63%)	548 (57%)	389 (46%)	567 (78%)
Télémedecine (télé-AVC)	17 (1,1%)	4 (12%)	1 (0,9%)	11 (2,3%)	1 (0,1%)	3 (0,4%)	14 (1,9%)
Non contacté	194 (12%)	5 (15%)	28 (25%)	72 (15%)	89 (9,3%)	77 (9,1%)	117 (16%)
Non renseigné	124	0	2	25	97	98	26
Diagnostic retenu							
AIT	545 (32%)	8 (24%)	55 (48%)	145 (29%)	337 (32%)	257 (27%)	288 (39%)
AVC Hémorragique	152 (9,0%)	2 (6,1%)	7 (6,1%)	50 (10%)	93 (8,9%)	92 (9,8%)	60 (8,1%)
AVC Ischémique	983 (59%)	23 (70%)	52 (46%)	297 (60%)	611 (59%)	588 (63%)	395 (53%)
Non renseigné	18	0	2	4	12	10	8

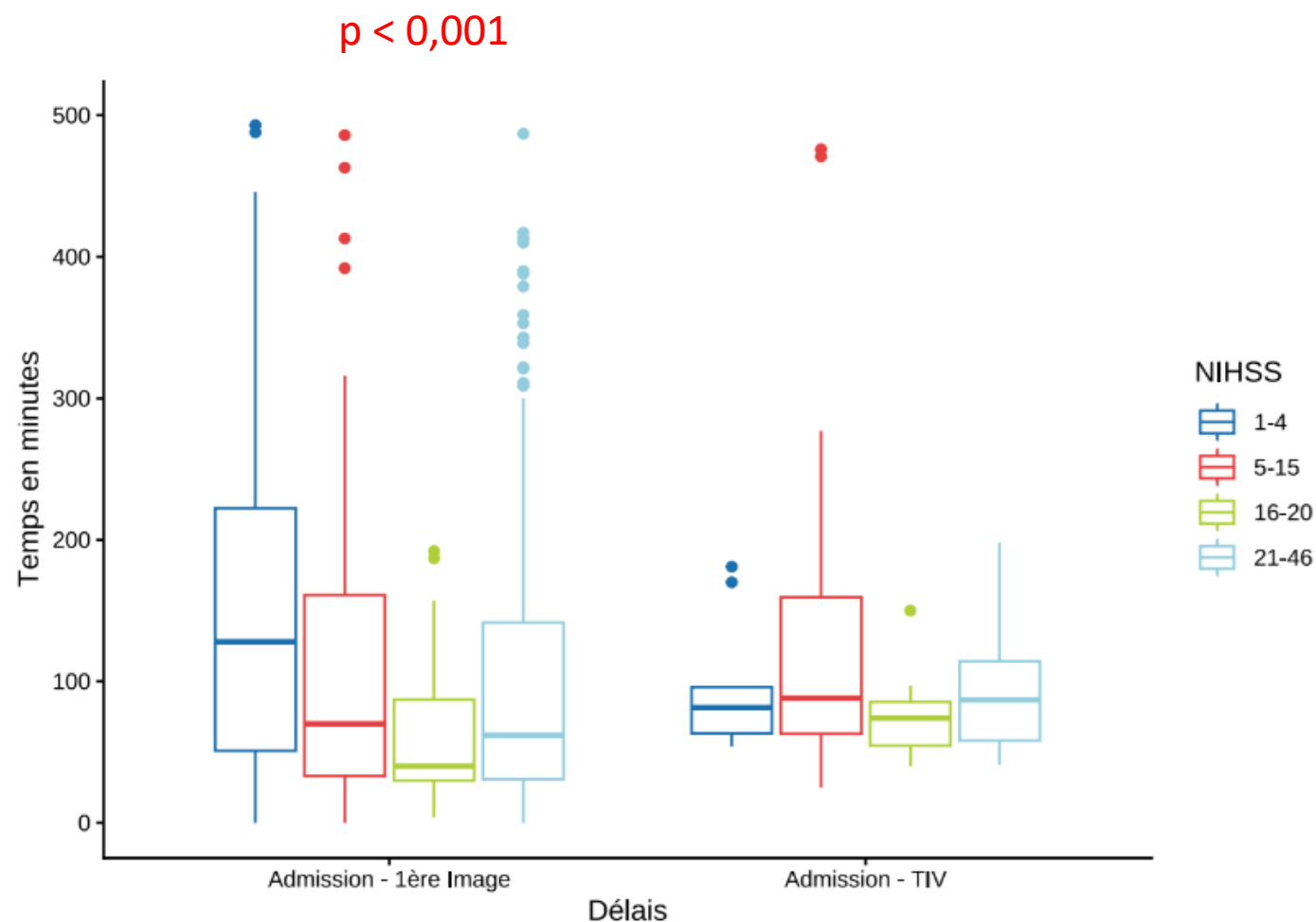
¹ n (%)

p < 0,001

93 % AVC i
86 % AVC h
78 % AIT
p < 0,001

AVC Ischémique

Délais en fonction score NIHSS



Lieu et Délais de thrombolyse

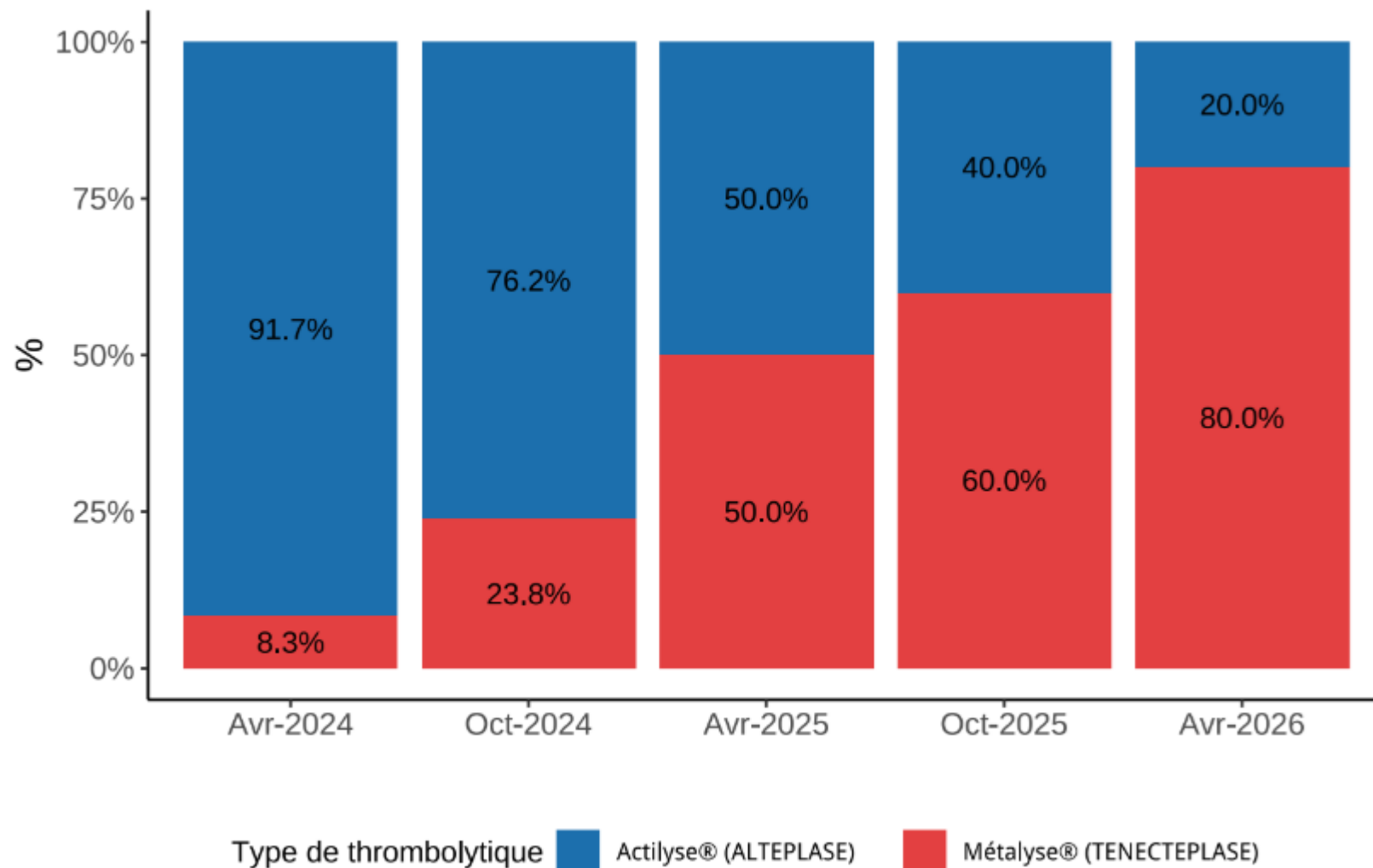
Total		Selon le groupe				Selon la présence d'une UNV	
TIV réalisée	n=112 ¹	<= 15 000 n=3	]15 à 25 000] n=1	]25 à 40 000] n=28	> 40 000 n=80	Avec UNV n=87	Sans UNV n=25
Lieu où elle a été débutée							
à l'imagerie	13 (12%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,7%)	12 (16%)	13 (15%)	0 (0%)
à l'UNV	41 (38%)	1 (33%)	0 (0%)	8 (30%)	32 (42%)	38 (45%)	3 (13%)
au SU	54 (50%)	2 (67%)	1 (100%)	18 (67%)	33 (43%)	33 (39%)	21 (88%)
Non renseigné	4	0	0	1	3	3	1
Type de thrombolytique							
Actilyse® (ALTEPLASE)	53 (47%)	1 (33%)	1 (100%)	9 (32%)	42 (53%)	38 (44%)	15 (60%)
Métalyse® (TENECTEPLASE)	54 (48%)	2 (67%)	0 (0%)	18 (64%)	34 (43%)	46 (53%)	8 (32%)
Non retrouvé	5 (4,5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,6%)	4 (5,0%)	3 (3,4%)	2 (8,0%)
Délai Adm-TIV							
Médiane (Q1 – Q3)	89 (60 – 117)	130 (85 – 175)	103 (103 – 103)	96 (74 – 140)	80 (57 – 114)	74 (57 – 109)	123 (90 – 179)
Non renseigné	8	1	0	4	3	5	3

Délais imagerie – TIV
42 min

TIV < 60 min pour 25 %
(32 % si UNV)

¹ n (%)

Type de thrombolytique utilisé



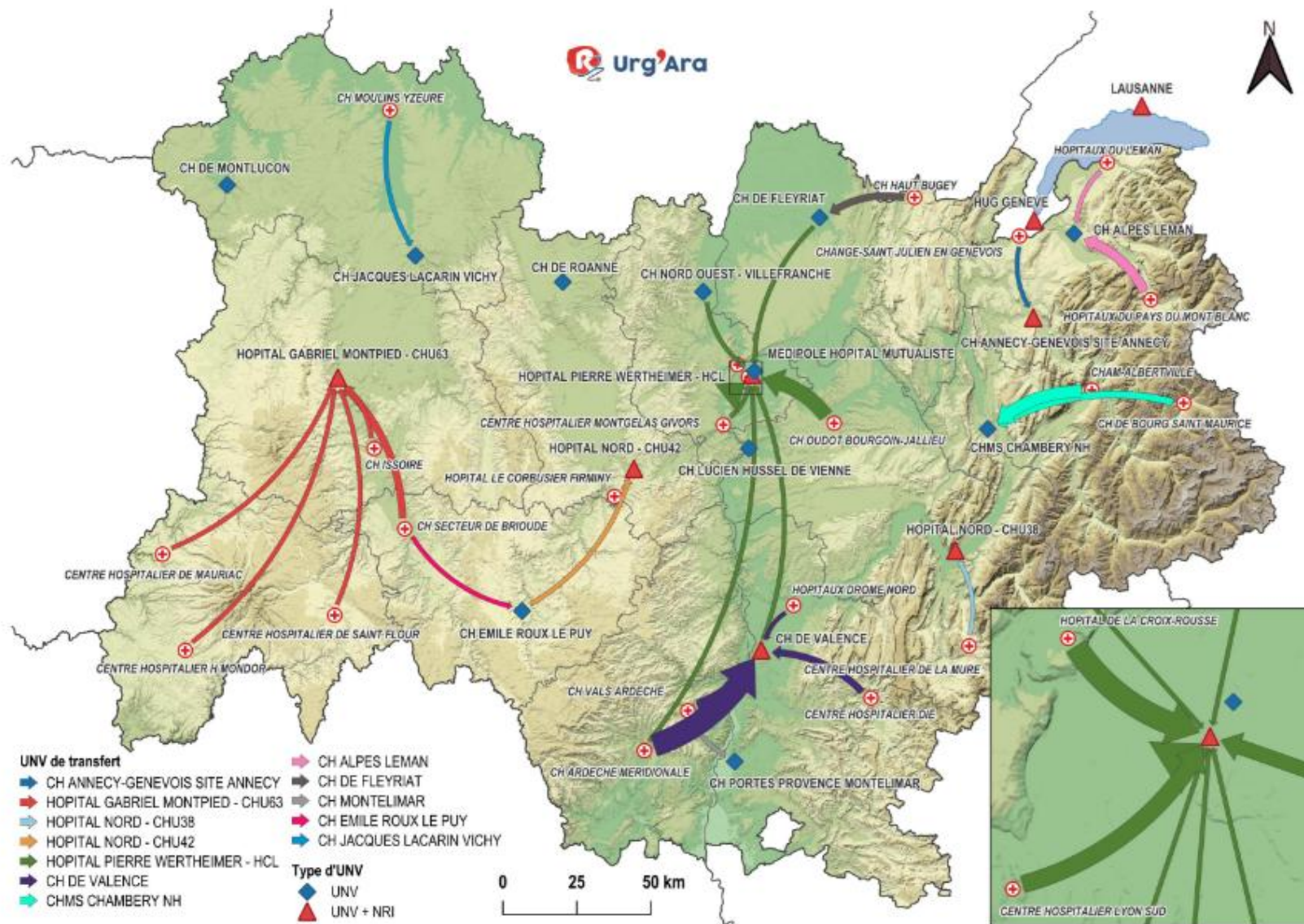
Devenir des patients AVC ischémiques après les urgences

Total		Selon le groupe				Selon la présence d'une UNV	
Devenir	n=983 ¹	<= 15 000 n=23	]15 à 25 000] n=52	]25 à 40 000] n=297	> 40 000 n=611	Avec UNV n=588	Sans UNV n=395
Transfert ou mutation UNV ou NIR							
En UNV	477 (49%)	9 (39%)	11 (22%)	146 (50%)	311 (52%)	373 (64%)	104 (27%)
En NRI	49 (5,1%)	1 (4,3%)	2 (3,9%)	18 (6,1%)	28 (4,7%)	35 (6,0%)	14 (3,6%)
Décédé au SU	4 (0,4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,3%)	3 (0,5%)	3 (0,5%)	1 (0,3%)
Autre	439 (45%)	13 (57%)	38 (75%)	129 (44%)	259 (43%)	173 (30%)	266 (69%)
Non renseigné	14	0	1	3	10	4	10

¹ n (%)

Admission SU- TM de 158 minutes sur 19 patients données exploitables

Flux de transfert vers les UNV





Activité des UNV : données du PANORAMA 2025



Etude annuelle sur l'activité des unités neuro-vasculaires (UNV)

- la totalité des 16 UNV régionales + 1 établissement privé mutualiste
- dont 6 avec neuroradiologie interventionnelle (NRI)



 UNV • Nom de l'UNV • Nb de patients NV admis	 Thrombolyse et téléthrombolyse • Nb de thrombolyses • Nb de téléthrombolyses
 Thrombectomie • Nb de thrombectomies complémentaires parmi les patients thrombolysés • Présence sur site d'un plateau technique de thrombectomie • Nb de thrombectomies réalisées sur site • Nb total de patients transférés pour thrombectomie • Nb de patients transférés pour thrombectomie, par UNV de recours	



Résumé du Passage aux Urgences (RPU)



Données du PMSI

Activité des UNV : données du PANORAMA 2025



16280 patients pris en charge dans les SU avec un diagnostic de pathologie neuro-vasculaires



nombre de TIV : 1459

entre 0% et 29 % de télé TIV selon les centres



Le nombre de TM : 851

- 839 dont 249 patients ayant nécessité un transport secondaire
- et 12 en Suisse

 PMSI : 11270 patients ont eu un diagnostic d'AVC ischémique confirmé en 2025 dans notre région

 Taux de TIV est de 12,9% (versus 14,3 % en 2024)
Légèrement en-deçà de l'objectif de 15%, changement de pratique

 Taux de TM est de 7,4 % (= à 2024), soit supérieur à l'objectif des 5%



- Prochaine et dernière période d'inclusion EPA'AVC : 5 au 19 octobre 2026
- Recueil des données pour le Panorama des UNV : Mars 2027

Les référentiels




**Ictus amnésique
ou
Amnésie globale transitoire**

Rédaction :	Filière Cerveau
Validation :	Comité scientifique Urg'Ara
Date :	03/2026
Version :	V1.0

Rechercher à l'intern
Circonstances de sur
de Valsalva, bain froid,




**AVC Hémorragique
intra parenchymateux non
traumatique**

Rédaction :	Filière Cerveau
Validation :	Comité scientifique Urg'Ara
Date :	06/2026
Version :	V1.2

- Ictus an**
- Age entre 50 et 70
 - Début brutal (absen
 - Existence d'un tém
 - du temps durant l'i
 - des informations su
 - Amnésie antérograi
 - mesure) sans confi
 - Questions itérative
 - Absence de signes
 - Durée < 24 heures
 - Pas d'oubli de son i

Toute suspicion d'AI




**Hémorragie-Sous-Arachnoïdienne
(HSA) non traumatique**

Rédaction :	Filière Cerveau
Validation :	Comité scientifique Urg'Ara
Date :	08/2026
Version :	V1.1

AUCUN SCORE NE PE

Sont également exclus d

FOCUS
En l'absence de sign
Transport par les




**Première crise d'épilepsie
de l'adulte au SAU**

Rédaction :	Filière Cerveau
Validation :	Comité scientifique Urg'Ara
Date :	05/2026
Version :	V1.0

Est exclue la
encéphalite, accident




**Adulte épileptique connu qui
convulse,
en régulation ou au SU**

Rédaction :	Filière Cerveau
Validation :	Comité scientifique Urg'Ara
Date :	09/2026
Version :	V1.0

Est exclue de ce référentiel toute première crise convulsive et toute épilepsie sur pathologie neurologique sous jacente

OUI

-
-
-

+/- Déficits foca
+/- Signes neur
épilepsie (morsu

Orientatio

-
-
-

TRI 1 (FRENCH)

- À initier le plus (phase aiguë)
 - **Objectif PAS**
 - Diminution ma
 - Urapidil et/ou f
- Réversion des anti
- Mesures général**

- PREMIER APPEL → Ma**
- S'assurer di
 - En l'absenc
 - ne pas hés**
 - Si trouble d

- Discussion médicalisa**
- Trouble de
 - Détresse hé
 - respiratoire
 - Récidive de
 - consécutive

- RÉGULATION / ACCUEIL SU**
- **Présentation de la crise ? Habituelle à ses précédentes crises d'épilepsie**
Inhabituelle (durée rupture contact, reprise conscience)
Atypique / Modification de la sémiologie de la crise
 - **Date dernière crise / fréquence des crises**
 - **Anamnèse** : antécédents médicaux, grossesse, les circonstances de survenue du malaise, la description la plus précise possible du malaise par les témoins,
 - Récupérer les noms et posologie des traitements éventuels pris par le patient
 - Recherche protocole de soins en cas de crise
 - Recherche un élément déclenchant : privation de sommeil, prise d'OH, oubli médicamenteux, ...

Une fois la décision de régulation prise ET présentation atypique ou différente des crises habituelles :
➢ demander à la famille ou proche de filmer la crise

		Accident Ischémique Transitoire	Adoption : Filière Carveau
			Validation : Comité Scientifique Urg'Ara
			Date : 06/2026
			Version : V2.0

		Suspicion d'AVC aigu (< 24h) au SU y compris déficit transitoire < 6h	Adoption : Filière Carveau
			Validation : Comité scientifique Urg'Ara
			Date : 06/2026
			Version : V2.1

H0
Rôle IOA

1. Repérage du déficit neurologique : déficit moteur ou sensitif, amputation champs visuel, diplopie, vertige brutal

		Thrombolyse AVC hors UNV	Adoption : Filière Carveau
			Validation : Comité scientifique Urg'Ara
			Date : 06/2026
			Version : V2.0

Dans le cadre d'une télé-expertise ou télé-médecine (TéléAVC)

Dès la sortie de l'imagerie avec confirmation d'un AVC ischémique et dans l'attente de la décision thérapeutique du médecin neurovasculaire

		Surveillance de TIV hors UNV	Adoption : Filière Carveau
			Validation : Comité scientifique Urg'Ara
			Date : 06/2026
			Version : V2.0

Décision du type de transfert par **médecin régulateur**

Transfert **sans attendre la fin de la TIV**

Le plus rapide possible en cas de TM associée à la TIV

Surveillance continue par scope / SAUV

PEC IDE

Toutes les 15 minutes pendant la durée de la TIV et l'heure suivante puis toutes les heures

- ✓ Perméabilité de(s) VVP(s)
- ✓ Mesure de la PA, la SpO2, la température, la glycémie capillaire
- ✓ NIHSS

Si patient transféré sur plateau de thrombectomie mécanique

Pose d'une VVP avec prolongateur multilignes si possible ou 2ème VVP

Les référentiels actualisés

		ÉTAT de MAL ÉPILEPTIQUE convulsif tonico-clonique généralisé de l'adulte non obèse	Adoption : Filière Carveau
			Validation : Comité scientifique Urg'Ara
			Date : 06/2026
			Version : V1.2

Cette procédure reprend les RFE 2018 conjointes SRLF, SFMU, GFRUP concernant la prise en charge des états de mal épileptiques en pré-hospitalier, en structure d'urgence et en réanimation dans les 48 1^{re} heures. Nous nous intéresserons ici au management initial de l'EME convulsif.

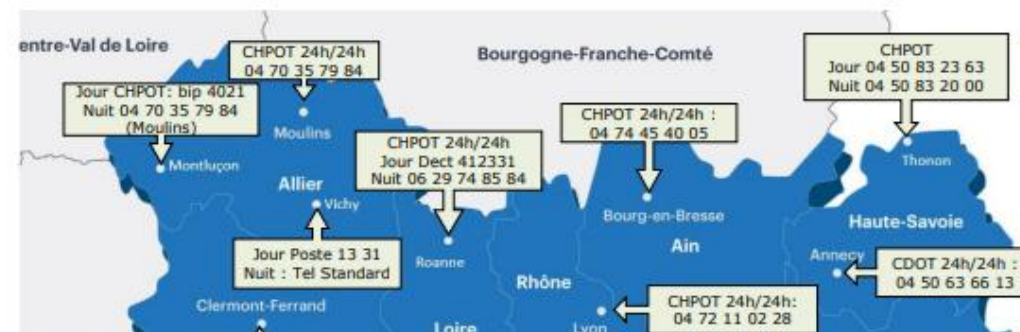
Le groupe de travail s'est permis une remise en forme mineure de l'algorithme simplifié.

T=0 min : arrivée des secours

		DONS D'ORGANES Coordonnées CHPOT / CDOT	Adoption : Filière Carveau
			Validation : Comité scientifique Urg'Ara
			Date : 06/2026
			Version : V2.0

En tant que médecin urgentiste, vous pouvez être amené à prendre en charge en milieu hospitalier ou extrahospitalier un patient présentant un coma grave (Score de Glasgow < 8) dont le contexte clinique et l'étiologie sont compatibles avec une évolution vers un état de mort encéphalique (AVC hémorragique, coma post anoxique sévère suite à un arrêt cardio-circulatoire, etc.) rendant le patient donneur potentiel d'organes et de tissus.

En parallèle des mesures thérapeutiques qui seront mises en œuvre, la coordination hospitalière de prélèvement d'organe et de tissus de proximité peut être alertée précocement et se rendre disponible pour l'étude du dossier.

Coordonnées des CHPOT de la région Auvergne-Rhône-Alpes correspondant au territoire d'Urg'Ara


Nouveauté : carte dynamique d'aide à la régulation

Flash Urg'ara

Webinaires et Tables rondes

Nos travaux

RENAAV

EPA'AVC

Traumabase®

ORU

Nos outils



Cartographie dynamique de la régulation
AVC – Région ARA

Triptyques ORU

Revue de dossiers de Traumatologie
Sévère

Publications

Nouveauté : carte dynamique d'aide à la régulation


Urg'Ara


Régulation de l'AVC

Rédaction : Filière cerveau
Validation : Comité scientifique
Date : 12/2024
Version : V1.1

Rôle ARM

- Repérage du déficit neurologique : déficit moteur ou sensitif, amputation champ d'élocution ou d'expression verbale, vertige brutal...
- Heure de début des signes ou heure « dernière fois vu normal »
- Etablir l'échelle FAST (positif si au moins un item présent):
Face : déformation du visage: demander au témoin de faire sourire le patient, la face est-elle asymétrique ?
Arm : déficit moteur: demander au témoin de faire lever les deux bras / est-ce que les bras sont à la même hauteur ?
Speech : trouble du langage: faire répéter une phrase simple, demander son nom : est-ce que le nom est anormal ?
Time : faire préciser l'heure de début des signes ou à défaut l'heure où le patient a été vu pour la dernière fois.
- Faire allonger le patient le plus à plat possible

FAST + : Régulation MRU P1

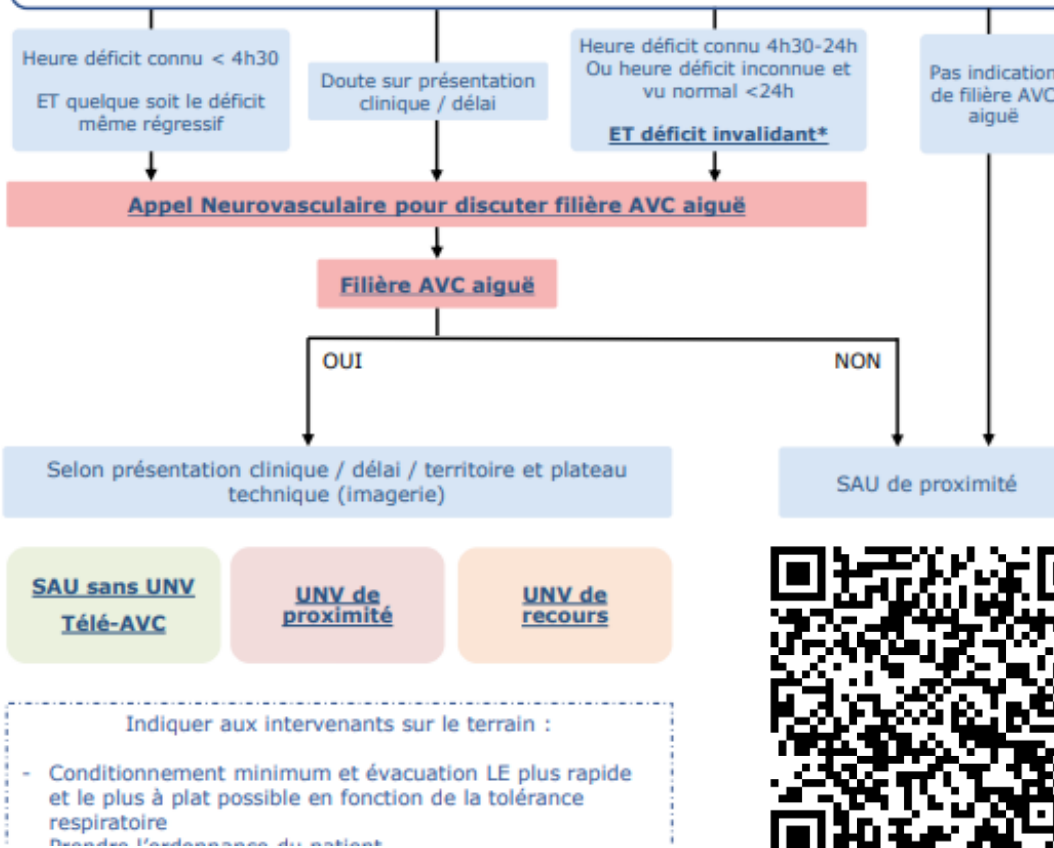
Rôle Médecin Régulateur Urgentiste

Evaluation clinique via NIHS simplifié

Vigilance	- vigilance normale - somnolent - peu réveillable même aux stimulations douloureuses
Déficit moteur Mb sup (Droit puis Gauche) Bras tendus à 45° durant dix secondes (un coté puis un autre)	- lève le membre et pas de chute - lève le membre mais chute contre pesanteur - mouvement dans le plan du sol/lit - aucun mouvement
Déficit moteur Mb inf (Droit puis Gauche)	- lève le membre et pas de chute - lève le membre mais chute contre pesanteur - mouvement dans le plan du sol/lit - aucun mouvement

Après régulation MRU : 4 situations

Si patient GIR 1 ou 2 : pas de bénéfice à rentrer en filière AVC aiguë



Les projets 2027-2028



Etude sur la régulation des AVC



Référentiels :

- Guillain barré et apparentés (*groupe de travail le 19/01/2027*)
- La myasthénie avec un focus crise myasthénique
- Gestion du patient parkinsonien aux urgences



Formation en ligne sur le score NIHSS



Bonne journée !