



# INFARCTUS

## la course pour la

# Vie

### Prévenir pour sauver des vies



**Pr Jacques Beaune,**  
Président de la Fédération  
Française de Cardiologie et  
cardiologue au CHU de Lyon.

À travers de nombreuses campagnes, la Fédération Française de Cardiologie sensibilise la population aux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, l'une des toutes premières causes de mortalité dans notre pays. Une mission dans laquelle le Pr Jacques Beaune s'investit au quotidien.

Malgré les avancées considérables en matière de prévention et de prise en charge, 13 000 personnes décèdent encore chaque année d'un infarctus du myocarde. Il est essentiel de continuer à informer et d'éduquer la population pour que chacun puisse déceler les signes précurseurs, avoir les bons réflexes, et changer de style de vie si cela est nécessaire.

#### Évolution de la prise en charge : intervenir avant l'accident !

La mortalité de l'infarctus en 1960 était de l'ordre de 40 % à un an. Depuis la première angioplastie coronaire en 1977, suivie quelques années plus tard par l'usage du stent, 100 000 personnes bénéficient d'une dilatation coronaire, soit 3/4 des cas de revascularisation. Si de tels progrès ont été réalisés, beaucoup d'autres sont encore possibles. Il nous faut être particulièrement attentifs à ces patients à risque vasculaire élevé et porteurs d'au moins un facteur de risque : l'hérédité cardiovasculaire ; le tabagisme (80% des victimes d'un infarctus avant 45 ans sont fumeurs) ; l'hypertension artérielle ; le cholestérol ; le diabète ; le surpoids ; la sédentarité... La prévention représente un défi thérapeutique et sociétal de premier ordre et nous devons donc inlassablement informer, dépister, éduquer, prendre en charge.

#### TÉMOIGNAGE D'UN PATIENT

### « Je n'ai pas su déceler les symptômes »

« Ce matin-là, après avoir fumé ma première cigarette, je me suis senti très fatigué, essoufflé. Je ne me rendais pas compte de mon état, je ne souffrais pas : ni douleur à la poitrine, ni au bras. Ma femme, médecin, a immédiatement appelé le 15. Suite à un électrocardiogramme, j'ai été transféré à l'hôpital de Rangueil à Toulouse pour une angioplastie. C'est dans la salle de réveil que j'ai pris conscience de la gravité de ce qui m'était arrivé. J'ai immédiatement décidé d'arrêter de fumer et d'améliorer mon hygiène de vie. J'ai passé 3 semaines de rééducation à St Orens. Aujourd'hui j'ai modifié mon alimentation, je mange plus de légumes et de fruits et je limite les portions ; je refais du sport et je respire mieux ! »



M. R. a subi un infarctus à 54 ans, le 16 juin 2006



**Pr Martine Gilard,** cardiologue interventionnel au CHU de Brest

## Gagner du temps pour mieux traiter l'infarctus

La France bénéficie d'un système de santé très au point et elle est dotée d'un bon réseau de centres de cathétérisme. Pourquoi à contrario ne parvient-elle à revasculariser que 60 à 70% des patients présentant un syndrome coronarien aigu ? Pour progresser et diminuer encore le taux de mortalité, il est essentiel de réduire les délais d'intervention et accroître le nombre de revascularisation à la phase aiguë. Martine Gilard nous explique les moyens mis en œuvre.

« En France, selon les données du registre FAST-MI<sup>1</sup> recueillies pendant l'année 2005, 40% des patients présentant un infarctus du myocarde ne sont pas revascularisés à la phase aiguë. Leur mortalité hospitalière est de 9,5% contre 5% pour ceux ayant bénéficié d'une revascularisation, avec une mortalité à un an de 21,5% contre 8%. Lorsque l'on analyse la situation dans les autres pays faisant partie de la Société Européenne de Cardiologie (ESC) on constate une forte disparité de cette prise en charge. Pour l'améliorer et l'homogénéiser, l'EAPCI<sup>2</sup> a décidé de lancer une initiative appelée « Stent For Life ». La France a été sélectionnée, avec 6 autres pays, afin de réaliser une campagne de sensibilisation du public et de tous les acteurs impliqués sur le terrain pour améliorer la prise en charge de l'infarctus à sa phase aiguë »

#### Une grande campagne de sensibilisation.

« En France il nous a paru essentiel, pour améliorer les délais de prise en charge, de sensibiliser la population à appeler le 15 devant toute douleur thoracique. Le médecin généraliste est la pierre angulaire de la médecine française, il doit faire partie intégrante du parcours thérapeutique en informant ses patients sur les facteurs de risques mais également sur la démarche à suivre dès les premiers symptômes. »

1 - French Registry on Acute ST-Elevation Myocardial  
2 - European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions

### Le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) : une exception française qui s'est exportée



**Dr Patrick Goldstein,**  
Urgentiste, chef du Pôle  
d'urgence du CHU de  
Lille et chef de service du  
SAMU régional de Lille

Créé en 1968 par Louis Lareng, le SAMU est chargé de fournir une réponse adaptée aux problèmes médicaux d'urgence. Le Dr Patrick Goldstein nous en dit plus.

« L'organisation française du SAMU a pour particularité d'engager la présence d'un médecin au centre d'appel et de régulation médicale, ainsi que lors des interventions. La régulation médicale est joignable par un numéro d'appel unique dédié aux urgences médicales, le 15. Elle débute par un interrogatoire de moins de 90 secondes conduit par le médecin régulateur afin d'établir une hypothèse diagnostique et de proposer au patient une solution adaptée en fonction du tableau clinique.

#### Les SMUR, « véritables bras armés du SAMU ».

Le SAMU coordonne l'ensemble des SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) de son département. Dans le cas d'un syndrome coronarien aigu, le médecin régulateur du SAMU active une équipe SMUR qui se déplacera vers le patient grâce à une ambulance ou un hélicoptère. Cette unité mobile de soins intensifs dispose d'un matériel élaboré permettant de faire un véritable diagnostic (ECG, enregistrement PA, FC...), d'effectuer des dosages (troponine...) et de mettre en place les traitements les plus adaptés selon des stratégies thérapeutiques partagées avec les cardiologues.

C'est également le SMUR qui fait appel au médecin régulateur pour bénéficier d'une table de coronarographie et d'angioplastie prête à recevoir le patient. En France, le partage de la formation et de l'information entre les urgentistes et les cardiologues interventionnels permet une homogénéité des protocoles et une parfaite connaissance du réseau. À condition de passer par la bonne filière, les Français bénéficient en effet de la meilleure organisation de soins en urgence.







Pr Marc Freysz, chef de service du SAMU 21, CHU de Dijon  
Pr Yves Cottin, cardiologue au CHU de Dijon  
Dr Luc Lorgis, cardiologue interventionnel, praticien hospitalier au CHU de Dijon

## Analyse, évaluation et progression

Un territoire de plus de 8 500 km<sup>2</sup>, de vastes zones rurales, une population concentrée dans l'agglomération dijonnaise... La Côte d'Or est un département fortement disparate. Pour défier ses contraintes, les Prs Yves Cottin et Marc Freysz et le Dr Luc Lorgis unissent leurs savoir-faire au profit de la prise en charge de l'infarctus.

**Une équipe de spécialistes**  
Avec quatre salles de cardiologie interventionnelle, quatre Smurs, des équipes spécialisées, entraînées, qualifiées et suffisamment actives, la Côte d'Or dispose des moyens humains et techniques nécessaires pour traiter le patient le plus rapidement possible.  
« Le Samu permet de réduire les délais mais aussi d'accroître le nombre de dilatation et de reperfusion. Il est aujourd'hui capital de systématiser l'appel au centre 15, c'est le meilleur moyen de sauver des vies, d'améliorer le pronostic des patients et de diminuer les complications<sup>1</sup> » explique Marc Freysz.

**S'évaluer pour évoluer**  
« Pour nous aider à s'évaluer, nous avons créé le registre RICO. Il regroupe 10 000 patients pris en charge dans tous les hôpitaux de Côte d'Or, CHU et établissements privés » indique Yves Cottin. « Nous fédérons nos forces, nous collaborons et communiquons pour réduire les délais de prise en charge. Plus nous nous connaissons et travaillons ensemble, plus nous progressons. Dans une région où la démographie médicale est faible, il ne faut pas attendre le diagnostic de son médecin traitant. La prise en charge de l'infarctus est une véritable course contre le temps,

dès qu'il y a un doute, il faut faire le 15 c'est-à-dire appeler le Samu » insiste Luc Lorgis.

**RICO, une précieuse base de donnée**  
Le registre RICO (Observatoire des infarctus en Côte d'Or - 500 000 habitants, 6 hôpitaux) a été créé en 2001 à l'initiative du Dr Jean Claude Beer. Il est dirigé par le Pr Yves Cottin et regroupe le travail collaboratif de plusieurs médecins des secteurs public et privé. Cet outil qui réunit cardiologues, urgentistes, pompiers et Samu, médecins généralistes et équipes de réadaptateurs de Côte d'Or représente le seul registre français colligeant des indicateurs exhaustifs en continu sur l'infarctus. Les données sont étudiées par Marianne Zeller, ingénieur de recherche et responsable de l'observatoire. L'objectif est d'analyser le traitement à la phase aiguë et pendant une année après l'infarctus. Cet outil d'évaluation permet de relever les points forts et de repérer les points faibles pour améliorer la prise en charge.



Marianne Zeller, ingénieur de recherche au CHU de Dijon

### TÉMOIGNAGE D'UN PATIENT « Je réalise que je reviens de loin ! »

Tout a débuté avant-hier, dimanche, alors que je bûcheronnais avec des amis. J'avais une sensation de reflux gastrique et une douleur au bras que je pensais due à l'effort. Je n'ai aucun facteur de risque, si ce n'est que mon père est décédé brutalement d'un infarctus à 50 ans un soir de réveillon. Je pensais que c'était anodin, je n'ai pas osé appeler le 15 préférant attendre lundi pour consulter mon médecin généraliste.



M. Gilles Bozet a subi un infarctus lundi 17 janvier 2011, à 48 ans.

Elle m'a fait un ECG de contrôle et s'est immédiatement rendue compte de l'urgence. Le Smur est arrivé en 10 minutes et 1h30 plus tard, j'étais allongé en salle de cathétérisme. Hier, je ne ressentais aucune douleur, j'étais loin d'imaginer que j'étais en plein infarctus. Aujourd'hui, je réalise que je reviens de loin !

## Confiance, cohésion et optimisation des soins

« Échange » et « confiance » sont les mots d'ordre des Drs Trung Hung Ta et Thierry Lefèvre. Ils agissent en parfaite harmonie dans la prise en charge de l'infarctus du myocarde.

Le territoire de l'Essonne est relativement disparate avec une densité urbaine au nord et une semi-ruralité sur le reste du département.  
« On retrouve ces particularités pour l'offre médicale, les trois centres de cardiologie interventionnelle sont situés dans des villes du nord. Pour que la stratégie thérapeutique soit optimale, nous avons élaboré un protocole en étroite collaboration avec les équipes d'urgence et les cardiologues » déclare Thierry Lefèvre. « Aujourd'hui, grâce à cette homogénéité, notre prise en charge est cohérente. Les cardiologues ne nous imposent pas de stratégie, nous en discutons ensemble, nous avons établi une vraie collaboration. Ils nous font confiance et ne remettent en cause ni notre diagnostic, ni notre traitement. Actuellement, c'est un confort, mais cette coopération n'a pas toujours existé » confie le Dr Trung Hung Ta.

**S'observer pour évoluer**  
Les attitudes thérapeutiques du Samu ont considérablement évolué en 10 ans. « En 2001, nous proposons une désobstruction de l'artère dans seulement 81% des cas<sup>1</sup>, aujourd'hui, 95% des patients en bénéficient. Pour évaluer les stratégies de soins et s'améliorer, nous participons au registre E-Must. Ce recueil prospectif concerne les infarctus pris en charge par des Samu et Smur de la région francilienne. » indique le Dr Trung Hung Ta. « En 1995 nous avons décidé de mettre au point une prise en charge 24h/24 dans tous les centres de cardiologie interventionnelle. Depuis, nous avons créé le registre ISCP colligeant des informations sur les infarctus de 4500



Dr Trung Hung Ta, urgentiste au Samu de Corbeil-Essonne et au Smur du Centre Hospitalier de Longjumeau - Dr Thierry Lefèvre responsable de la cardiologie interventionnelle de l'Hôpital privé Jacques Cartier à Massy

aujourd'hui entre les mains du médecin traitant. « Il doit faire prendre conscience au patient qu'un seul facteur de risque suffit pour subir un infarctus. Il doit l'éduquer à appeler le 15 en cas de douleur, lui faire comprendre que le délai de prise en charge est un facteur très important. »

1 - « Résultats E-MUST 2002-2008 » par Xavier Mouranche

Dr Clarisse Hirsch, cardiologue, coordinateur de réadaptation cardiaque et de l'éducation thérapeutique du patient coronarien, référent club cœur et santé de l'Hôpital Privé Jacques Cartier - Massy - Mr Jean-Luc Durand, cadre honoraire à la RATP



M. Durand se savait prédisposé à l'infarctus : « j'avais plusieurs facteurs de risque : une tension artérielle élevée, du cholestérol et des antécédents familiaux. J'ai appelé le 15 dès la première douleur et 35 minutes plus tard j'étais en salle de cathétérisme à l'Hôpital Privé Jacques

### Reconditionnement physique et éducation

L'équipe du Dr Hirsch réentraîne les patients à l'effort et les éduque à corriger les facteurs de risque cardiovasculaires et éviter ainsi les récives d'infarctus. Nous l'avons rencontrée avec M. Durand, victime d'un infarctus en septembre 2009.

Cartier où une équipe m'attendait.» Le Dr Hirsch explique : « nous avons rencontré M. Durand en soins intensifs, et lui avons suggéré un programme élaboré autour d'une stratégie thérapeutique et éducative. Il a profité de 21 séances d'hôpital de jour pour lui permettre de comprendre sa maladie, de vivre avec et d'améliorer ses habitudes de vie. Ces unités de réadaptation cardiaque sont des étapes essentielles et privilégiées pour

que le patient s'approprie sa maladie et devienne acteur de son état de santé. » Parce qu'elle est à l'écoute, disponible et impliquée, le Dr Hirsch a permis à M. Durand de retrouver ses aptitudes physiques et sa confiance, essentielles au retour à une vie active normale. Et M. Durand de rajouter : « j'ai complètement changé ma façon de vivre. J'ai modifié mes habitudes alimentaires mais aussi celle de ma famille! C'est à mon tour de

« rééduquer » tous mes proches car tout est une histoire d'éducation.»

**Le service de réadaptation c'est :**

- 2 cardiologues,
- 1 diététicienne,
- 1 psychologue clinicienne,
- 2 kinésithérapeutes,
- 2 infirmières.



# Homogénéité des soins et fédération des équipes

HAUTE  
GARONNE

**Les docteurs Jean Fajadet, Jean Louis Ducassé et Didier Carrié sont trois figures emblématiques de la santé en Haute-Garonne. Ils nous expliquent les rouages et les spécificités de la prise en charge de l'infarctus du myocarde dans leur département.**

**L**a Haute-Garonne avec 1,2 million d'habitants, compose avec une répartition de la population très contrastée. Si Toulouse, la métropole régionale, concentre 80 % de la population, le reste du territoire est en majorité rural. « Sur le plan de la santé, on retrouve les mêmes caractéristiques, tout est centré à Toulouse. Pour que le protocole thérapeutique soit optimal, il a fallu s'organiser en homogénéisant les pratiques et en fédérant tous les acteurs médicaux et paramédicaux. L'objectif est d'opacifier au plus vite le réseau coronarien et de recanaliser l'artère responsable (« coupable ») de l'infarctus du myocarde » explique le Dr Fajadet.

## Raccourcir les délais pour sauver des vies

Les particularités démographiques et l'absence de cardiologie interventionnelle hors de Toulouse encouragent une organisation valorisant une prise en charge identique, quel que soit l'établissement. « Il est essentiel que le patient soit reperfusé le plus rapidement possible, qu'il se situe à Saint Martin de Comminges ou Place du Capitole à Toulouse » ajoute le Dr Ducassé.

Depuis 2005, des réunions entre les différents acteurs permettent de dresser un état des lieux annuel.

« En 2008 et 2009, nous avons mis en place le registre RESCA + 31 dont l'objectif a été d'évaluer les délais et les stratégies de reperfusion des patients présentant un SCA ST+ au regard des recommandations et d'améliorer le protocole de prise en charge de ces patients. Aujourd'hui nos pratiques sont harmonieuses, nous collaborons de manière sereine dans l'intérêt du patient. Il est essentiel que la médecine d'urgence et la cardiologie publique et privée coopèrent étroitement pour réduire le délai de prise en charge et

améliorer les soins » souligne le Pr Carrié. Pour tous, la clef de l'évolution est aujourd'hui dans les mains du médecin généraliste. « Il est capital d'informer les patients sur les facteurs de risque cardiovasculaire, les symptômes évocateurs du diagnostic de l'infarctus du myocarde et de les éduquer pour que l'appel au 15 devienne un réflexe dès les premières douleurs » insiste le Dr Fajadet.

**Dr Jean Fajadet**, cardiologue interventionnel, Clinique Pasteur, Toulouse; Président élu de l'European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI)  
**Dr Jean-Louis Ducassé**, directeur du SAMU 31, CHU de Toulouse-Purpan  
**Pr Didier Carrié**, chef du service en cardiologie B, CHU de Toulouse-Rangueil



## Le Samu 31 c'est :

- 10 services d'urgence.
- 4 centres de cardiologie interventionnelle ouvert 24h/24 et un numéro de téléphone unique.
- 294 IDM pris en charge par an par le Samu et les urgences.
- 98 % des IDM pris en charge en cardiologie interventionnelle.

## Savoir orienter le patient

« Il est très délicat pour le patient de se rendre compte de la gravité de ses symptômes. De la sensation de mal être à la douleur brutale, la présentation de l'infarctus peut être très différente. Au Samu, lorsqu'un patient appelle, notre rôle est d'effectuer au plus vite une hypothèse diagnostique afin de déterminer la prise en charge la plus adaptée. On lui pose une vingtaine de questions : endroit, intensité et signes de la douleur ? A-t-il des facteurs de risque : tabac, cholestérol, HTA, diabète,

antécédents familiaux... Prend t'il des traitements de manière chronique ?... A partir des réponses à ces questions, soit on envoie le médecin de garde pour effectuer un électrocardiogramme, soit on envoie le Smur. Lorsqu'un patient suspect d'un syndrome coronarien sollicite son médecin traitant, celui-ci doit appeler directement le 15 et en aucun cas l'orienter vers un dosage de troponine<sup>1</sup>. C'est encore trop fréquent et c'est une véritable perte de temps. »

<sup>1</sup> « Syndrome coronaire aigu: pas de marqueurs biologiques en médecine ambulatoire - fiche de bon usage » publié en septembre 2010 par l'HAS



**Dr Emilie Dehours**,  
médecin urgentiste au pôle de  
médecine d'urgence à l'hôpital  
Purpan de Toulouse

**Dr Loïc Belle**, cardiologue interventionnel au CH d'Annecy  
**Dr Dominique Savary**, urgentiste au CH d'Annecy



## Le réseau : moteur de progrès

**Les docteurs Loïc Belle et Dominique Savary travaillent main dans la main. Leur objectif : développer et améliorer la prise en charge de l'infarctus du myocarde en Haute-Savoie.**

## S'affranchir des contraintes géographiques

« Nous vivons dans un département de montagne, avec des établissements de soins situés au centre des vallées. Le déclenchement des événements coronaires peut survenir dans des zones enclavées, loin du centre de cardiologie opérationnel. Pour diminuer le délai de prise en charge, nous avons rendu possible la fibrinolyse par des médecins généralistes correspondants, formés aux gestes d'urgence par le Samu » explique Dominique Savary. « Le médecin généraliste est le premier maillon de la chaîne et grâce à lui, nous gagnons un temps précieux. Ce réseau est né en Haute-Savoie, il est aujourd'hui développé sur tout l'arc Alpin et compte 80 médecins généralistes prêts à intervenir en quelques minutes. Cette collaboration nous a permis de réduire le délai médian entre la prise en charge et la ponction artérielle en angioplastie primaire de 70 minutes. En 2002, il était de 105 minutes, aujourd'hui il est de 82 minutes<sup>1</sup> » s'enthousiasme Loïc Belle.

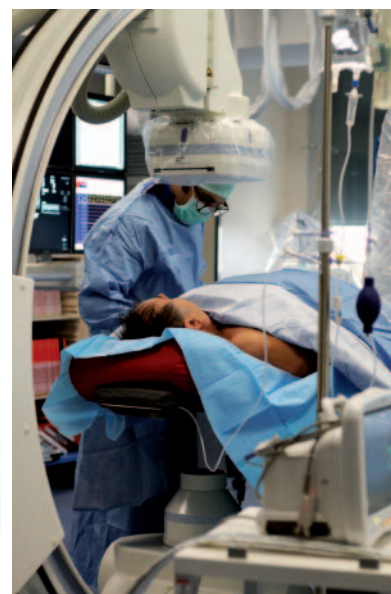
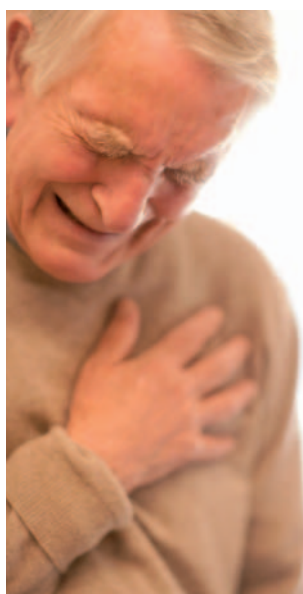
## Coordonner et organiser pour évoluer

Lorsque le patient appelle le 15, l'équipe de régulation

dépêche un médecin correspondant sur le lieu de la douleur thoracique. Parallèlement, le Smur se met en route pour prendre en charge le malade déjà thrombolysé et le conduire dans le centre de cardiologie interventionnelle du CH d'Annecy. « Pour évaluer sur le terrain la qualité du protocole thérapeutique, nous avons mis en place un registre permanent des STEMI aigus, le « RESURCOR ». Il inclut 4747 patients depuis sa création en 2002 et définit la technique de reperfusion, le délai de prise en charge ainsi que le parcours de soins » indique le Dr Savary. RESURCOR est le fruit d'une fédération de l'ensemble des acteurs médicaux. Les médecins correspondants, les cardiologues interventionnels, les

équipes du Samu travaillent unis pour le bien-être du patient. « Notre collaboration, grâce à ce réseau, nous permet de défier les contraintes géographiques et de nous distinguer au niveau national en termes de taux et de délais de reperfusion »<sup>2</sup> conclut le Dr Belle.

<sup>1</sup>Rapport RESURCOR 2002-2009 - <sup>2</sup>Résultats nationaux publiés dans FAST-MI



HAUTE  
SAVOIE

## TÉMOIGNAGE D'UN PATIENT « Sans le Samu, je ne serai plus là »

« Une douleur aiguë s'est manifestée au niveau de ma poitrine et mon bras gauche s'est engourdi. Je me suis allongé et mon épouse a appelé le Samu. Je savais que ça allait m'arriver tôt ou tard : j'avais du cholestérol, je fumais et j'ai des antécédents familiaux, car mon frère a été victime d'un infarctus il y a 3 ans... Je savais donc qu'il fallait appeler le 15... En un quart d'heure, les médecins urgentistes étaient chez moi. Il m'ont directement fait un électrocardiogramme et une thrombolyse. Ils m'ont ensuite transporté à l'hôpital d'Annecy où j'ai eu une coronarographie et le lendemain, une angioplastie. Une semaine plus tard, je suis rentré chez moi, bien décidé à me prendre en main. » Grâce à la rapidité de la prise en charge, M. S. n'a aucune séquelle. Il a repris une activité physique, soigne son alimentation et relativise les petits soucis du quotidien. « Aujourd'hui j'ai repris goût à la vie ! Je ne suis plus stressé, je ne suis plus essoufflé, et j'évite de manger trop gras. La vie est belle maintenant ! » conclut M.S.

M. S., 54 ans, a été victime d'un infarctus le 10 janvier 2010



**Dr Jean-Jacques Dujardin**, cardiologue, chef de Pôle de cardiologie au Centre Hospitalier de Douai  
**Dr Patrick Goldstein**, urgentiste, chef du Pôle d'urgence du CHU de Lille et chef de service du SAMU régional de Lille  
**Pr Eric Van Belle**, Professeur de Cardiologie, responsable de l'activité de cardiologie interventionnelle au Pôle de cardiologie du CHRU de Lille



Lorsque le médecin du Smur arrive auprès d'un patient avec une douleur thoracique, il établit un diagnostic et décide de la stratégie la plus adaptée. Le patient sera ensuite transféré dans l'établissement avec une salle de coronarographie immédiatement disponible. Pour réduire les délais de prise en charge, nous collaborons également avec des centres hémodynamiques régionaux » déclare Patrick Golstein.

« Grâce au maillage territorial, aux moyens techniques, logistiques et humains, nous avons pu réduire le nombre de thrombolyse en faveur de l'angioplastie primaire » souligne le Pr. Van Belle.

Pour tous, l'objectif actuel est d'informer et guider les patients. Les indicateurs de Santé Publique mettent clairement en évidence la nécessité d'une stratégie de sensibilisation et d'éducation. Et le Dr Dujardin d'ajouter : « Le médecin généraliste est la cheville ouvrière de la prévention, les patients ont confiance en lui, il peut les informer. »

1 - « La cardiologie hospitalière en Région Nord Pas-de-Calais » publié dans CNCHG - CARDIOLOGIE HÔPITAL GÉNÉRAL - N°12 mai 2010.

## Réduire les délais grâce au maillage territorial

**Les docteurs Patrick Goldstein, Eric Van Belle et Jean-Jacques Dujardin s'investissent à chaque étape de la prise en charge de l'infarctus. De l'urgence aux soins intensifs, tous occupent un rôle primordial pour veiller au bon déroulement du protocole thérapeutique.**

### Quelles sont les particularités de votre département ?

« Le Nord est un département étendu avec une forte densité de population inégalement répartie sur le territoire. Malgré une incidence importante des maladies cardiovasculaires et une démographie médicale inférieure à la moyenne nationale, l'offre de soins en cardiologie permet une autonomie complète y compris pour les techniques les plus récentes et les plus complexes<sup>1</sup> » explique Jean-Jacques Dujardin.

« La proportion d'obésité, d'hypercholestérolémie, de

diabète, de tabagisme et de sédentarité est plus élevée ici qu'ailleurs, y compris chez les jeunes » ajoute Eric Van Belle

### Comment déterminez-vous la marche à suivre ?

« Pour que la prise en charge soit optimale, il est essentiel de mettre au point une réflexion en réseau autour du plateau technique de reperfusion. Il est l'élément structurant du parcours thérapeutique, il faut y concentrer les moyens techniques les plus importants et les hommes les plus performants.

### Le Nord c'est :

- 2 564 959 habitants sur un territoire de 5 743 km<sup>2</sup>
- 300 infarctus par an
- 11 Smurs et 17 équipes mobilisables
- 1 hélicoptère
- 9 établissements avec plateau technique ouvert 24h/24
- 9 centres hospitaliers avec USIC



**Dr Philippe Lauwick**,  
Médecin généraliste à Roubaix

## « Je prescris l'appel au 15 sur l'ordonnance »

« Les gens sont peu sensibilisés aux facteurs de risque et aux symptômes d'un infarctus. Quand je reçois un appel pour une douleur thoracique suspecte, souvent accompagnée d'une sensation de malaise et nausées, je n'hésite pas : je contacte immédiatement le Samu, avant même de rejoindre le patient. Je reçois plusieurs coronariens par jour, mon rôle est, de réduire le risque de développer des complications pour améliorer leur devenir. Lorsque je rédige l'ordonnance, j'ajoute souvent, en

rappelant pourquoi :

« en cas de douleur thoracique, appelez le 15 ». Cela contribue à diffuser le message à la famille, au pharmacien. J'incite également les proches à suivre une formation aux premiers secours (alerter-masser-débrancher). L'éducation du patient et de son entourage est capitale ».



**INFARCTUS**  
la course pour la  
**Vie**

## une grande campagne de sensibilisation

### 1<sup>ère</sup> étape : analyser les modalités de prise en charge dans cinq départements pilotes

La Société Française de Cardiologie (SFC) a réalisé un premier registre prospectif sur un mois dans cinq départements pilotes : Côte d'Or, Essonne, Haute-Garonne, Haute-Savoie et Nord. Ces départements ont été choisis en raison de leurs particularités géographique, démographique, médicale et de l'offre de soins intensifs proposée, avec ou sans salle de cathétérisme. Ce registre effectué en novembre 2010 a eu pour objet de détailler les principaux aspects de la prise en charge des patients au cours des 48 premières heures. Il regroupait des données sur le premier contact entre le malade et le milieu médical : SAMU, médecin généraliste, cardiologue, service d'urgence. Il colligeait également les délais entre l'apparition des symptômes, l'appel et l'intervention médicale ainsi que les différentes méthodes de revascularisation utilisées.

### 2<sup>ème</sup> étape : un message central : « Appeler le 15 »



Affichette salle d'attente

par cette lettre d'information envoyée dans un premier temps à tous les médecins généralistes des 5 départements, accompagnée d'une affichette destinée aux salles d'attente de ces praticiens. Elle sera ensuite relayée par l'intermédiaire de la presse écrite régionale et des radios locales afin de sensibiliser le grand public. Un second registre sera réalisé en novembre 2011 afin d'analyser l'impact de cette opération, et si une évolution favorable est observée, l'expérience pourra être étendue au territoire national.

A la suite de cette première analyse, la SFC a décidé d'organiser une vaste campagne d'information et de sensibilisation à partir du printemps 2011 dans chacun des départements participants, d'une part, auprès des praticiens en charge de ces patients, les médecins généralistes, d'autre part auprès du grand public autour d'un message central : « Appeler le 15 ». On sait, en effet, qu'il faut d'emblée contacter le centre de régulation du SAMU et que le recours au médecin traitant ou au cardiologue de ville retarde la prise en charge. Selon l'étude FAST-MI, le taux de revascularisation est de 75% quand le SAMU intervient d'emblée, il chute à 47% lorsque le généraliste est contacté en premier lieu et à 41% si c'est le cardiologue. La campagne se matérialise



**Pr Martine Gilard**,  
cardiologue  
interventionnel  
au CHU de Brest

### Les étapes clés de la campagne

**2005 :** Etude FAST-MI 1

**Octobre 2010 :** Etude FAST-MI 2

**Novembre 2010 :** 1er registre « Stent For Life » dans 5 départements

**Mars 2011 :** Lancement de la Campagne « Infarctus, la course pour la vie »

**Novembre 2011 :** 2ème Registre « Stent For Life »



Annonce  
presse

Scannez ce code pour télécharger gratuitement l'application **iphone INFARCTUS**  
 « Un kit d'urgence pour savoir reconnaître les signes de l'infarctus du myocarde et adopter les bons réflexes ».

**Soutien institutionnel des laboratoires :** Abbott, Biosensors, Biotronik, Boston, Cordis, Hexacath, Lilly/Daiichi-Sankyo, Medtronic, Philips, Terumo, The Medecines Company.