

Annexe 3

**Exemple d'organisation de la prise en charge des AVC au sein d'une
filère : maillage territorial**

Exemple d'organisation de la prise en charge des AVC au sein d'une filière : maillage territorial

Pour chacun des établissements identifiés dans la filière AVC, le projet d'établissement détaille les moyens mis en œuvre, en particulier humains mais également techniques et capacitaires (éventuelle redistribution interne de moyens et de lits, identification des acteurs et notamment équipe médicale et paramédicale suivant les recommandations de bonne pratique, détermination de référents de site, ...), les objectifs à atteindre (qualitatifs et quantitatifs), l'ensemble s'intégrant dans un projet territorial et pouvant faire l'objet d'une contractualisation avec l'ARS *via* le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

La présentation ci-dessous est une aide à la décision pouvant servir de repère à une organisation régionale, mais doit être réévaluée et réadaptée régulièrement, par les ARS et le comité national de suivi.

I. Définition et fonctionnement d'une unité neurovasculaire

1. L'UNV est une unité fonctionnellement identifiée avec des lits de soins intensifs neuro-vasculaires et des lits d'hospitalisation « classique » dédiés.

Proposition schématique pour prendre en charge 500 AVC par an :

- 10% d'erreur diagnostique donc 550 admissions ;
- Soins intensifs : (taux de remplissage 90% pour pouvoir accepter les patients en continu, DMS 3jours maximum) $550 * 3 / 0.9 = 1485$ journées d'hospitalisation soit 5 lits de soins intensifs ;
- Les besoins estimés sont de 3 à 4 lits dédiés conventionnels pour 1 lit de SI et 4 lits de SSR (moitié neurologie, moitié polyvalents) pour 1 lit SI (Recommandation de la SFNV)

Pour accueillir 500 AVC par an il faut donc disposer de 20 lits minimum (5 SI, 15 HC) ayant des contrats de collaboration avec 20 lits de SSR (à répartir de manière équilibrée et surtout en fonction des besoins entre SSR de recours – neurologiques et gériatriques et SSR polyvalent (SSR neurologiques pour 50 % environ, SSR gériatrique et polyvalent pour 50 % environ ; cet exemple de répartition doit être suivi, évalué et reformulé, par exemple, au bout de deux ans).

2. L'UNV accueille les patients AVC 24h/24 et 7j/7
3. Les patients suspects d'AVC doivent bénéficier d'un accès prioritaire absolu 24h/24 et 7j/7 à l'imagerie cérébrale (IRM ou à défaut scanner). Il faut privilégier l'imagerie la plus rapide. En cas d'accessibilité possible au scanner et à l'IRM, l'IRM sera préférée en première intention.
 - a. Les établissements dotés d'UNV doivent bénéficier d'une IRM dédiée à toutes les urgences et ouverte 24h/24. Les établissements non siège d'UNV mais accueillant beaucoup d'urgences en sont dotés. Les établissements

organisent la permanence des soins radiologiques, en lien avec l'ARS si nécessaire, en faisant appel autant que de besoin aux radiologues libéraux¹.

- b. Des connexions multipoints sont mises en place pour la transmission d'images par télémedecine, pour permettre que l'examen soit consultable par les deux spécialistes. Le radiologue doit être dans le circuit de décision de thrombolyse, en consultant l'examen sur place ou depuis son astreinte à domicile (protocoles de prises en charge à définir entre les deux spécialités).
 - c. Par ailleurs il faut envisager d'emblée dans la construction du réseau de télémedecine la possibilité du recours au neuroradiologue, pour des interprétations difficiles (cf. point sur le centre régional de recours).
4. Le personnel de l'UNV (cf. recommandations de la SFNV) est autant que faire se peut, dédié, stable. Il est formé, encadré par un cadre soignant au mieux titulaire du DIU paramédical Neurovasculaire. Les compétences en kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, psychologie, en assistante sociale sont disponibles autant que de besoin pour un bilan et une prise en charge précoce de chaque patient.
 5. L'équipe de l'UNV contractualise avec les différents plateaux techniques partenaires les accès aux explorations nécessaires à la prise en charge des patients : Imagerie (IRM, scanner), cardiologique (ETT, ETO, Holter), vasculaire (Echo-doppler transcrânien).
 6. L'activité de thrombolyse 24/24 7j/7 est assurée par l'ensemble des médecins qui peuvent l'effectuer, assistés par le personnel paramédical. La procédure est écrite et détaille les rôles de chacun (médecin, IDE, AS). Tous les patients font l'objet d'un suivi spécifique et sont revus à 3 mois en consultation.
 7. Toute UNV a des lits de SI avec permanence médicale 24 sur 24 sur place. Les lits de SI peuvent être en neurologie si le médecin de garde est dans le service ou en USIC ou en réanimation et dans ce cas avec un neurologue ou titulaire du DIU d'astreinte.
 8. La procédure d'accès à la chirurgie vasculaire, à la neurochirurgie et à la neuroradiologie interventionnelle est précisée.

Les UNV collaborent étroitement avec les établissements de santé des territoires impliqués dans la filière AVC, et l'ensemble des professionnels concernés.

Le médecin responsable d'une UNV est un maillon indispensable de la filière AVC sur son territoire :

- Il organise la permanence des soins (par téléphone et télémedecine) permettant d'assurer la prise en charge des patients dans l'UNV 24h/24 ;
- Il collabore avec les établissements habilités à thrombolyser sur site : rédaction et mise en œuvre de la procédure (identification des acteurs, des outils de validation de l'indication, du lieu de réalisation sécurisé et des modalités de transfert secondaire), formation des personnels, participation à l'EPP ;

¹ La réalité de terrain montre qu'assurer la permanence de soins en radiologie et notamment entre libéraux et service public n'est pas chose aisée et est un véritable frein à l'installation d'IRM supplémentaires. De fortes incitations, tant nationales que régionales, permettant d'aller au-delà de simples recommandations théoriques des instances représentant les radiologues, sont indispensables pour faire évoluer le dispositif.

- Il assiste autant que de besoin les établissements sièges d'une future UNV à l'élaboration et à la mise en œuvre de leur projet neurovasculaire et de ses étapes intermédiaires ;
- Il promeut des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) à l'échelle d'une ou plusieurs filières AVC ; ces RCP (dont les modalités de fonctionnement sont à fixer par les professionnels intéressés) pourraient servir à valider les obligations d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

II. Situations particulières

Les établissements non UNV, en cours d'organisation ou correspondant à des situations particulières, comme décrites dans le rapport, organisent des structures opérationnelles qui présentent certaines caractéristiques garantes *a priori* de la qualité de prise en charge :

- elles participent au maillage des territoires ;
- elles font partie de la filière AVC définie par l'ARS (et figurent à ce titre dans le répertoire opérationnel des ressources, avec la description de leurs spécificités) ;
- elles disposent d'une présence neurologique avec ou non DIU neurovasculaire (neurologues praticiens hospitaliers ou associés), et/ou d'un praticien hospitalier non neurologue mais titulaire du DIU neurovasculaire ;
- elles ont du personnel formé, qui peut être dédié ;
- les patients sont regroupés ;
- les liens sont très fortement établis avec l'UNV de la filière, par convention (appel direct vers le neurologue d'astreinte ou de garde, consultations avancées du neurologue de l'UNV, expertise neurovasculaire et télé transmission d'images) ;
- elles prennent en charge les patients recusés par l'UNV suite à l'expertise neurovasculaire, ou après la thrombolyse en UNV ;
- en cas de délai trop court pour le transfert d'un patient vers l'UNV pour thrombolyse, elles peuvent assurer la thrombolyse dans le cadre de l'expertise neurovasculaire.

III. Les protocoles de recours

1. pour le diagnostic :

- Télé-expertise neuroradiologique (cf. annexe 3) ;
- IRM 3T dans quelques cas rarissimes d'angiopathies, surtout du sujet jeune (hors urgence).

2. pour la thérapeutique :

- Neurochirurgie : craniectomies (volets décompressifs dans les accidents ischémiques œdémateux), dérivations, évacuation d'hématomes, traitement des complications de la thrombolyse : ce sont des urgences absolues, le circuit doit être identifié au niveau de la région ; traitement des anévrismes pour les accidents hémorragiques,... ;

- Radiologie interventionnelle : thrombectomie et thrombolyse intra-artérielle dans le cadre de protocoles (indication de thrombolyse hors AMM actuellement) ; traitement des anévrismes pour les accidents hémorragiques.
- 3. pour la recherche et l'enseignement :
 - Mise en place de protocoles de recherche clinique, mise en place des pratiques innovantes, transfert des résultats dans la pratique régionale.