

# Réglementation pour la création d'Unités Neuro-Vasculaires

K. Blanc-Lasserre, Valence

# L'AVC: un problème majeur de santé publique

- LES TRAITEMENTS VALIDÉS DANS L'AVC

- 1. L'Unité Neuro-vasculaire (UNV)

L'UNV, unité géographiquement définie et ayant un personnel spécialisé dans la prise en charge des patients AVC, permet

pour tous les malades, quel que soit l'âge, le type, la gravité de son AVC de

- réduire le risque de décès à 1 an (odds ratio (OR) = 0,82)
- réduire le taux de décès ou l'institutionnalisation (OR 0,80)
- réduire le taux de décès ou de dépendance (OR 0,78).

*Stroke Unit Trialists Collaboration pour la Collaboration Cochrane*

- 2. La thrombolyse

La thrombolyse IV à moins de 3 heures par le rt-PA est aujourd'hui le traitement recommandé de l'infarctus cérébral

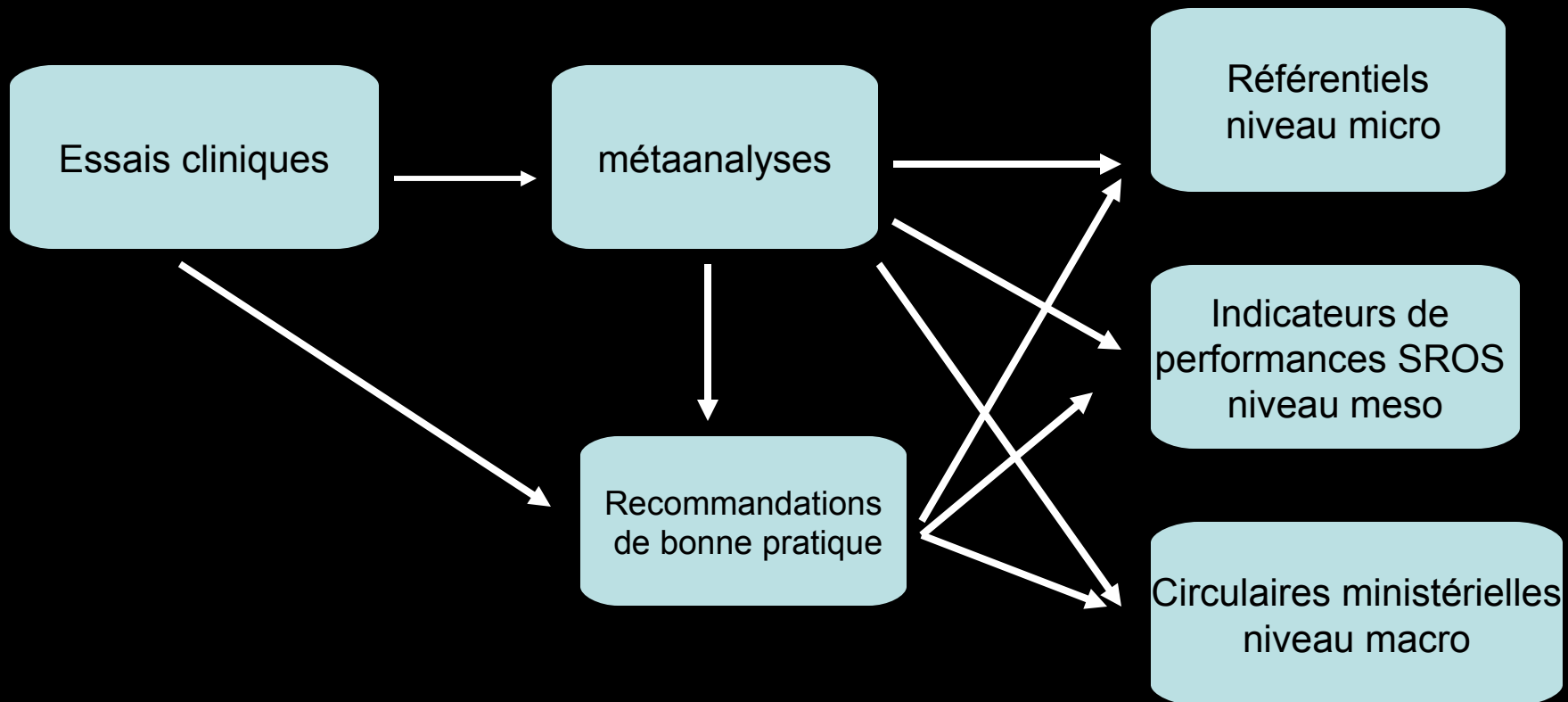
Le traitement permet d'éviter 140 « décès ou dépendance » pour 1000 patients traités

L'effet bénéfique de la thrombolyse est inversement corrélé au délai d'administration du traitement, d'où la formule : 'Time is Brain'.

Mais ce traitement comporte un risque d'hémorragies cérébrales souvent mortelles, ayant conduit à le limiter aux UNV et aux neurologues.

# La refondation d'une politique: 10 ans d'efforts

de la recherche clinique à une politique de santé



2001

# Les recommandations de la SFNV

- Missions des Unités de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires:
  - prendre en charge 24 heures sur 24 les AVC récents ;
  - confirmer en urgence le diagnostic
  - assurer la surveillance
  - assurer le traitement médical à la phase aiguë ;
  - débiter le bilan étiologique ;
  - prendre avis 24 heures sur 24 auprès d'autres praticiens ;
  - organiser le transfert des patients en urgence, si des traitements ne pouvant être effectués dans l'Unité de Soins Intensifs sont nécessaires
  - assurer la rééducation dès la phase aiguë ;
  - organiser le passage en Unités neuro-vasculaires, dès que l'état du patient le permet.

2001

# Les recommandations de la SFNV

- Missions des Unités Neuro-Vasculaires:
  - accueillir les AVC à la sortie de l'Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires ;
  - accueillir des AVC non récents pour bilan étiologique et traitement ;
  - adapter les traitements médicaux ;
  - poursuivre la rééducation ;
  - organiser le retour au domicile ou le transfert vers une unité de soins de suite.

2002

# Les recommandations de L'HAS

- 8 parties par 8 groupes de travail entre 2002 et 2006 sur la base d'une revue de la littérature scientifique et d'une synthèse de l'avis de professionnels
  - Stratégie diagnostique en imagerie
  - prise en charge médicale initiale
  - prise en charge paramédicale initiale
  - place des unités neuro-vasculaires
  - imagerie de l'accident vasculaire cérébral aigu
  - accident ischémique transitoire
  - Évaluation fonctionnelle de l'AVC et kinésithérapie
  - Retour au domicile des patients

2003

# 1ère circulaire ministérielle

DHOS/DGS/DGAS n°2003-517

- Structuration de l'unité neuro-vasculaire: ratio de 3 ou 4 lits subaigus pour 1 lit aigu
- Graduation des structures selon 3 niveaux:
  - Hospitalisation de proximité (scanner opérationnel 24h/24 et télé-médecine)
  - unité neuro-vasculaire (UNV) (astreinte médicale 24h/24 , IRM ou à défaut scanner)
  - unité neuro vasculaire de référence (UNVR) (permanence médicale 24h/24 , IRM obligatoire)
- Fixation du nombre de lits aigus (min 2) à partir du nombre d'AVC pris en charge par établissement (min 250 - 300 par an)

2003

# 1ère circulaire ministérielle

DHOS/DGS/DGAS n°2003-517

- Précise le rôle et fonctionnement des UNV:
  - ...préférentiellement se situer dans un service de neurologie...
  - ...disposer d'un plateau technique d'imagerie comportant une IRM accessible en priorité et en urgence ou à défaut, d'un scanner 24 h/24
  - ...développer les conditions rendant possible le recours à la thrombolyse, en particulier grâce à la télé médecine

2004

# Le SROS et le volet AVC

circulaire ministérielle DHOS/O/2004

- Le SROS devient le seul instrument de planification sanitaire
- La *carte* des unités de soins neuro-vasculaires ainsi dessinée a pour objectif de constituer un *maillage* cohérent du territoire national, assurant un égal accès aux soins spécialisés neuro-vasculaires pour l'ensemble de la population française

2004

# Le SROS et le volet AVC

circulaire ministérielle DHOS/O/2004

- L'espace territorial de l'organisation des soins:
  - les territoires de première proximité,
  - les territoires de proximité renforcée,
  - les territoires de plateau technique de recours,
  - le territoire régional.
- Des objectifs quantifiés sur les volumes d'activité et le nombre d'implantations

# 2007 3ème circulaire ministérielle

DHOS/O4/2007/108 du 22 mars

- Caractéristiques d'une UNV: unité dédiée avec:
  - accès à l'expertise neurologique 24 h/24 (de garde ou d'astreinte)
  - existence de lits de soins intensifs avec une permanence médicale et paramédicale
  - responsabilité d'un médecin neurologue ayant une compétence reconnue en pathologie neuro-vasculaire
  - 2 types de lits: lits de soins intensifs et lits dédiés
  - entrée directe
- Financement spécifique
  - sous forme de forfait payable en sus du GHM pour les lits de soins intensifs exigeant une permanence médicale.
- Autorisation dans les établissements recevant au moins 300 patients par an.

# La mise en place d'indicateurs de processus et de résultats

## 1- les travaux de l'HAS

### Référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles

- prise en charge hospitalière initiale des patients ayant fait un AVC : admission aux urgences
- prise en charge hospitalière initiale des patients ayant fait un AVC : admission directe en UNV ou USINV
- prise en charge paramédicale des AVC dans une unité de soins
- prise en charge fonctionnelle par un masso-kinésithérapeute

# La mise en place d'indicateurs de processus et de résultats

## 2- Le projet COMPAQH

(Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la Qualité Hospitalière)

- 1- proportion de patients atteints d'AVC ayant eu une imagerie cérébrale (IRM ou scanner) pendant l'hospitalisation ou en amont
- 2- délai de réalisation de l'imagerie après arrivée dans l'établissement
- 3- pourcentage de patients recevant de l'aspirine 160-300 mg dans un délai de 24 h après l'arrivée dans l'établissement
- 4- pourcentage de patients ayant reçu un traitement thrombolytique dans les 3 1ères heures ou ayant une contre-indication explicitée dans le dossier
- 5- pourcentage de patients déficitaires ayant une évaluation par un kinésithérapeute et/ou orthophoniste
- 6- délai médian entre entrée dans le service et évaluation par kinésithérapeute et/ou orthophoniste.

# La mise en place d'indicateurs de processus et de résultats

## 3- Indicateurs proposés dans le cadre de la circulaire de 2007

- **Indicateurs généraux**
- **Indicateurs d'offre de soins**
- **Indicateurs par établissement**
  - **Nombre de patients** présentant une pathologie neuro-vasculaire aiguë pris en charge dans l'établissement, dont nombre de patients pris en charge dans l'UNV (par type de pathologie) ;
  - **Nombre de thrombolyses** pour AVC, dont nombre de thrombolyses pour les patients pris en charge dans l'UNV ;
  - **Durées moyennes de séjour** en UNV et dans l'établissement, pour les patients présentant une pathologie neuro-vasculaire aiguë.
- **Indicateurs par patient**
  - Origine géographique ;
  - Nature de la pathologie présentée ;
  - Score NIH à l'admission, après 48h et à la sortie ;
  - Pratique d'une IRM (oui/non) ; si oui : IRM de première intention ou non ;
  - Durée de séjour ;
  - Mode de sortie et destination (au sens du PMSI).

# conclusions

- Chances pour les patients
- Volonté politique
- Logique d'amélioration de la qualité des soins

