



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé
et des sports

Impact attendus du plan national AVC

Etats généraux de l'AVC

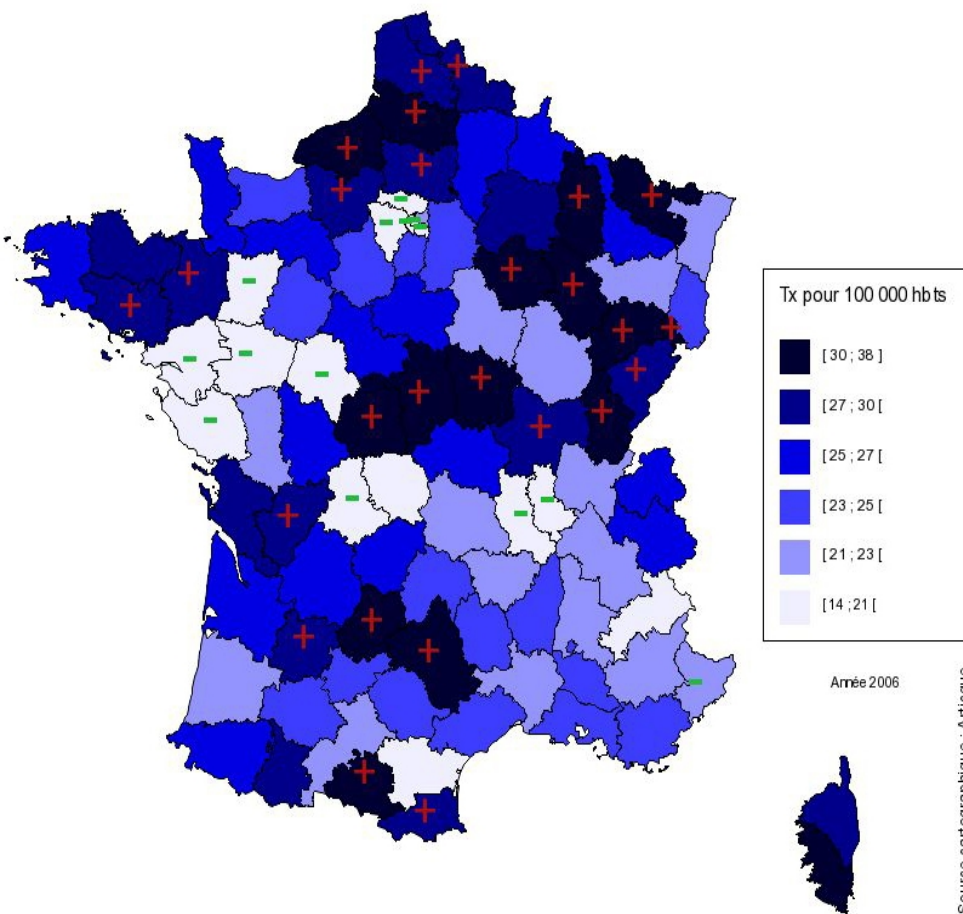
21 octobre 2010

Dr. Elisabeth Féry-lemonnier
conseillère générale des établissements de santé

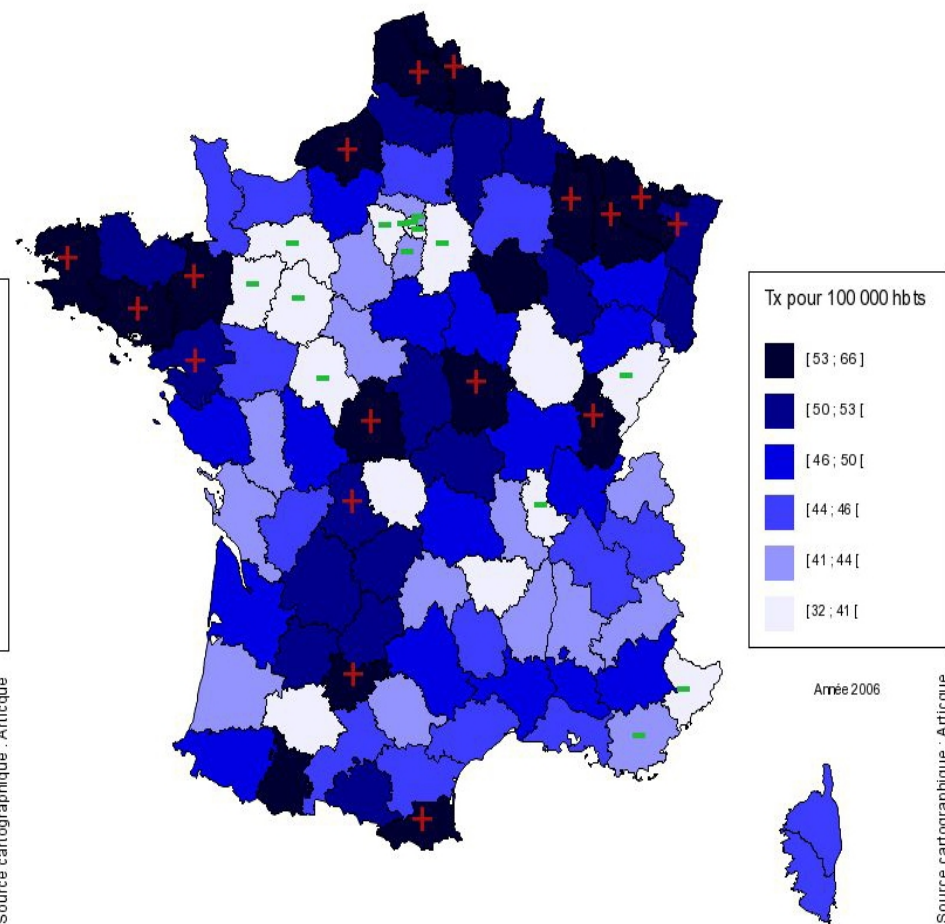
Etat des lieux (1)

- Prévalence 400 000, incidence 130 000
- 1ere cause de handicap acquis de l'adulte (225 000 ALD)
- 2eme cause de démence
- 3eme cause de mortalité en France (K, IDM), 2eme cause de mortalité monde à 15 ans (IDM)
- 25% chez les <65 ans
- risque de récurrence important (30 à 40% à 5 ans)

Tx de décès par AVC
(source : PMSI)



Tx de décès par AVC
(source : Cepidc)



Etat des lieux (2)

- En France (MCO 2007) :
 - ✓ 143 000 séjours
 - AIT 23%, AVC constitués 77%
 - 94% en établissements publics
 - Age moyen 73 ans
 - 2% de l'ensemble des hospitalisations MCO
 - 141 établissements de CS (15%) ont une activité > 300 séjours par an (soit 66% des AVC)
 - 78% des établissements de CS accueillent moins de 200 séjours par an, soit 25% des AVC
- 4,5% des journées de SSR (25 000 patients), 15% des résidents en EHPAD (90 000 personnes), 5,5% en MAS-FAM-Foyer de vie

Etat des lieux (3)

- 50% des patients arrivent aux urgences dans des délais compatibles avec une thrombolyse mais **taux inchangé depuis 9 ans**
- thrombolyse peu pratiquée (1%)
- la régulation par le 15 diminue les délais de prise en charge mais **seult 50% des patients**
- 94% de scanner aux urgences (en 1,8 h) mais délais CHU>CH et seult **1% d 'IRM**

Etat des lieux (4)

- ✓ 20 % des AVC sont pris en charge dans des UNV (entre 8% et 35%)
-> Rhône Alpes 15%
- ✓ 46 % des AVC sont pris en charge dans des établissements ayant une UNV
- ✓ des patients lourds en SSR :
 - la moyenne des scores de dépendance physique est 50% plus élevée que celle de l'ensemble des patients
 - 54% de patients sont très dépendants (23% sur l'ensemble du SSR)

Etat des lieux (5)

L 'aval est bloquant :

- ✓ séjours >30jours en MCO : 6,2% des patients mais 27% des journées
- ✓ séjours >90 jours : 22% des patients mais 53% des journées
- ✓ Insuffisance surtout de lits « d'aval de l'aval »
- ✓ Manque de coordination hôpital-retour à domicile ou médico-social
- ✓ Articulation des maillons de la filière insuffisante

Etat des lieux (6)

L 'AVC est méconnu :

- ✓ seuls 30% des patients identifient la faiblesse brutale d 'un hémicorps comme un signe d 'AVC
- ✓ concept récent d'une prise en charge active (urgences /etiologie/rééducation) : publications scientifiques datent d 'une vingtaine d 'années

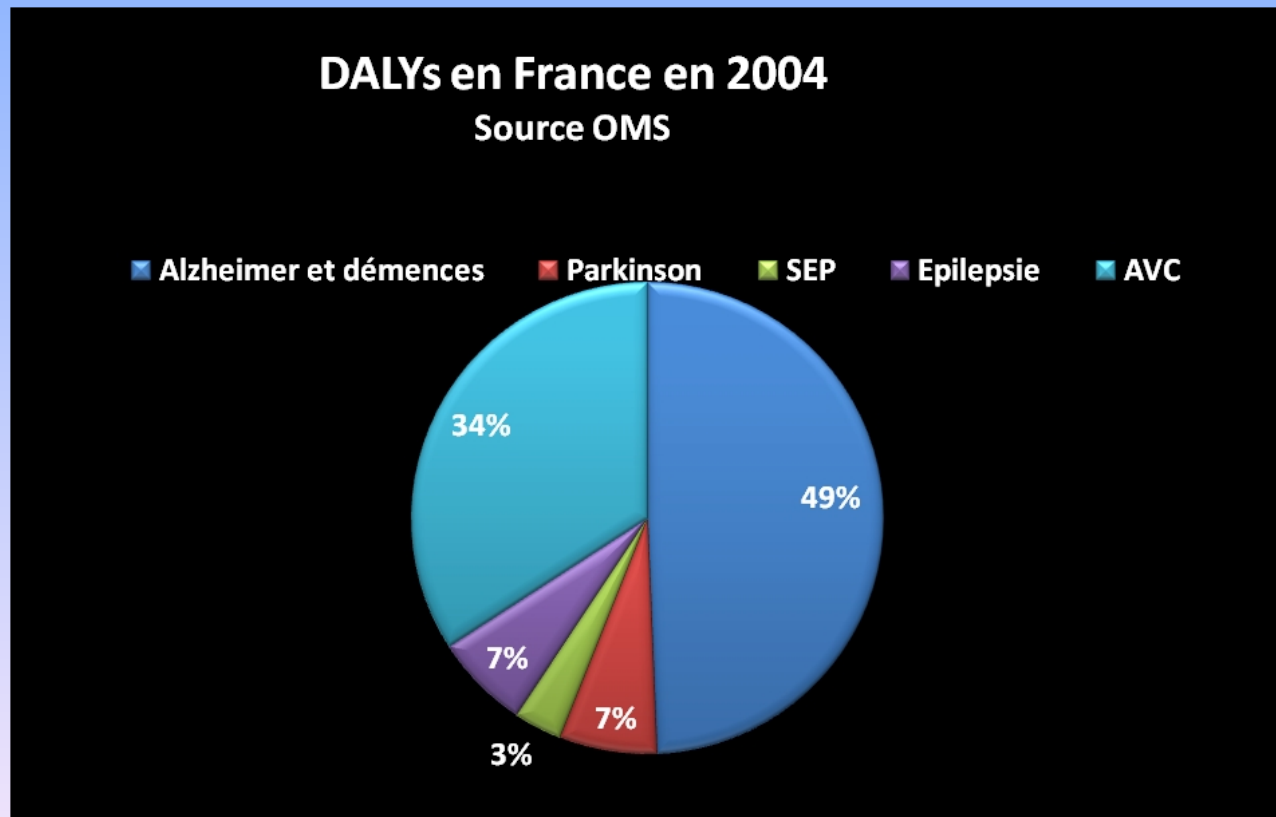
La démographie est préoccupante :

- ✓ MPR (-50% en 2030)
- ✓ répartition des radiologues, neurologues, paramédicaux

Etat des lieux (7)

La recherche est insuffisante au regard des enjeux

DALYs = mortalité et handicap maladies neurologiques

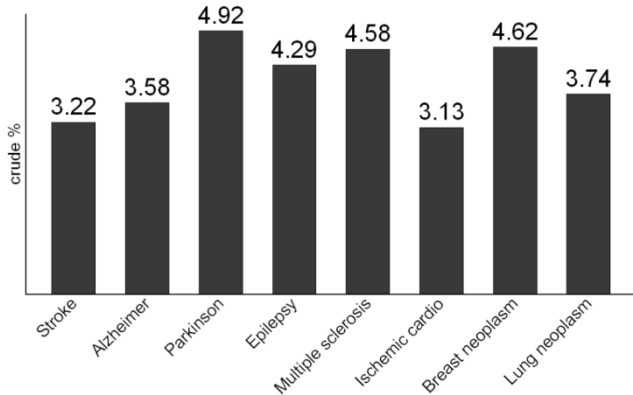


Les publications

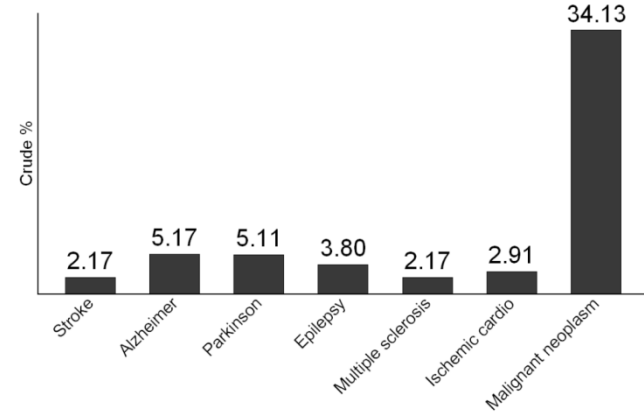
Recherche clinique

Recherche fondamentale

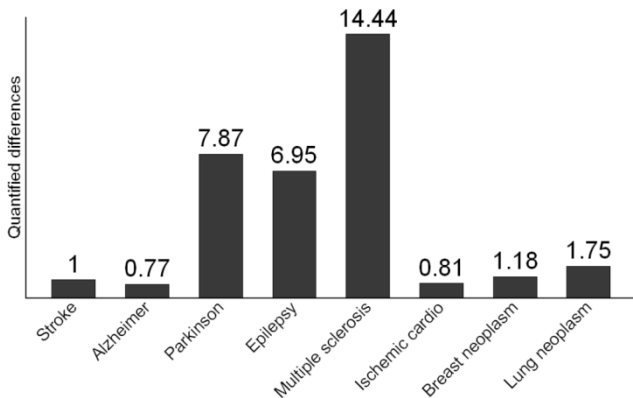
A. Crude % of SIGAPS publications



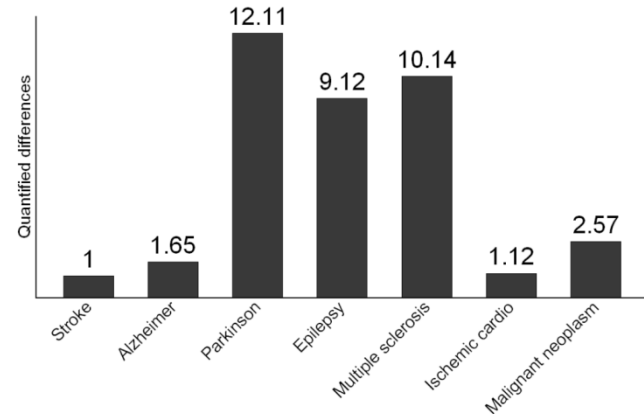
A. Crude % of INSERM publications



C. DALY's adjusted SIGAPS publications



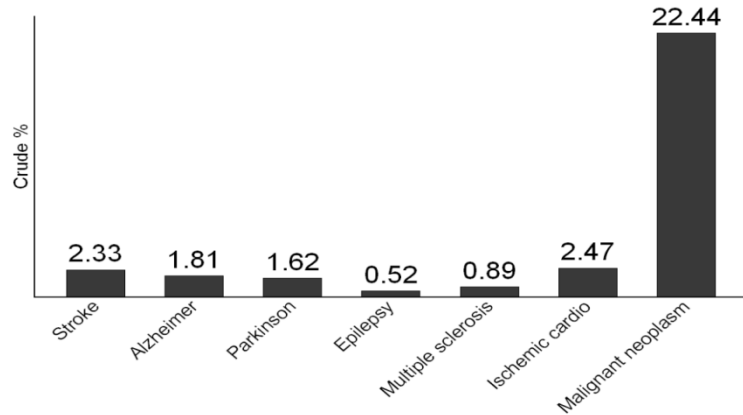
C. DALY's adjusted INSERM publications



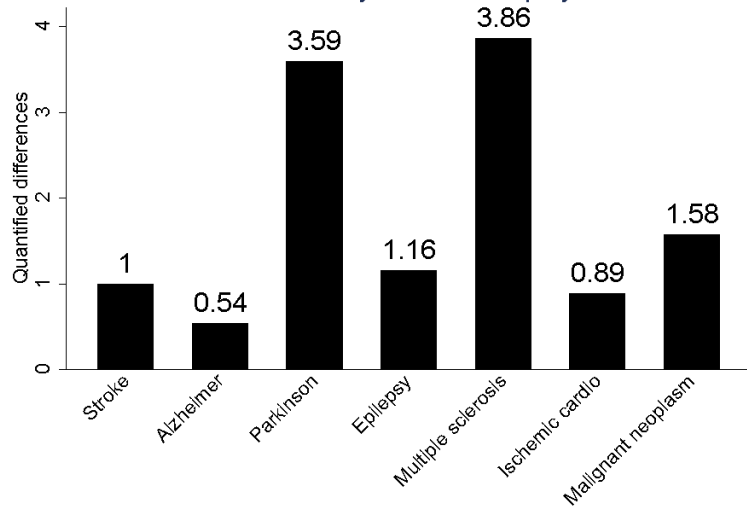
Les projets

Recherche clinique

A. Crude % of PHRC projects

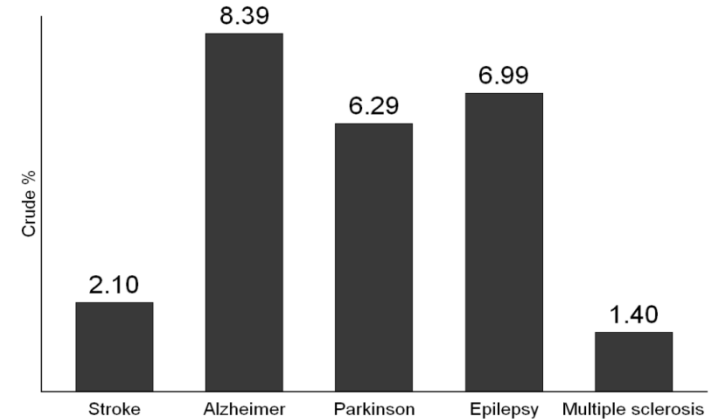


C. DALY's adjusted PHRC projects

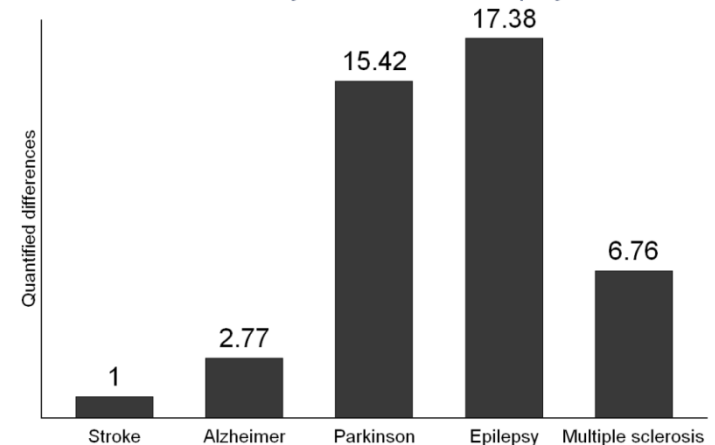


Recherche fondamentale

A. Crude % of ANR funded projects



C. DALY's adjusted ANR funded projects



Etat des lieux (8)

La littérature est connue, les recommandations sont abondantes

- ✓ phase pré-hospitalière la plus brève possible, gérée par un service organisé de réponse à l'urgence (--> info des prof. libéraux, formation des personnels)
- ✓ consensus sur une prise en charge initiale en UNV (mais organisation variable)
- ✓ consensus français récent sur le mode de sortie (et notion d 'early supported discharge)

Etat des lieux (9)

Des évolutions conceptuelles sont à prendre en compte

- ✓ la notion d 'équipe mobile soulève un intérêt croissant (Mulhouse : hop/libéraux/MS/ARH)
- ✓ les déficits mineurs justifient d 'une rééducation plus intensive
- ✓ les troubles de l 'humeur (dépression, tristesse, ...) sont des sequelles méconnues, invalidantes et curables
- ✓ place de la télémédecine dans l 'accès au traitement
- ✓ importance d 'une approche par filière, d 'une approche globale et d 'un pilotage politique

Etat des lieux (10)

Encadrement réglementaire :

Circulaires de 2003 et 2007

✓ 21 UNV en 2005

✓ 77 UNV en 2009

Ambiguïté sur l'encadrement réglementaire de la thrombolyse

Etat des lieux (11)

L 'AVC de l 'enfant :

- ✓ rare : 500 cas/an, 3000 en ALD
- ✓ prise en charge spécialisée
- ✓ structures non lisibles

Etat des lieux (12)

Les aspects médico-économiques :

- Prise en charge sanitaire : 6 milliards €
- PEC étab. médico-sociaux : 2, 4 MM € (30% de plus que alz, 350% de plus que parkinson)
- Alloc de compensation : nc
- IJ et pensions invalidité : 126 millions €

--> Soit au total 8,4 milliards d'euros

Au total

- Une priorité de santé publique sous-estimée
- qui souffre encore d 'une image de fatalité
- des intervenants très nombreux et différents, ce qui explique les difficultés d 'organisation
- un cas d 'école de la loi HPST et des ARS

Préalable aux propositions

- Autorisation de l'utilisation de l'actilyse® aux non neurologues titulaires du DIU neurovasculaire, aux praticiens en lien avec expertise neurovasculaire
- Admission à terme de tous patients dans une UNV, pour le moment dans une filière
- La fluidité de la filière passe par un gros travail sur « l'aval de l'aval » (*médico-social, retour à domicile*)
- Maintien des structures en place (*augmentation de capacités, mais surtout fluidité*)

Axe 1: améliorer la prévention et l'information de la population

- développer la prévention de l'accident vasculaire cérébral
 - ✓ Remplacer les termes « cardio-vasculaire » par « cardio-neuro-vasculaire ».
 - ✓ Par ex dans le programme pluriannuel de prévention cardio-vasculaire en direction des assurés sociaux
 - ✓ Programme national de lutte contre les fdr vasculaires, complémentaire du PNNS

Axe 1: améliorer la prévention et l'information de la population

- développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP)
 - ✓ chez les patients à risque pour renforcer la prévention de l'AVC
 - ✓ après l'AVC

Axe 1 : améliorer la prévention et l'information de la population

- Informer la population sur l'AVC, les signes d'alerte et la conduite à tenir
 - ✓ Concevoir et diffuser des campagnes radio-télévisées, internet et d'affichage sur la reconnaissance des signes de l'AVC et la conduite à tenir.
 - ✓ Former les collégiens et lycéens à la reconnaissance des premiers signes d'un AVC et à la conduite à tenir

Axe 1 : améliorer la prévention et l'information de la population

- Informer les patients et leurs aidants sur la vie après un AVC
 - ✓ Diffuser aux patients et à leurs aidants des brochures et documents d'information sur l'AVC
 - ✓ Informer les patients sur les dispositifs d'accompagnement des personnes atteintes de handicaps post AVC

Axe 2 : mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés

Tous les patients doivent être admis dans une filière territoriale coordonnée

- mailler les territoires par des filières : UNV, MCO, SSR, USLD, hop locaux, médico-sociaux, retour à domicile ;
 - > capacités d'accueil adaptées
 - > identifiées par l'ARS et dans le ROR
 - > temps de transport et proximité du domicile
- poursuivre la montée en charge de 87 à 140 UNV ; 4 type d'étab ; recours régional

Axe 2 : mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés

- Déployer la télémédecine
- identification / création de SSR
- organiser les relations ville/hôpital :
anticipation de la sortie, HAD de rééd-
réinsertion, éq mobiles (FIQCS et HPST),
articulation avec MDPH
- capacité de MAS et FAM pour les jeunes
- intra-hospitalier : circuit du patient pour accès
à l'imagerie, regrouper les patients
- animation de la filière

Structurer la filière AVC pour :

1 - améliorer l'accès aux soins

- meilleure lisibilité (patients et professionnels)
- meilleur accès depuis le domicile des patients
- meilleure fluidité (bon patient au bon endroit, interventions mutualisées, permanence des soins)
- télémédecine pour les avis spécialisés

2 - réduire les inégalités territoriales et sociales

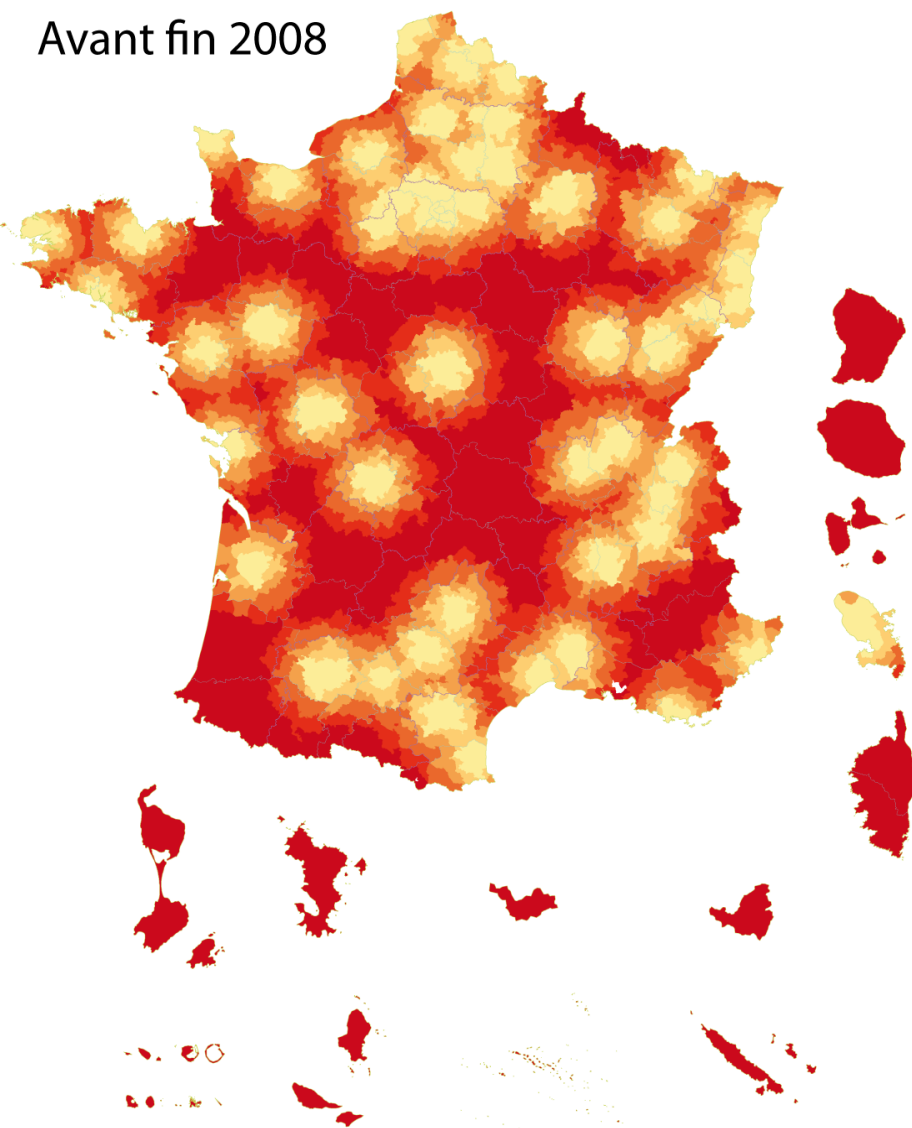
- meilleure homogénéité interrégionale
- accès aux avis spécialisés (centre de référence), concertation avec usagers

3 - améliorer qualité et efficience

- pratiques professionnelles
- Suivi des indicateurs, analyse des circuits des patients
- Formations, recherche
- Animation (nb intervenants, documents communs)

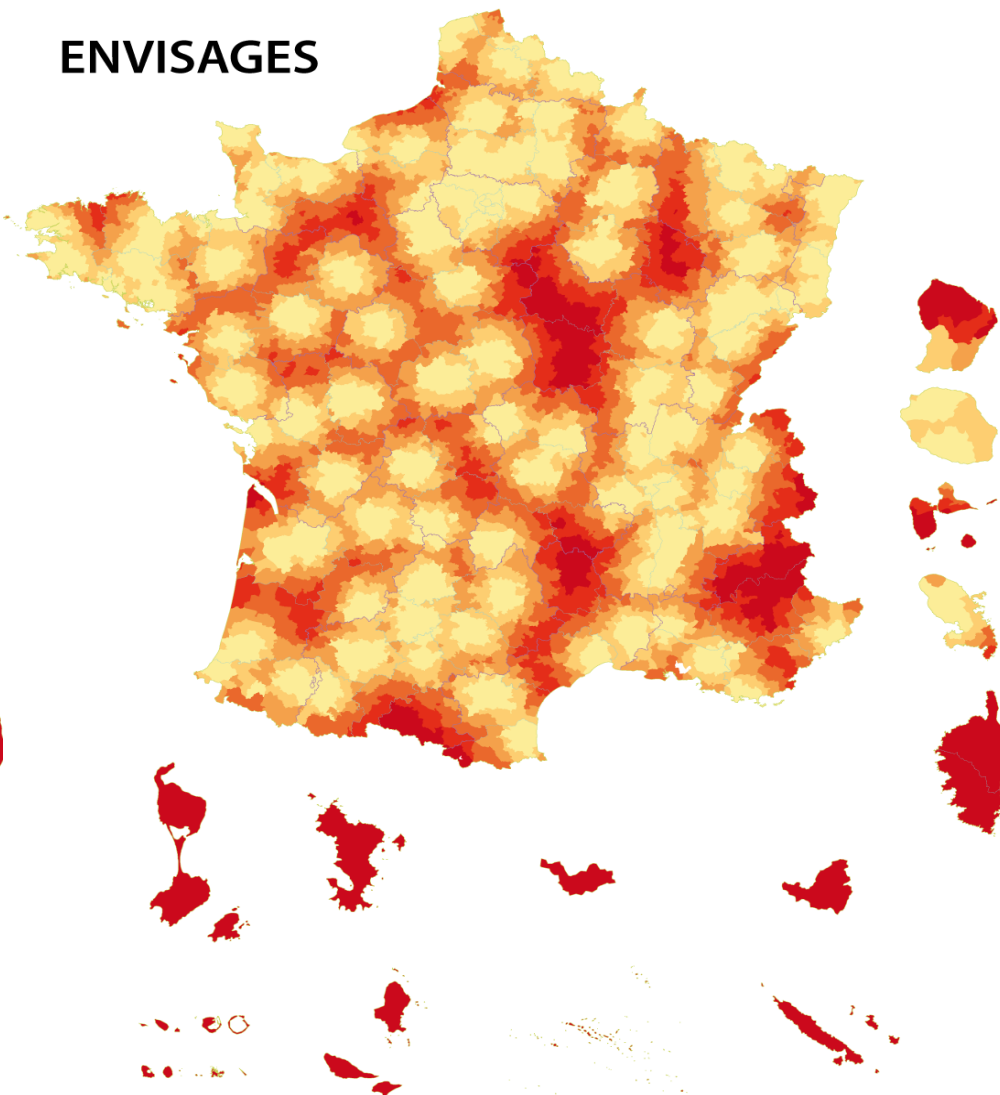
Accessibilité aux Unités Neuro-Vasculaires pour les AVC

Avant fin 2008



Accessibilité aux Unités Neuro-Vasculaires pour les AVC

ENVISAGES



Axe 2 : mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés

- Définir le contenu d'une consultation « bilan » post AVC et la mettre en œuvre
- Définir des règles de codage et d'extraction des données (PMSI MCO et SSR)
- Organiser la prise en charge des AVC de l'enfant

Axe 3 : veiller à la qualité globale de la prise en charge

- Développer les formations sur l'AVC
 - ✓ Définir un « module AVC » national à inclure dans différents enseignements médicaux, paramédicaux et sociaux.
 - ✓ Mener une réflexion sur la nature et la durée des formations en neurologie et les modalités de reconnaissance des compétences acquises dans la prise en charge des AVC.
 - ✓ Créer des modules de formation optionnelle ou continue destinés aux professions médicales et paramédicales.

Axe 3 : veiller à la qualité globale de la prise en charge

- poursuivre la réflexion éthique sur l'AVC
- développer plusieurs registres populationnels des AVC
- structurer la recherche sur l'AVC

Axe 4 : pilotage, suivi, évaluation du dispositif

- Priorité des plans stratégiques régionaux de santé (schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale)
- coordinateur identifié à l'ARS
- indicateurs
- équipe projet AVC ministère et comité de suivi du plan proche du 1er comité
 - ✓ animation du réseau des coordinateurs ARS
 - ✓ Évaluations régionales
 - ✓ suivi par les indicateurs