Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé et des Solidarités

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Sous direction de l'organisation du système de soins
Bureau des dispositifs nationaux et centralisés de l'offre de soins
Bureau O4

Personnes chargées du dossier :

Dr Louis Lebrun
Conseiller médical

Mme Josée Leroyer
Tél. : 01 40 56 53 65
Fax : 01 40 56 41 89
Mél : josee.leroyer@sante.gouv.fr

Le ministre de la santé et des solidarités

à

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation
(pour exécution et diffusion)

Mesdames et Messieurs les préfets de régions
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de départements
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
(pour information)

CIRCULAIRE N°DHOS/O4/2007/108 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral
Date d'application : immédiate
NOR : SANH0730171C (texte non paru au journal officiel)
Grille de classement : Etablissements de santé

Résumé : La présente circulaire complète la circulaire DHOS/DGS/DGAS n°517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) en clarifiant le rôle, les missions, l'organisation, le fonctionnement et le financement de l'unité neuro-vasculaire. L'UNV est le pivot essentiel, dans la filière régionale définie dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), de prise en charge globale des patients atteints d'AVC dès leur phase aiguë. Elle permet de rassembler, notamment dans le cadre de soins intensifs, l'ensemble des compétences médicales et paramédicales nécessaires à la mise en œuvre précoce du traitement et du projet de rééducation adaptés à chaque patient. Le financement des UNV se fait selon les principes de la tarification à l'activité, en particulier l'aide à la contractualisation. Le dispositif ainsi mis en place, qui concourt à la réalisation des objectifs de la loi relative à la politique de santé publique, doit faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation réguliers sous l'égide de la section du comité technique régional de lutte contre les maladies cardio-vasculaires (COTER) dédiée aux AVC.

Mots-clés : organisation des soins ; accident vasculaire cérébral (AVC) ; unité neuro-vasculaire (UNV) ; urgence ; soins intensifs ; tarification à l'activité (T2A – TAA) ; aide à la contractualisation (AC – MIGAC)
Textes de référence : Circulaire DHOS/DGS/DGAS n°517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. Circulaire DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (notamment la mesure 72 de son annexe). Décrets n^{os} 2006-576 et 2006-577 du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence.
Textes abrogés ou modifiés : néant
Annexes : Annexe 1 : Annexe de la circulaire DHOS/O1/2007/65 relative à la prise en charge des urgences, concernant le répertoire opérationnel des ressources. Annexe 2 : Codes descriptifs de l'hémiplégie et de l'aphasie récentes. Annexe 3 : Proposition d'indicateurs de suivi de l'activité et d'évaluation du dispositif.

L'accident vasculaire cérébral, qui touche 120 000 à 150 000 personnes en France chaque année (soit un AVC toutes les quatre minutes en moyenne), représente la troisième cause de décès et la première cause de handicap acquis de l'adulte dans les pays développés. Son poids croissant, lié au vieillissement de la population et aux facteurs de risque de cette pathologie, justifie la mise en œuvre d'une politique globale de prévention et de prise en charge structurée afin d'en diminuer l'incidence et la gravité.

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 (mesure 72) a fixé l'objectif de « réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux accidents vasculaires cérébraux. »

A ce titre, des campagnes régulières de formation et d'éducation du public et des médecins à l'urgence de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ont été et seront conduites. La Haute autorité de santé et les sociétés savantes concernées ont élaboré plusieurs référentiels, qui seront encore complétés.

La circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux a pour objet la mise en place d'une filière d'organisation des soins, laquelle prévoit notamment, par la création d'unités neuro-vasculaires (UNV), de structurer l'hospitalisation à la phase aiguë d'un AVC.

Les expériences internationales de mise en place d'unités spécialisées d'accueil en urgence des AVC ont en effet montré tout leur intérêt, tant pour le patient que pour la société. Les UNV contribuent fortement à la diminution de la mortalité et des séquelles liées à cette pathologie, en raison de la rapidité d'accès aux soins, de la disponibilité d'une expertise neurologique permettant un diagnostic fin, de la simultanéité de la prise en charge diagnostique et thérapeutique incluant notamment le début précoce de la rééducation qu'elles permettent.

Un premier bilan des dispositions prévues dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire publiés au 31 mars 2006 et des interrogations liées à la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) me conduisent à préciser certains des éléments de la circulaire du 3 novembre 2003.

Dès à présent, la prise en charge à la phase aiguë des patients atteints d'AVC semble pouvoir être améliorée, par un développement plus large d'unités neuro-vasculaires organisées, disposant en permanence de l'ensemble des moyens techniques et humains nécessaires à une prise en charge précoce et complète des malades, bien insérées dans la filière de soins régionale.

Cette nouvelle circulaire complète la précédente, en clarifiant certains points : elle énonce les principes qui doivent guider l'organisation et la structuration de l'hospitalisation à la phase aiguë dans les unités neuro-vasculaires et précise les modalités de financement de la phase hospitalière en UNV des AVC.

I. Définition et missions de l'unité neuro-vasculaire

L'unité neuro-vasculaire (UNV) assure en permanence, 24 heures sur 24, la prise en charge des patients présentant une pathologie neuro-vasculaire aiguë compliquée ou non d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire (AIT, infarctus cérébral ou hémorragie cérébrale), qui lui sont adressés notamment par le dispositif de régulation de la permanence des soins. Pôle d'expertise diagnostique et thérapeutique, elle permet d'effectuer un bilan diagnostique précis et précoce, en réalisant rapidement les investigations les plus appropriées ; d'assurer la surveillance de l'état neurologique et des constantes vitales des patients ; de débuter rapidement les traitements médicamenteux et de rééducation adéquats afin de limiter le handicap.

Insérée dans la filière régionale de prise en charge des patients atteints d'accident vasculaire cérébral (AVC) définie dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), l'UNV est un rouage essentiel à la prise en charge précoce et globale des patients. A cet égard, une organisation structurée des transports d'amont est indispensable, afin d'assurer à tous les patients, dans les meilleurs délais, une réelle accessibilité à des soins adaptés.

La composition et l'organisation de l'unité neuro-vasculaire visent à répondre efficacement, par des soins spécialisés adaptés et par la mobilisation immédiate de l'ensemble des intervenants, aux situations d'urgence médicale que représentent les AVC. C'est pourquoi elle comprend notamment des lits de soins intensifs. L'UNV permet d'assurer l'information et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage, de prévenir au mieux les complications secondaires et de mettre en place, le plus rapidement possible, le projet de rééducation et de réadaptation personnalisé de chaque patient. Elle assure ou participe à la formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux dans son domaine d'intervention, conduit ou participe à des actions de recherche et de prévention.

Par le vecteur de la télémédecine, elle remplit une mission d'expertise pour les structures extérieures qui font appel à elle.

Selon les principes qui ont guidé la refonte de l'activité de médecine d'urgence, il n'est plus fait de distinction entre UNV et UNVR comme le prévoyait la circulaire du 3 novembre 2003. L'unité neuro-vasculaire est capable d'accueillir en permanence les patients atteints ou suspects d'AVC et de leur prodiguer l'ensemble des investigations et traitements immédiatement nécessaires, sous la responsabilité d'un médecin neurologue présent ou accessible à tout moment. A noter que les structures ne répondant pas aux critères techniques et humains décrits dans la présente circulaire ne pourront être considérées comme des unités neuro-vasculaires.

II. Organisation

L'unité neuro-vasculaire regroupe des moyens d'hospitalisation adaptés et implique la présence d'une équipe formée à la prise en charge des AVC, aux missions bien définies et coordonnées.

C'est une unité fonctionnellement individualisée, placée sous la responsabilité d'un médecin neurologue à la formation et l'expérience en pathologie neuro-vasculaire reconnues, par exemple par la possession du DIU de pathologie neuro-vasculaire ou la validation des acquis de l'expérience par le Conseil National Pédagogique du DIU de pathologie neuro-vasculaire(1).

Elle assure la prise en charge, à la phase initiale de leur maladie, d'au moins trois cents patients par an, sans discrimination d'âge, de gravité ou de nature (accident ischémique ou hémorragique). La mobilisation rapide et intense de l'ensemble des compétences médicales et paramédicales doit ainsi permettre des séjours de courte durée en UNV, relayée par les structures d'aval adaptées.

L'organisation des ressources humaines et matérielles nécessaires au fonctionnement efficient de l'UNV doit être en adéquation avec le nombre de patients qu'elle prend en charge, notamment en urgence, et leurs besoins de soins. Le regroupement des compétences et la mutualisation des moyens sont à

rechercher, afin d'assurer en permanence une prise en charge de qualité adaptée aux besoins des malades, depuis l'appel en urgence jusqu'à la sortie du patient. Il peut être fait appel, en tant que de besoin, à des intervenants extérieurs à l'établissement au sein duquel est implantée l'UNV.

L'UNV est un plateau technique spécialisé au sens de l'article R.6123-32-1 du code de la santé publique(2), ayant passé convention avec une ou plusieurs structures des urgences, accueillant 24 heures sur 24, directement dans la mesure du possible, les patients qui relèvent de ses missions.

L'UNV doit faire partie du pôle ou de la structure médicale prenant en charge les pathologies neurologiques. Afin d'optimiser la qualité des soins et l'utilisation des ressources hospitalières, l'organisation interne de l'établissement doit éviter, autant que possible, de fractionner la prise en charge des AVC en court séjour entre plusieurs structures ou pôles médicaux ou médico-techniques.

Les modalités du recours au plateau technique, à l'intervention et à l'expertise des médecins spécialistes – notamment les neuroradiologues et les neurochirurgiens – et des personnels paramédicaux impliqués dans la prise en charge des AVC, au sein et en dehors de l'établissement, sont formalisées dans un protocole ou une convention. Ce document doit être validé et cosigné par l'ensemble des acteurs concernés. En particulier, le recours de principe en permanence, 24h/24, tous les jours de l'année, à l'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM) ou, à défaut, à la tomodensitométrie, doit être organisé.

III. Fonctionnement

III.1. Des moyens d'hospitalisation adaptés

Une UNV dispose de deux catégories de lits, regroupés autant que possible géographiquement :

- les lits de soins intensifs(3) : ils permettent d'assurer dès la phase initiale de la prise en charge, pour les patients qui le nécessitent(4), l'administration des traitements d'urgence (et en particulier la thrombolyse), la surveillance médicale et infirmière rapprochée, le maintien des constantes vitales et le début de la rééducation.
- des lits dédiés aux AVC : ils permettent d'assurer non seulement la prise en charge immédiate des autres patients, en particulier leur surveillance, mais aussi les suites thérapeutiques après passage dans les lits de soins intensifs, et la mise en route ou la poursuite du projet médico-social adapté à chaque patient.

III.2. Une équipe formée

La caractéristique de l'UNV est de réunir des médecins et des personnels paramédicaux de plusieurs spécialités, expérimentés, formés à la prise en charge spécifique des AVC et travaillant en coordination.

Cette équipe pluridisciplinaire doit être en nombre suffisant pour prendre en charge 24h/24 tous les jours de l'année des patients atteints d'AVC. Un neurologue est en permanence sur place ou en astreinte à domicile pour assurer l'expertise nécessaire au contrôle de la prise en charge des patients admis dans l'UNV.

Le fonctionnement de l'UNV requiert la présence permanente de personnel infirmier et aide soignant ; l'intervention quotidienne de professionnels de kinésithérapie et d'orthophonie ; celle de psychologue, assistant social et ergothérapeute.

L'équipe de l'UNV peut être constituée de personnels exerçant à titre principal au sein de l'établissement ou en dehors de celui-ci ; les modalités de leur intervention sont formalisées dans un protocole ou une convention validé et cosigné par l'ensemble des acteurs concernés.

III.3. L'insertion dans une filière coordonnée

L'unité neuro-vasculaire a vocation à dispenser en urgence les soins les plus précoces possibles aux patients qui les nécessitent. Une intervention dans un délai bref, favorisée par une bonne coordination de l'ensemble des acteurs, est en effet un élément de pronostic favorable.

Après la phase pré-hospitalière, qui doit être la plus brève possible, l'UNV assure la prise en charge en hospitalisation de courte durée des patients présentant une pathologie vasculaire aiguë qui lui sont

adressés. Un relais rapide doit ensuite être pris, au sein ou en dehors de l'établissement d'accueil initial, afin de poursuivre les soins aigus puis de réadaptation adaptés à chaque patient. En particulier, un accès rapide à des lits de soins de suite et de réadaptation, disposant des moyens humains adéquats, est organisé. Le projet thérapeutique rédigé à l'admission en soins de suite et de réadaptation s'insère naturellement dans la continuité du projet de rééducation et de réadaptation personnalisé du patient élaboré dans l'UNV.

Les modalités de cette prise en charge globale des malades, correspondant aux référentiels de bonne pratique publiés par la Haute autorité en santé ou les sociétés savantes concernées, sont à formaliser entre les acteurs et structures impliqués.

La filière régionale de prise en charge des AVC, décrite dans le schéma d'organisation sanitaire, traduit ces principes. La régulation du flux des patients concernés permet ainsi un accès équitable à des soins de qualité adaptés à chaque malade.

Les modalités de participation de l'établissement à cette filière, et en particulier l'existence d'une UNV, son organisation, ses objectifs et ses moyens figurent au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre chaque établissement de santé et l'agence régionale de l'hospitalisation.

Pour mémoire, les informations utiles sur le fonctionnement de l'UNV, régulièrement actualisées, doivent figurer dans le répertoire opérationnel des ressources de la région, défini à l'article D.6124-25 du code de la santé publique, afin que l'ensemble des acteurs de l'urgence médicale puissent s'y référer et que l'accès des patients à l'UNV soit optimisé (cf. annexe).

En particulier, ce répertoire permettra de connaître la ou les UNV, à l'échelon régional, qui disposent (selon l'organisation définie par le SROS) d'un neurologue de garde sur place, auquel s'adresser autant que de besoin.

IV. Modalités de financement

Actuellement, dans le cadre de la tarification à l'activité, la rémunération des établissements concernant les séjours pour pathologie vasculaire aiguë est liée aux Groupes homogènes de malades (GHM) dans lesquels sont classés ces séjours. Le GHM est fonction des éléments cliniques présentés par chaque patient, codés dans le résumé standardisé de séjour selon les règles en vigueur.

Comme pour tout passage dans une unité de soins intensifs lorsque la situation médicale du patient le justifie, chaque journée dans un lit de soins intensifs de l'unité neurovasculaire définie au CPOM donnera lieu au versement du supplément « soins intensifs » (STF) défini par l'arrêté du 5 mars 2006 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation.

En outre, la création d'une UNV, figurant au contrat passé entre l'établissement de santé et l'agence régionale de l'hospitalisation, peut donner lieu à un financement spécifique en tant qu'aide à la contractualisation, dans le cadre de la dotation AC régionale. Cette dotation, non pérenne, vient en complément des moyens dégagés par l'établissement pour développer cette activité. Elle a pour objectif premier d'assurer la mise en place d'une UNV dont les frais de fonctionnement ne seraient pas, d'emblée, couverts par les recettes générées. Elle vise aussi à permettre le maillage territorial en UNV nécessaire pour assurer, conformément au SROS, une équité dans l'accès aux soins à l'ensemble la population.

Les critères de constitution des UNV et d'utilisation de l'enveloppe financière régionale sont définis par l'ARH, selon les principes de transparence rappelés dans la circulaire du 21 février 2007 relative à la campagne tarifaire 2007 des établissements de santé.

Les évolutions de la classification en GHM et des modalités de financement des activités de soins de court séjour conduiront naturellement à faire évoluer le dispositif actuel. Dès à présent, il est recommandé d'utiliser les codes diagnostiques précisant le degré d'hémiplégie ou d'aphasie éventuelle créés par l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui figurent pour mémoire en annexe 2.

V. Suivi et évaluation

Le dispositif ainsi mis en place doit faire l'objet, à l'échelon régional, d'un suivi et d'une évaluation périodiques, sous l'égide de la section du comité technique régional de lutte contre les maladies cardio-

vasculaires (COTER) dédiée aux AVC, de l'instance collégiale régionale des urgences ou de la structure *ad hoc* mise en place par l'agence régionale de l'hospitalisation.

Le but du suivi et de l'évaluation est de vérifier que l'UNV répond aux priorités régionales et aux objectifs d'organisation de l'offre de soins traduits dans le SROS. Ce qui relève des référentiels de bonne pratique, de la certification des établissements ou de l'accréditation des professionnels en est exclu.

Les éléments recueillis à cette fin (cf. annexe) doivent permettre de connaître, parmi les patients atteints d'une pathologie vasculaire aiguë adressés à l'établissement, le nombre et la proportion de ceux qui sont pris en charge au sein de l'UNV et l'évolution de leur état de santé ; la nature des pathologies présentées ; certains éléments caractéristiques de leur prise en charge ; les durées de séjour et les destinations des patients.

Ils seront mis en parallèle avec les données de morbidité et de mortalité régionales, et participeront à l'évaluation de la politique mise en œuvre dans le cadre de la mesure 72 de l'annexe de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui vise à réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC.

Le suivi annuel d'une UNV est intégré à celui du CPOM de l'établissement.

Les agences régionales de l'hospitalisation renseigneront annuellement un tableau de bord relatif à la création des UNV. Le fonctionnement de la filière régionale de prise en charge des AVC fera l'objet d'un suivi annuel dans le cadre du dialogue de gestion entre les ARH et le ministère.

Je vous remercie de bien vouloir assurer la plus large diffusion possible de cette circulaire et de ses annexes aux établissements de santé et aux organisations professionnelles concernées.

Je vous saurais gré de bien vouloir me tenir informé de toute difficulté rencontrée dans l'application des dispositions de la présente circulaire, en prenant l'attache du bureau O4 de la sous direction de l'organisation du système de soins, au sein de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

le ministre de la santé et des solidarités

Xavier BERTRAND

---

(1) - En effet, l'indication que seul un « médecin spécialiste en neurologie » pouvait administrer l'altéplase (Actilyse®, seul traitement fibrinolytique de l'AVC ischémique à la phase aiguë autorisé), énoncée dans l'AMM de janvier 2003 de ce médicament, a été confirmée postérieurement à la circulaire du 3 novembre 2003 par les avis des groupes de travail et de la commission d'autorisation de mise sur le marché des médicaments de l'AFSSAPS. De ce fait, sans évolution de ces éléments, la responsabilité d'une UNV ne peut actuellement pas être confiée à un médecin non neurologue.

(2) Inséré par le décret 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.

(3) Leur localisation, notamment au regard des autres lits de soins intensifs de l'établissement, est à définir en fonction de la taille de l'UNV et des principes généraux d'organisation définis par l'établissement.

(4) Selon les termes de l'article D.6124-104 du code de la santé publique, « les soins intensifs sont pratiqués dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance. »

Annexe 1

Le répertoire opérationnel des ressources

(annexe 2 de la circulaire DHOS/O1/2007/65 relative à la prise en charge des urgences)

Afin d'optimiser le fonctionnement du réseau ainsi décrit, un **répertoire opérationnel des ressources**, prévu à l'article D. 6124-25 doit être mis en place. Il est destiné à tous les professionnels de l'urgence et en particulier aux SAMU, qui doivent pouvoir orienter les patients selon les motifs de recours vers l'établissement le plus adapté à leur prise en charge. Il a vocation à s'inscrire dans un cadre régional, voire interrégional pour certaines spécialités et pour les patients frontaliers. Aussi, le répertoire opérationnel des ressources sera transmis par l'ARH aux régions limitrophes.
Le répertoire opérationnel des ressources pourra également être transmis aux médecins libéraux et à l'ensemble des établissements participants aux réseaux des urgences.

Informations contenues dans le répertoire opérationnel des ressources

Sont mises à disposition des professionnels de l'urgence des **informations actualisées et fiables** sur les plateaux techniques présents sur le territoire :
- les spécialités au sein de chaque établissement
- les fonctionnalités techniques, comme par exemple les équipements d'imagerie,
- les modalités d'accès au plateau technique ou aux services d'hospitalisation, via les structures
- des urgences ou en accès direct dans les services compétents,
- les horaires de fonctionnement,
- les modalités de présence des médecins, en garde ou en astreinte,
- les capacités d'hospitalisation,

et toute autre information jugée pertinente.

Modalités de constitution du répertoire opérationnel des ressources

Le répertoire opérationnel des ressources est élaboré à partir des informations transmises formellement par les établissements concernant leurs activités et leur fonctionnement. Ces informations sont cohérentes avec les autorisations délivrées par l'ARH et les engagements en matière d'urgence et de permanence des soins définis dans le CPOM des établissements. L'ensemble des données transmises sont validées par l'ARH.

L'engagement de chaque établissement du réseau à participer au répertoire et à tenir à jour les informations sera mentionné dans leur CPOM.

Mise en œuvre et modalités de mise à jour :

Le répertoire opérationnel des ressources devra être opérationnel dans un délai de **deux ans** suivant la notification des autorisations, comme prévu dans l'article 6 du décret n°2006-576, **soit au plus tard le 31 mars 2009.**

C'est un outil **informatisé et partagé** qui doit être opérationnel, simple et fiable. Il est conçu par les professionnels, et actualisé par l'ensemble des acteurs impliqués. Sa gestion, sa coordination et sa mise à jour sont confiées à un acteur identifié, sous l'égide de l'ARH, en lien avec les SAMU.

L'outil pourra en outre être conçu selon **une logique progressive** afin de pouvoir intégrer de nouvelles fonctionnalités au fur et à mesure. Il convient par exemple d'envisager, à terme, l'intégration de données relatives aux disponibilités en lits. De même, d'autres informations pourront être progressivement intégrées, notamment en termes de cartographie, de nombre d'acteurs comme par exemple les médecins libéraux dans le cadre de la Permanence Des Soins, les transporteurs sanitaires privés, les structures de SSR et médico-sociales, ou de fonctionnalités techniques, telles que, par exemple, un portail Internet, une articulation avec les plates-formes ou avec les serveurs régionaux.

Annexe 2

Codes descriptifs de l'hémiplégie et de l'aphasie récentes

G81.00	Hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 heures
G81.01	Hémiplégie flasque récente, régressive dans les 24 heures
G81.08	Hémiplégie flasque, autre et sans précision
R47.00	Aphasie récente, persistant au-delà de 24 heures
R47.01	Aphasie récente, régressive dans les 24 heures
R47.02	Aphasie, autre et sans précision
R47.03	Dysphasie

Annexe 3

Proposition d'indicateurs de suivi et d'évaluation de l'organisation de la prise en charge des AVC dans les unités neuro-vasculaires

Le cadre défini ci-dessous a pour objectif d'apprécier l'organisation de la prise en charge des patients présentant une pathologie vasculaire aiguë, au sein des unités neuro-vasculaires, et non d'évaluer les pratiques médicales ou la qualité des soins dispensés. Chaque agence régionale de l'hospitalisation, en concertation avec les professionnels concernés, peut compléter les indicateurs proposés en fonction d'objectifs spécifiques supplémentaires qu'elle définirait.

Certaines données sont d'ores et déjà produites par les dispositifs de mesure de l'activité hospitalière existants : PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), SAE (statistique annuelle des établissements de santé). D'autres proviennent de sources externes aisément accessibles (données de population produites par l'INSEE). Enfin, il conviendra que chaque établissement recueille et collige des données par patient, par exemple dans le cadre d'une « fiche patient » qui comprendra les éléments nécessaires.

Nota : les indicateurs proposés ci-dessous feront l'objet d'une fiche technique les décrivant précisément (objectif spécifique visé par leur mesure, source, mode de calcul) qui sera diffusée ultérieurement.

I. Indicateurs généraux

I.1. Indicateurs populationnels

- Population régionale par tranches d'âge
- Taux d'incidence des AVC : à l'échelon de la région, et par territoire de santé
- Taux d'AVC par tranches d'âge

I.2. Indicateurs d'offre de soins

- Nombre et implantation des UNV (faire une carte)
- Par établissement concerné : IRM sur place ou par convention

II. 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

III. 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).