

FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS VICTIMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

En France, l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est :

- la 1^{ère} cause de handicap acquis de l'adulte ;
- la 2^{ème} cause de démence après la maladie d'Alzheimer ;
- la 3^{ème} cause de mortalité (1^{ère} cause de mortalité chez la femme).

L'AVC est responsable de séquelles qui affectent la qualité de vie des patients. Suite à un AVC, le patient peut garder des séquelles psychomotrices importantes allant jusqu'à une perte d'autonomie. Un patient sur 2 restera handicapé à vie.

L'AVC est un enjeu majeur de santé publique, tant par le nombre de personnes atteintes, en constante augmentation compte tenu du vieillissement de la population, que par ses conséquences médicales, sociales et économiques. La région Occitanie est particulièrement concernée en raison de son fort dynamisme démographique, une augmentation de plus de 20 % de la population est prévue d'ici 2040. Cette augmentation prévisionnelle rend encore plus prégnant le phénomène de vieillissement de sa population puisqu'en 2040, 28 % des habitants devraient être âgés de 65 ans ou plus (contre 20 % en métropole).

En 2015, dans la région Occitanie, plus de 16 000 personnes ont été hospitalisées pour accident vasculaire cérébral (y compris accident ischémique transitoire) (Source : PMSI MCO). Chaque jour, 39 occitans sont victimes d'un AVC/Accident Ischémique Transitoire (AIT), 4 décèdent en phase aigüe et 5 ont entre 40 et 60 ans.

Des traitements efficaces existent. Ils doivent être mis en œuvre le plus rapidement possible dans les 4h30 après le début des symptômes, car leur efficacité est inversement corrélée aux délais de réalisation. Les Unités Neuro-Vasculaires (UNV) sont les structures de prise en charge spécialisées et dédiées aux AVC. Plus la prise en charge est rapide, moins les séquelles sont importantes : un diagnostic précoce et une prise en charge rapide permettent de réduire la mortalité de 30 % et limitent la gravité des lésions.

Les premières heures sont donc cruciales, c'est pourquoi la prise en charge de l'AVC repose sur une organisation graduée et structurée des soins non programmés tant en ambulatoire qu'en établissement. En phase aigüe, l'ensemble des opérateurs de l'urgence sont impliqués et ont un rôle spécifique et déterminant à jouer.

En amont, la prise en charge de l'AVC dépend d'une bonne connaissance par la population et les médecins libéraux des signes de l'AVC et de la notion d'urgence absolue, conditionnée à un appel immédiat au 15.

L'enjeu principal est que la prise en charge des AVC réponde en H24 et 7j/7 à des critères de qualité et de sécurité en tout point de la région et tout au long de la chaîne des intervenants qui relèvent d'une grande multidisciplinarité.

Il nécessite de structurer une organisation des filières de prise en charge de ces personnes en renforçant la coordination ville/hôpital et la promotion de la prise en charge pluri professionnelle de proximité dans une logique de parcours du patient.

En appui à cette structuration, les professionnels de santé et acteurs des filières doivent pouvoir bénéficier de données d'évaluation leur permettant de connaître les filières de prise en charge et d'évaluer leurs pratiques professionnelles. Pour exemple, le nombre de patients bénéficiant d'une thrombolyse ou d'une thrombectomie n'est pas connu pour la région Occitanie. Une des ambitions de cette filière est de rendre accessibles ces données d'activité via un observatoire dédié et partagé avec les professionnels.

FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS VICTIMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

LES ORIENTATIONS NATIONALES ET LEUR DÉCLINAISON RÉGIONALE

En 2010, le ministère de la Santé et des Sports a élaboré un plan national d'actions sur l'AVC sur 4 ans dont l'objectif principal était de «réduire la fréquence et la gravité des séquelles liées aux AVC», par la mise en œuvre d'une politique de qualité globale de la prise en charge, impliquant l'ensemble des acteurs.

Ce plan, déployé en région par les ARS, a notamment permis d'accroître le nombre d'UNV sur l'ensemble du territoire et ainsi d'augmenter le nombre de patients pris en charge au sein de ces structures. En Occitanie, 12 UNV étaient ouvertes à la publication du premier Projet Régional de Santé fin 2012. En 2017, le maillage est assuré avec 17 UNV sur la région dont 2 UNV régionales performantes et reconnues. Une politique de sensibilisation et de communication sur la connaissance des signes l'AVC et l'appel immédiat au 15 a également été menée auprès du grand public et des professionnels.

Le traitement de l'AVC ischémique à la phase aiguë repose sur la thrombolyse (dissolution du caillot) qui doit être mise en œuvre le plus rapidement possible et dans les 4h30 après le début des symptômes. La thrombectomie mécanique (extraction du caillot) s'est développée ces dernières années. Elle permet d'élargir les modalités de prise en charge et d'améliorer l'efficacité du traitement de l'AVC ischémique. Elle peut être réalisée seule ou en association avec la thrombolyse intra veineuse. L'augmentation du recours à cette technique est un des enjeux de demain pour améliorer la prise en charge de l'AVC en phase aiguë.

Après la phase aiguë de prise en charge de l'AVC, la phase de rééducation et de réadaptation est cruciale car elle vise à limiter les séquelles en gagnant le maximum d'autonomie et à améliorer la qualité de vie. La rééducation est initiée au moment de la prise en charge en UNV, dès que l'état du patient le permet, puis elle est poursuivie au sein de SSR spécialisés, voire si besoin, en ambulatoire ou à domicile.

Ainsi, un des axes du plan national portait sur la mise en place d'une consultation d'évaluation pluri professionnelle post AVC. Son objectif est que toute personne ayant été victime d'un AVC ou d'un accident ischémique transitoire (AIT) ait accès dans les 6 mois - au plus tard dans l'année suivant son accident - à une évaluation pluri-professionnelle dans des lieux identifiés et connus des professionnels. Le déploiement et le financement de ce dispositif sont en cours au sein des établissements de la région.

La déclinaison régionale des objectifs nationaux porte sur :

- la qualité et la sécurité des soins ;
- la lutte contre les inégalités territoriales ;
- l'amélioration du service rendu au patient par une organisation du parcours des soins urgents graduée ;
- l'amélioration de la collaboration entre tous les acteurs du parcours de soins : la ville, l'hôpital, le public, le privé, les établissements référents et les établissements de proximité, le système de santé et la sécurité civile ;
- le développement de l'utilisation d'outils communs communicants innovants notamment concernant la télémédecine et les systèmes d'information dans un objectif d'évaluation de parcours et de gestion de risque.

FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS VICTIMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

LES PRIORITÉS RETENUES POUR L'OCCITANIE DANS LE CADRE DU PRS

Etant donné le caractère d'urgence de la prise en charge en phase aiguë, les priorités relatives à la filière AVC sont déclinées au sein de la thématique transversale « Accessibilité à l'expertise et à la prise en charge pour les urgences vitales ».

Elles portent sur l'organisation de l'appui aux professionnels en charge de l'AVC dans un objectif d'améliorer l'orientation et la prise en charge en UNV des AVC/AIT et d'augmenter le recours en urgence à l'expertise neurologique et neuradiologique.

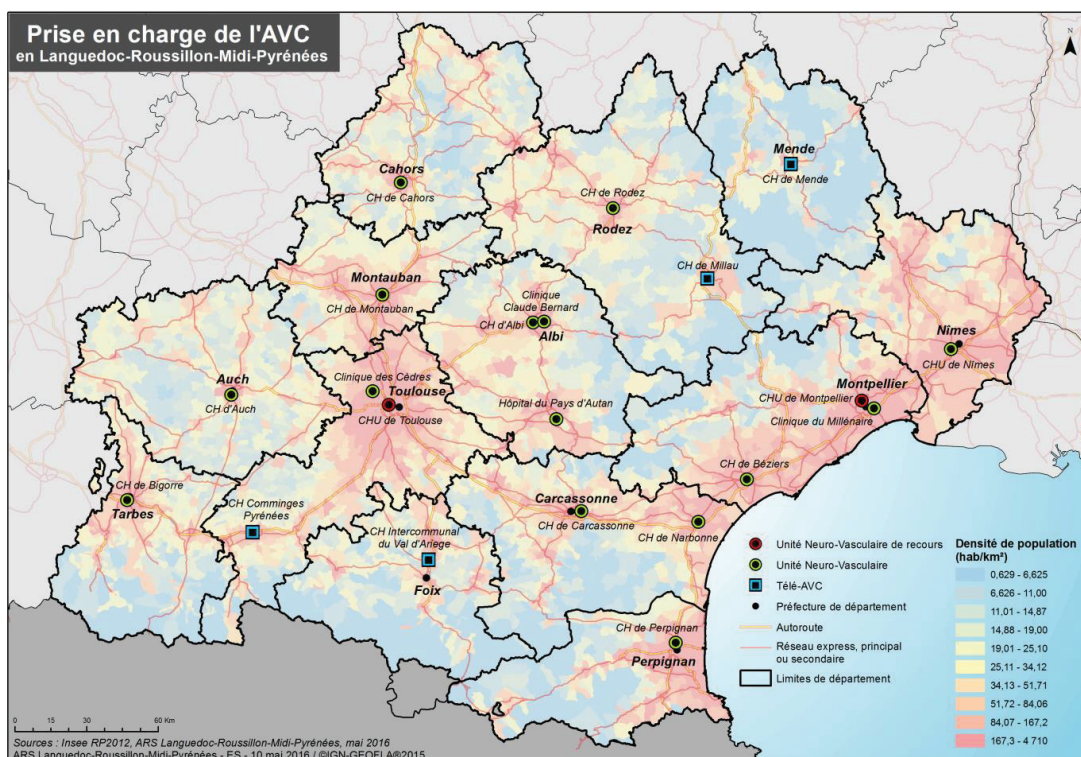
D'autre part, la promotion de la bonne prise en charge post AVC fait l'objet de deux projets relatifs à la consultation pluri-professionnelle et au diagnostic de la spasticité.

FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS VICTIMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

DIAGNOSTIC PROSPECTIF DES BESOINS ET DES RÉPONSES

En 2015, 54 % des AVC (hors AIT) ont été pris en charge au sein d'une UNV. On peut noter des avancées telles que :

- le maillage territorial, assuré avec 17 UNV sur la région dont 2 UNV régionales performantes et reconnues ;
- le déploiement du télé-AVC en faveur des sites « orphelins » (St-Gaudens, CHIVA, Mende, Millau) ;
- le déploiement de la télé expertise entre UNV pour le recours à la thrombectomie ;
- le déploiement de Via-trajectoire pour faciliter l'orientation en SSR ;
- l'amélioration de la rapidité d'accès à l'imagerie en coupe (ouverture de 5 IRM supplémentaires en région) ;
- la structuration des filières sur les territoires grâce aux animateurs (connaissance, partage scientifique).



On note cependant que des travaux restent à mener pour améliorer l'organisation de la filière :

- poursuite de l'organisation de la filière AVC pour le recours à l'expertise régionale (entre UNV territoriale et UNV de recours) ;
- communication sur l'appel au 15 ;
- prévention des facteurs de risque de l'AVC ;
- amélioration de la coordination entre les acteurs de la prise en charge, notamment entre les neurologues et les professionnels des soins de suite afin d'organiser la rééducation des patients précocement pour réduire les séquelles graves ;
- organisation de la prise en charge de l'AVC de l'enfant ;
- éducation thérapeutique des patients.