

## ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES



### L'AMBITION PORTÉE POUR LES 5 ANS À VENIR

L'organisation de la prise en charge des situations d'urgence se centre sur un enjeu essentiel qui vise à assurer à l'ensemble de la population des territoires de santé un accès à des soins urgents de qualité, réalisés dans des conditions optimales de sécurité.

Concernant les urgences vitales, il s'agit de garantir un accès permanent et rapide aux soins complexes requérant des équipes médico-chirurgicales et des plateaux techniques hautement spécialisés.

Pour porter cette politique, l'ambition de l'ARS est multiple :

- garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes sur l'ensemble de la région,
- garantir un accès aux soins urgents gradués adaptés à l'ensemble de la population en limitant les inégalités territoriales,
- améliorer le service rendu aux patients en garantissant la coordination de l'ensemble des acteurs intervenant dans le secours des personnes,
- améliorer en partenariat avec les forces de l'ordre et la sécurité civile les Dispositifs Prudentiels et Prévisionnels de Secours indispensables à toutes situations sanitaires exceptionnelles,
- améliorer les conditions d'exercice des médecins urgentistes,
- améliorer la traçabilité de l'activité liée aux urgences pour en faciliter l'observation et l'analyse en temps réel.

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) est synonyme d'urgence absolue, les traitements 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.

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.

Pour plus de détail sur l'ambition, le contexte national et le diagnostic prospectif de cette problématique, se reporter aux fiches relatives aux Urgences et la filière AVC.

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

- Coordonner les moyens pour apporter la réponse adaptée dans la prise en charge des urgences vitales
- Organiser l'appui aux professionnels en charge de l'AVC
- Promouvoir la prise en charge post AVC

## ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

### COORDONNER LES MOYENS POUR APPORTER LA RÉPONSE ADAPTÉE DANS LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES VITALES

#### DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

Les caractéristiques de la région (étendue, géographie), le développement des activités touristiques (notamment en zones montagneuses ou côtières), l'augmentation des besoins de transferts secondaires médicalisés entre établissements de soins généraux prises en charge spécifiques en urgence de patients, dont l'état de santé nécessite une réduction des temps d'intervention et de transport.

L'engorgement des urgences face à la demande de soins non programmés est source de difficultés déléguées pour la prise en charge des urgences vitales.

Les Centres 15 sont au point de jonction de l'ensemble des intervenants de l'urgence (médecins de la PDSA, SDIS, TSP, MCS...\*) et orientent les patients vers les filières adéquates en utilisant les moyens adaptés.

Dans un contexte démographique défavorable, en vue d'une meilleure utilisation des moyens existants, le développement de coopérations entre les différents intervenants doit permettre une meilleure coordination des moyens (terrestres et hélicoptères) pour apporter une réponse structurée, sécuritaire et de qualité pour la prise en charge et le transport des urgences graves. Cette réponse doit notamment intégrer la notion de réseaux spécialisés (périnatalité, polytraumatisés...).

Dans les structures d'urgence, notamment à forte activité, l'identification de filières spécifiques (circuit court urgences vitales) organisées avec les compétences médicales adéquates, garantit une prise en charge de qualité.

Les résultats attendus :

- Amélioration de la régulation médicale des interventions primaires.
- Optimisation des moyens engagés par la définition du périmètre des SMUR sur la base des délais d'intervention.
- Optimisation de l'utilisation des moyens hélicoptères déployés par les hôpitaux.
- Coopération en termes de ressources humaines entre les acteurs, associée à un partage des expériences et une harmonisation des pratiques.

Projets structurants associés à cette priorité opérationnelle.

Définir un schéma collaboratif des vecteurs aériens de secours d'urgence

#### TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

#### POPULATIONS CIBLÉES

Ensemble des patients en demande de soins non programmés et urgents (adultes – enfants)

#### INDICATEURS DE SUIVI

Sous réserve de faisabilité :

Diminution des délais de prise en charge et de transport des patients notamment pour des prises en charge spécifiques (AVC\*, SCA ST+\*, polytraumatisés, pédiatrie...)

\* PDSA : permanence des soins ambulatoires, SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours, TSP : transports sanitaires privés, MCS : médecin correspondant Samu, AVC : Accident vasculaire cérébral, SCA ST+ : Syndrome coronarien aigu

## ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES



PROJET STRUCTURANT N° 1.1

### DÉFINIR UN SCHÉMA COLLABORATIF DES VECTEURS AÉRIENS DE SECOURS D'URGENCE

Ce projet est en lien avec les orientations de l'activité de soins de médecine d'urgence page 347

#### DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

L'utilisation plus efficiente de l'ensemble des moyens aériens améliorera les conditions de prise en charge en urgence des personnes isolées, ou dont la situation ou l'état de santé réclame une réduction des temps d'intervention et de transport. Pour cela, la collaboration étroite entre les différents vecteurs aériens, quelle que soit leur origine est indispensable et nécessite de spécifier leurs missions et leur articulation.

En s'appuyant sur l'analyse de l'activité et les obligations réglementaires, il s'agira d'établir le besoin opérationnel en fonction des différentes missions individualisées et de proposer un schéma opérationnel collaboratif autorisant la couverture des besoins actuels et permettant d'anticiper l'évolution des nécessités futures en matière d'hélicoptère.

#### RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Cartographie des moyens hélicoptères de secours, schéma de déploiement des équipes SMUR dédiées à l'utilisation des hélicoptères, protocollisation de collaboration entre services de l'État.
- Maîtrise des coûts de fonctionnement.
- Formation spécifique des équipes médicales et paramédicales.

#### ACTEURS REPÉRÉS

Acteurs potentiels en charge de la mise en œuvre du projet :

- Établissements hospitaliers/SMUR
- SDIS, sécurité civile
- Préfecture, Section Aérienne de Gendarmerie

#### POPULATION CONCERNÉE

Victimes d'accident ou de maladie dont l'état et/ou la situation géographique requièrent une intervention médicale dans des délais brefs.  
Patients transportés dans le cadre de transfert inter hospitaliers, notamment sur de longues distances.

#### TERRITOIRES CONCERNÉS

Intégralité de la région et plus particulièrement, les zones montagneuses ou difficiles d'accès, ainsi que le territoire maritime proche du littoral.

## ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES



PROJET STRUCTURANT N° 1.1

### DÉFINIR UN SCHÉMA COLLABORATIF DES VECTEURS AÉRIENS DE SECOURS D'URGENCE

#### LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Réglementation relative au transport hélicoptère  
Instruction interministérielle de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

Cahier des charges des clauses techniques de prestations de transports sanitaires hélicoptérés (obligation d'efficacité au regard des coûts de fonctionnement)

#### MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

MIG SMUR

#### INDICATEURS DE SUIVI

Schéma régional opérationnel de coopération entre les acteurs institutionnels (Sécurité Civile, Gendarmerie et Hélicoptère) avec déclinaison territoriale (Littoral, Massif central, Pyrénées, bassin de la Garonne).

Signature de convention d'utilisation des vecteurs entre services de l'État.

Suivi financier des moyens déployés et de leur activité :  
- analyse des coûts de fonctionnement  
- suivi de l'activité de secours primaires, de secours secondaires, de secours en milieux périlleux.

#### LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Territorialisation des SMUR et Zone de compétence des SAMU.

Complémentarité avec les dispositifs MCS  
Prise en charge au travers de filières spécialisées (périnatalité...)

PRS – filière Urgence

## ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

### ORGANISER L'APPUI AUX PROFESSIONNELS EN CHARGE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL



#### DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

L'enjeu principal se traduit par la nécessité d'une prise en charge des AVC répondant à des critères de qualité et de sécurité en tout point de la région dans des délais compatibles avec l'efficacité des traitements.

Les filières territoriales AVC sont composées de professionnels et institutions multiples couvrant l'ensemble des champs du parcours : établissements de santé, services médico-sociaux, services sociaux et professionnels, professionnels libéraux...

Cette pluralité des acteurs autour du patient nécessite une mission d'animation de filière visant à constituer et formaliser les interactions. Cette mission comprend l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires, la diffusion et la maintenance d'outils opérationnels (ROR, protocoles...). L'organisation de formations, l'analyse/évaluation des filières et l'identification des points de blocage... Il s'agit aussi, pour une rapidité de prise en charge, de décliner des actions de communication auprès du grand public.

Par ce travail, l'animation des filières AVC vise à améliorer la prise en charge des patients, du pré-hospitalier jusqu'à la réinsertion.

Les résultats attendus sont :

- l'élaboration, la diffusion, l'évaluation des protocoles de prise en charge de l'AVC en pré-hospitalier,
  - l'amélioration de la prise en charge intra-hospitalière dans le cadre des réunions sur site,
  - la sensibilisation auprès des professionnels pour une prise en charge en rééducation adaptée (ambulatoire ou en SSR),
  - l'accompagnement et promotion des projets d'éducation thérapeutique,
  - une meilleure connaissance par la population des signes de l'AVC et la conduite à tenir (appel en urgence au 15).
- Ainsi, l'animation des filières AVC répond à l'ensemble des enjeux identifiés dans le parcours AVC et se décline en particulier pour aboutir à la réalisation des deux projets structurants suivants :
- Améliorer l'orientation et la prise en charge en UNV des AVC/AIT
  - Augmenter le recours en urgence à l'expertise neurologique et neuroradiologique

Enfin, cette mission a vocation à servir d'exemple pour d'autres parcours de santé qui requièrent la coordination de différents professionnels de santé, acteurs et institutions.

## ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

### ORGANISER L'APPUI AUX PROFESSIONNELS EN CHARGE DE L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL



#### TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie, Val d'Aran et Hôpital transfrontalier de Puigcerdà

#### POPULATIONS CIBLÉES

-Neurologues, spécialistes en médecine physique et de réadaptation, gériatres, urgentistes, radiologues, neuro radiologues, médecins généralistes...  
 -Paramédicaux et non médicaux : orthophonistes, diététiciens, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, psychologues, assistantes sociales...  
 -Établissements de santé, médico-social et sociaux.  
 Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)  
 -Grand public pour les actions de communication

#### INDICATEURS DE SUIVI

Visites territoriales des animateurs de filières AVC  
 Réunions régionales de consensus professionnels  
 Conception et diffusion des protocoles régionaux d'organisation du recours à la thrombectomie et évaluation  
 Nombre d'actions de communication déployées selon le type et le public visé

## ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

### AMÉLIORER L'ORIENTATION ET LA PRISE EN CHARGE EN UNITÉS NEURO VASCULAIRES DES AVC/AIT

Ce projet est en lien avec les orientations de la filière de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral page 388



#### DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

L'unité neuro-vasculaire (UNV) assure 24 h sur 24 et 7 jours sur 7 la prise en charge des patients présentant une pathologie neuro vasculaire aiguë -complicquée ou non- d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire (AIT, infarctus cérébral ou hémorragie cérébrale). La prise en charge des AVC/AIT au sein de ces UNV permet de réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées, quels que soient l'âge du patient et la sévérité de l'AVC.

L'enjeu repose sur une régulation des alertes AVC/AIT par le centre 15 pour une orientation la plus rapide possible vers l'établissement disposant d'une UNV le plus proche.

Le taux de prise en charge en UNV des AVC et AIT a progressé entre 2012 et 2016 en Occitanie (AVC : 45,2% à 53,3% - AIT : 37% à 56,2%). Des différences existent entre départements. Cette progression est à consolider et à poursuivre.

Le projet consiste en la mise en œuvre des actions nécessaires concourant au soutien des UNV et à une poursuite de la progression du taux de prise en charge des AVC/AIT au sein des UNV dans les plus brefs délais :

- mise en adéquation des UNV (personnel médical et paramédical, accès imagerie...) aux enjeux de la prise en charge hospitalière de l'AVC ;
- accompagnement au développement de la filière AVC au sein des GHT et avec l'ensemble des établissements publics et privés impliqués ;
- soutien du dispositif de télémédecine entre UNV et SU sur les sites orphelins (éloignés d'une UNV) ;
- communication grand public sur les symptômes de l'AVC et l'appel au 15 ;
- information, sensibilisation et formation des professionnels concernés par l'AVC.

#### RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Organisation optimale de la filière de prise en charge en phase aiguë
- Augmentation du recours au 15
- Réduction de la mortalité, de la morbidité et du handicap liés à l'AVC

#### ACTEURS REPÉRÉS

- Centres hospitaliers et cliniques privées
- Représentants des professionnels libéraux : URPS, Ordres
- Associations de patients

#### POPULATION CONCERNÉE

Population en suspicion d'AVC ou d'AIT  
Professionnels de la filière urgences et AVC  
Grand public pour les actions de communication

#### TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie, Val d'Aran et Hôpital transfrontalier de Puigcerdà

## ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

### AMÉLIORER L'ORIENTATION ET LA PRISE EN CHARGE EN UNITÉS NEURO VASCULAIRES DES AVC/AIT



#### LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- Animateurs de filières AVC
- Projets médicaux des GHT
- Dispositifs de télémédecine
- Centre national de référence de l'enfant
- Journées européenne et mondiale de l'AVC, événements santé en région organisés par des mairies, associations...

#### LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS - filière AVC  
PRS - thème transversal « Transformation numérique en santé »

#### MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Financement des animateurs de filières AVC  
FIR

#### INDICATEURS DE SUIVI

Taux de passage en UNV des AVC et AIT  
Évolution des effectifs médicaux et paramédicaux au sein de chaque UNV

## ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES



### AUGMENTER LE RECOURS EN URGENGE À L'EXPERTISE NEUROLOGIQUE ET NEURORADIOLOGIQUE

Ce projet est en lien avec les orientations de la filière de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral page 388

#### DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

Indépendamment de la prise en charge en UNV, la thrombolyse améliore de 15% le pronostic vital et fonctionnel des patients traités. Elle doit être mise en œuvre le plus rapidement possible après le début des symptômes, car son efficacité est inversement corrélée aux délais de réalisation.

Les recommandations relatives à la thrombectomie mécanique pour l'AVC sont récentes (HAS novembre 2016). La thrombectomie mécanique améliore de 37% le pronostic vital et fonctionnel des patients traités. Elle doit être mise en œuvre le plus rapidement possible après le début des symptômes. Actuellement, l'accès à ces traitements est encore insuffisant pour les patients victimes d'AVC ischémique.

L'Occitanie compte 17 UNV. Trois établissements disposent d'une autorisation de neuroradiologie interventionnelle (NRI) dont deux sont identifiés comme UNV de recours régional. Il existe des dispositifs de télé expertise et de télé AVC.

Le projet consiste en la mise en œuvre des actions nécessaires pour consolider le maillage territorial et améliorer l'accès aux traitements d'urgence et à l'expertise neurologique et neuroradiologique :

- consensus professionnels sur l'organisation régionale du recours à la thrombectomie mécanique ;
- réflexion sur le maillage territorial et la répartition de l'offre en NRI dans le cadre du SIOS ;
- déploiement, soutien et consolidation des dispositifs de télé AVC et de télé expertise.

#### RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Réduction de la mortalité, de la morbidité et du handicap liés à l'AVC
- Augmentation du taux de recours à la thrombolyse, à la thrombectomie mécanique et à la NRI
- Diminution des délais de prise en charge entre l'appel du patient, la décision thérapeutique et l'intervention

#### ACTEURS REPÉRÉS

- Centres hospitaliers et cliniques privées

#### POPULATION CONCERNÉE

Tout patient en phase aiguë d'AVC  
Neurologues, gériatres, urgentistes, radiologues, neuro radiologues, médecins généralistes...

#### TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie, Val d'Aran et Hôpital transfrontalier de Puigcerdà

## ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES



### AUGMENTER LE RECOURS EN URGENGE À L'EXPERTISE NEUROLOGIQUE ET NEURORADIOLOGIQUE

#### LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

Animateurs de filières AVC  
Projets médicaux des GHT  
Dispositifs de télé médecine

#### MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

Financement des animateurs de filières AVC  
FIR

#### INDICATEURS DE SUIVI

Niveau d'utilisation des protocoles régionaux  
d'organisation du recours à la thrombectomie  
mécanique et évaluation  
Evolution du nombre de thrombolyse (/nombre d'AVC)  
Evolution du nombre de thrombectomies (/ nombre  
d'AVC)

Délais de prise en charge  
Evolution du nombre de téléconsultations pour AVC  
(/ nombre d'AVC)

#### LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS – filière AVC  
PRS – thème transversal « Transformation  
numérique en santé »

## ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

### PROMOUVOIR LA PRISE EN CHARGE POST AVC



#### DES ENJEUX, AUX RÉSULTATS ATTENDUS

En 1<sup>er</sup> lieu, il s'agit de promouvoir la préparation à la sortie du milieu hospitalier des personnes atteintes de handicaps post AVC. Pour cela, il s'agit de favoriser :

- l'accès à des SSR d'expertise ;
- l'accès à des thérapies ciblées (traitements de la spasticité, traitement de l'aphasie en lien avec les orthophonistes...);
- le développement d'équipes mobiles SSR (comme alternative à la poursuite de l'hospitalisation) et/ou d'HAD spécialisées (pour promouvoir le retour à domicile).

De plus, il convient de veiller à la coordination ville-hôpital entre les professionnels hospitaliers et libéraux médicaux comme paramédicaux. Ainsi, il s'agit de poursuivre le déploiement : du courrier de sortie à J0 renforçant la place du médecin traitant dans le parcours de soins ; du dispositif de consultation de suivi post-AVC et de programmes d'éducation thérapeutique.

L'enjeu est de mettre en œuvre les actions permettant de promouvoir la prise en charge post AVC recommandée des patients.

#### Résultats et impacts attendus :

- Fluidifier les filières de prise en charge
- Accélérer et coordonner le retour à domicile
- Favoriser l'accès à des thérapies ciblées
- Coordination ville/hôpital des acteurs avec implication des médicaux et paramédicaux libéraux
- Accès pour tous les patients à une consultation post AVC adaptée
- Mise en œuvre, suivi et évaluation des dispositifs de consultations pluri professionnelles post AVC
- Mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique du patient
- Éviter les récidives d'AVC et les ré-hospitalisations pour complications
- Limiter le handicap et favoriser la réinsertion professionnelle

Projets structurants associés à cette priorité opérationnelle  
Développer les consultations pluriprofessionnelles post AVC

Promouvoir un protocole de coopération pour le diagnostic et l'évaluation de la spasticité

#### TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

#### POPULATIONS CIBLÉES

Patients ayant été hospitalisés pour un AVC

#### INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de patients ayant renoncé à une prise en charge en SSR
- Délais de prise en charge en SSR
- Nombre d'équipes mobiles / HAD et de patients pris en charge
- Nombre de programmes d'éducation thérapeutique et nombre de patients bénéficiaires (sous réserve de disponibilité)

## ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES

### DÉVELOPPER LES CONSULTATIONS PLURI PROFESSIONNELLES POST AVC

Ce projet est en lien avec les orientations de la filière de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral page 388

#### DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

La consultation de suivi dans les 6 mois, ou au plus tard dans l'année suivant l'accident, s'adresse à tous les patients afin de repérer d'éventuelles complications passées jusqu'alors inaperçues, et de prévenir ou limiter la perte d'autonomie, sources de handicap et de désinsertion sociale secondaires.

La consultation post AVC peut être de 3 types, selon le lieu, les professionnels concernés et les besoins du patient : consultation pluri professionnelle simple (consultation hospitalière par un neurologue, ou par un spécialiste en médecine physique et de réadaptation (MPR) ou un gériatre et un professionnel paramédical au plus), consultation pluri professionnelle complexe (consultation hospitalière associant la présence d'un professionnel médical et d'au moins deux professionnels paramédicaux ou autres professionnels non médicaux), consultation libérale par un neurologue, un MPR ou un gériatre.

Le rôle et la place du médecin traitant sont essentiels dans le projet de retour à domicile pour l'identification des besoins, leur actualisation et la coordination des interventions à domicile. Il doit être informé et associé très tôt au processus.

#### RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Coordination ville/hôpital des acteurs
- Accès pour les patients à une consultation post AVC adaptée
- Suivi et évaluation des dispositifs de consultations pluri professionnelles post AVC

#### ACTEURS REPÉRÉS

Établissements de santé (disposant d'une UNV, SSR spécialisés neurologiques)  
Professionnels de santé

#### POPULATION CONCERNÉE

Patients ayant été victimes d'un AVC

#### TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

#### LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

- CIRCULAIRE N°DGOS/R4/R3/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) – Suivi post-AVC
- INSTRUCTION N° DGOS/R4/2015/262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri professionnelle post AVC et du suivi des AVC.

#### LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

Programme PRADO AVC (en cours d'expérimentation sur des départements hors Occitanie)  
PRS – filière AVC  
PRS – filières SSR et HAD

#### INDICATEURS DE SUIVI

Taux d'établissements MCO et SSR financés pour mise en œuvre du dispositif de consultations pluri professionnelle post AVC  
Évolution du nombre de consultations pluri-professionnelles post AVC réalisées

## ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES



PROJET STRUCTURANT N° 3.2

### PROMOUVOIR UN PROTOCOLE DE COOPÉRATION POUR LE DIAGNOSTIC ET L'ÉVALUATION DE LA SPASTICITÉ SUITE À UN AVC

Ce projet est en lien avec les orientations de la filière de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral page 388

#### DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

La spasticité est une complication des AVC et, de façon plus large, des lésions du système nerveux central. Les traitements médicamenteux de première intention sont la toxine botulique et le baclofène.

Peu d'établissements proposent cette thérapeutique et les délais d'attente sont trop longs. L'élaboration et le déploiement d'un protocole de coopération entre médecins de médecine physique et de réadaptation, neurologues, neurochirurgiens et masseurs-kinésithérapeutes libéraux, vise à déléguer aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux le diagnostic de la spasticité et l'évaluation de l'efficacité des traitements mis en œuvre.

Il s'agit de proposer une organisation optimisée de la prise en charge des patients atteints de spasticité, en passant d'une organisation centralisée à une organisation en maillage territorial à partir des unités de SSR spécialisées dans les affections du système nerveux central. Cette organisation peut nécessiter le recours à la télémédecine (transfert d'images entre autres).

#### RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Validation du protocole de coopération par la HAS
- Autorisation et déploiement du protocole sur la région Occitanie
- Adhésion des professionnels au protocole de coopération
- Réduction des délais de mise en œuvre des traitements de la spasticité par toxine botulique
- Augmentation du nombre de patients bénéficiant de ce traitement

#### ACTEURS REPÉRÉS

- HAS
- Sociétés savantes : SOFMER et FEDMER
- URPS masseurs-kinésithérapeutes et médecins
- Universités de Toulouse et Montpellier
- GIP e-santé Occitanie (Groupement Régional d'Appui au Développement de l'e-santé)
- Établissements publics et privés : UNV et SSR

#### POPULATION CONCERNÉE

Tous les patients victimes d'un AVC et présentant les symptômes d'une spasticité pouvant nécessiter un traitement par toxine botulique

#### TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

#### LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

CHU de Toulouse partenaire

#### LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS – projet « Développer les consultations pluri professionnelles post AVC »

PRS – Filière AVC

#### MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

#### INDICATEURS DE SUIVI

Évolution du nombre de professionnels adhérent au protocole en distinguant délégué et délégué

## ACCESSIBILITÉ À L'EXPERTISE ET À LA PRISE EN CHARGE POUR LES URGENCES VITALES



PROJET STRUCTURANT N° 3.2

### PROMOUVOIR UN PROTOCOLE DE COOPÉRATION POUR LE DIAGNOSTIC ET L'ÉVALUATION DE LA SPASTICITÉ SUITE À UN AVC

Ce projet est en lien avec les orientations de la filière de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral page 388

#### DESCRIPTION DU PROJET STRUCTURANT

La spasticité est une complication des AVC et, de façon plus large, des lésions du système nerveux central. Les traitements médicamenteux de première intention sont la toxine botulique et le baclofène.

Peu d'établissements proposent cette thérapeutique et les délais d'attente sont trop longs. L'élaboration et le déploiement d'un protocole de coopération entre médecins de médecine physique et de réadaptation, neurologues, neurochirurgiens et masseurs-kinésithérapeutes libéraux, vise à déléguer aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux le diagnostic de la spasticité et l'évaluation de l'efficacité des traitements mis en œuvre.

Il s'agit de proposer une organisation optimisée de la prise en charge des patients atteints de spasticité, en passant d'une organisation centralisée à une organisation en maillage territorial à partir des unités de SSR spécialisées dans les affections du système nerveux central. Cette organisation peut nécessiter le recours à la télémédecine (transfert d'images entre autres).

#### RÉSULTATS ATTENDUS À 5 ANS

- Validation du protocole de coopération par la HAS
- Autorisation et déploiement du protocole sur la région Occitanie
- Adhésion des professionnels au protocole de coopération
- Réduction des délais de mise en œuvre des traitements de la spasticité par toxine botulique
- Augmentation du nombre de patients bénéficiant de ce traitement

#### ACTEURS REPÉRÉS

- HAS
- Sociétés savantes : SOFMER et FEDMER
- URPS masseurs-kinésithérapeutes et médecins
- Universités de Toulouse et Montpellier
- GIP e-santé Occitanie (Groupement Régional d'Appui au Développement de l'e-santé)
- Établissements publics et privés : UNV et SSR

#### POPULATION CONCERNÉE

Tous les patients victimes d'un AVC et présentant les symptômes d'une spasticité pouvant nécessiter un traitement par toxine botulique

#### TERRITOIRES CONCERNÉS

Région Occitanie

#### LEVIERS DU PROJET STRUCTURANT

CHU de Toulouse partenaire

#### LIENS AVEC D'AUTRES PROGRAMMES

PRS – projet « Développer les consultations pluri professionnelles post AVC »

PRS – Filière AVC

#### MOYENS FINANCIERS MOBILISABLES

#### INDICATEURS DE SUIVI

Évolution du nombre de professionnels adhérent au protocole en distinguant délégué et délégué