

**CONVENTION D'ORGANISATION TERRITORIALE
DE LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES
NEUROLOGIQUES, NEUROCHIRURGICALES,
NEURO RADIOLOGIQUES ET NEURO REANIMATOIRES
EN ÎLE DE FRANCE**

« RECURS A L'EXPERTISE NEURO, EN PARTICULIER PAR TELEMEDECINE »

Table des matières

1. OBJET DE LA CONVENTION	7
2. ORGANISATION DE L'ACTIVITE D'EXPERTISE NEURO/NCHIR/NRI/NREA	8
2.1. RESPECTS DES PROTOCOLES ET PROCEDURES COMMUNS REDIGES PAR LES PARTIES	8
2.2. CONDITIONS SPECIFIQUES LIEES A LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACTIVITE PAR TELEMEDECINE	8
3. CONDITIONS TECHNIQUES DE REALISATION DE L'ACTIVITE	8
3.1. COMPETENCES NEURO/NCHIR/NRI/NREA	8
3.2. ACCES A L'IRM H24	9
3.3. FORMATION DES PERSONNELS	9
3.4. MISE A DISPOSITION DU DISPOSITIF DE TELEMEDECINE	9
4. OBLIGATIONS GENERALES	10
5. ENGAGEMENTS DES STRUCTURES	10
5.1. ENGAGEMENTS DE L'ETABLISSEMENT DEMANDEUR	10
5.1.1. <i>Pour les services d'accueil des urgences</i>	10
5.1.2. <i>Pour les services de radiologie</i>	11
5.1.3. <i>Pour les UNV ne disposant pas sur site de services de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle ou de réanimation ayant une expertise dans la prise en charge du patient neurolésé</i>	11
5.1.4. <i>Pour l'établissement</i>	11
5.2. ENGAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT REQUIS	11
5.2.1. <i>Pour les UNV</i>	11
5.2.2. <i>Pour les services de neurochirurgie de NRI et de neuroréanimation ayant une expertise dans la prise en charge du patient neurolésé</i>	12
5.2.3. <i>Pour l'établissement</i>	12
6. OBLIGATIONS ET RESPONSABILITES DES PARTIES POUR L'ACTIVITE DE TELEMEDECINE.....	12
6.1. OBLIGATIONS COMMUNES	12
6.2. OBLIGATIONS DU MEDECIN DEMANDEUR	13
6.3. OBLIGATIONS DU MEDECIN EXPERT	13
7. SECRET PROFESSIONNEL ET OBLIGATION DE CONFIDENTIALITE.....	15
8. COMITE REGIONAL D'ORGANISATION MEDICALE : COMETE TELENEURO	15
8.1. PRINCIPE	15
8.2. MODALITES	15
9. COMITE D'EVALUATION DES ACTIVITES ET DU MODELE ECONOMIQUE : CESAME TELENEURO.....	16
9.1. PRINCIPE	16
9.2. MODALITES	16
10. CONDITIONS FINANCIERES.....	16
11. DUREE DU LIEN CONTRACTUEL	16
12. NON EXCLUSIVITE	16
13. ANNEXES.....	17
14. MODIFICATION DE LA CONVENTION	17
15. INTEGRALITE ET LIMITES DE LA CONVENTION	17

16. INVALIDITE D'UNE CLAUSE.....	17
17. RECOURS	17
ANNEXE 1 CAHIER DES CHARGES REGIONAL RELATIF A LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES EN NEUROCHIRURGIE ET EN NEURORADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ADULTE	18
ANNEXE 2 PROTOCOLE TYPE « EXPERTISE ET TRAITEMENT DE L'AVC PAR TELEMEDECINE EN IDF »	38
ANNEXE 3 CONSENTEMENT TYPE POUR UN AVIS PAR TELECONSULTATION	56
ANNEXE 4 : ANNEXE FINANCIERE.....	60

ENTRE LES SOUSSIGNES

CENTRE HOSPITALIER [centre requérant].....

ET

CENTRE HOSPITALIER [centre expert ayant une UNV et/ou un service de neurochirurgie et/ou un service de neuroradiologie interventionnelle]

VU

- Les articles L. 1110-1 et L. 1110-4 issus de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
- Les articles L. 6316-1 et suivants issus de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- La circulaire 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) ;
- Les articles R. 6316-8 et suivants issus du décret n° 2010-1223 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine ;
- Le Projet Régional de Santé arrêté par l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France le 21 décembre 2012 ;
- Le Programme Régional de Télémédecine adopté par l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France le 21 décembre 2012 ;
- Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements signataires.

Préambule

Les pathologies neurologiques représentent presque 15 % des consultations dans les services d'urgences.

En Ile-de-France, en conformité avec le Volet « Accidents vasculaires cérébraux (AVC) » du SROS PRS¹, des filières de prise en charge AVC se développent entre les hôpitaux disposant d'un service d'accueil des urgences et n'ayant pas d'unité neuro-vasculaire (UNV), et les hôpitaux disposant d'UNV, afin d'apporter l'expertise neurologique 24h sur 24h au sein des hôpitaux sans UNV.

En conformité avec le Volet « Neurochirurgie et activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie » du SROS PRS¹, des filières de prise en charge des urgences neurochirurgicales et neuroradiologiques interventionnelles se mettent en place entre les établissements disposant de services d'accueil des urgences et les établissements disposant de services de neurochirurgie (NCHIR), de neuroradiologie (NRI) et de réanimation ayant une expertise dans la prise en charge du patient neurolésé (NREA). La permanence de soins en établissements de santé régionale en NCHIR/NRI/NREA associe (Annexe 2 : Cahier des charges régional : Prise en charge des urgences en neurochirurgie et en neuroradiologie interventionnelle adulte) :

- une PDES régionale de recours, 24h/24h et 7j /7j, assurée à tour de rôle par un des établissements assurant la PDES de proximité ,
- une PDES de proximité de journée et de première partie de nuit (8h30 – 21h00), sauf les week-ends et jours fériés assurée par les établissements reconnus pour la permanence des soins en NCH/NRI.

Le plan d'actions national « Accidents Vasculaires Cérébraux 2010-2014 » précise la nécessité de mettre en œuvre «les outils nécessaires à la télé-médecine qui doivent permettre d'avoir accès, en urgence ou non, à une expertise radiologique ou neurologique à distance, et de disposer de cette expertise tout au long de la prise en charge du patient (notamment pour la thrombolyse des infarctus cérébraux)².

Cette expertise est également rendue disponible pour les pathologies neurochirurgicales et neuroradiologiques grâce à la solution de télé-médecine régionale, ORTIF- TELENEURO.

Ainsi, dans le cadre de cette réponse organisée au sein de la région Île-de-France, les patients nécessitant d'une prise en charge neurologique, neurochirurgicale, neuroradiologique interventionnelle ou neuro-réanimatoire (NEURO/NCHIR/NRI/NREA), accueillis physiquement dans un établissement disposant de services d'urgences mais n'ayant pas ces expertises sur place, pourront être évalués par télé-expertise dans un but d'examen, de traitement, d'assistance et/ ou de transfert vers le centre spécialisé.

Cette organisation régionale a pour objectifs :

- de faire bénéficier à tout patient qui le nécessite, de l'avis d'un médecin, d'un radiologue et/ou d'un chirurgien expérimentés dans le diagnostic et le traitement des pathologies NEURO/NCHIR/NRI/NREA ;
- de limiter les transferts si ceux-ci ne sont pas nécessaires ;
- d'instaurer plus rapidement le traitement adapté, (par exemple en cas de thrombolyse d'un infarctus cérébral, en évitant un transport primaire vers une UNV et en diminuant ainsi le délai entre la survenue des symptômes et le traitement).

L'outil régional de télé-médecine est mis à disposition des Parties par le GCS D-SISF à l'issue de la signature d'un contrat d'adhésion au service ORTIF-TELENEURO.

Les Parties formalisent au sein de la présente Convention leurs obligations respectives pour la réalisation de l'expertise et du traitement des pathologies NEURO/NCHIR/NRI/NREA en Île-de-France, y compris grâce à l'utilisation de l'outil régional de télé-médecine.

¹ Le Schéma Régional d'Organisation des Soins élément du Projet Régional de Santé est disponible à l'adresse suivante : <http://prs.sante-iledefrance.fr>, arrêté n°2012-577 du 21 décembre 2012 du directeur général de l'agence régionale de santé Ile-de-France relatif à l'adoption du projet régional de santé d'Ile-de-France modifié par l'arrêté n°2013-081 du 25 février 2013 dans son volet hospitalier

²Le plan d'actions national « Accidents Vasculaires Cérébraux 2010-2014 » http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_actions_AVC_-_17avr2010.pdf

Il est à souligner que l'Agence Régionale de Santé de Ile-de-France, ainsi que le GCS D-SISIF ne sont pas Parties à la Convention. En effet, les Parties sont liées au GCS D-SISIF par signature du contrat d'adhésion ; les Parties signent avec l'ARS un contrat pour l'activité de télémedecine ORTIF TELENEURO.

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIV

1. Objet de la Convention

La présente convention définit l'organisation territoriale de prise en charge des pathologies nécessitant une expertise neurologique, neurochirurgicale, neuroradiologique et réanimatoire, et précise les conditions dans lesquelles les établissements franciliens coopèrent pour obtenir des avis experts d'un médecin exerçant en unité neuro-vasculaire (UNV), d'un neurochirurgien, d'un neuroradiologue, d'un réanimateur.

Elle doit permettre à un médecin qui sera en contact direct avec le patient, de disposer d'une expertise distante du lieu de réalisation de l'examen clinique et radiologique, en vue d'une décision conjointe de prise en charge.

Les établissements signataires s'engagent à respecter en fonction des activités déployées les modalités :

- de demande et de transmission d'avis spécialisés, en particulier par télé-expertise (télétransmission d'images) et téléconsultation,
- de transfert et d'accueil des patients dans les établissements disposant de l'expertise neurologique, neurochirurgicale, neuroradiologique, réanimatoire.

La présente convention précise les modalités de facturation des actes de télémédecine.

La présente Convention précise les modalités de la coopération entre les Parties au regard des obligations législatives, réglementaires, éthiques et déontologiques de la pratique médicale.

Les Parties s'engagent à respecter les termes de la présente Convention et à l'exécuter de bonne foi.

Dans la mise en œuvre de la présente Convention, chacune des Parties demeure personnellement responsable du fait de ses agents ou préposés dans les conditions de droit commun.

TITRE I – ASPECTS ORGANISATIONNELS

2. Organisation de l'activité d'expertise NEURO/NCHIR/NRI/NREA

2.1. Respects des protocoles et procédures communs rédigés par les parties

Les Parties s'engagent à participer aux activités d'« Expertise NEURO/NCHIR/NRI/NREA » selon les Protocoles détaillant l'organisation pratique de ces activités.

(à titre d'exemple, le protocole type « Expertise et traitement de l'AVC et de l'AIT par télémedecine en IDF » est en Annexe 2 de la présente convention)

Conformément à l'obligation d'évaluation médicale imposée par le Code de déontologie et par l'Ordre des médecins, ces Protocoles sont mis à jour périodiquement : les versions modifiées seront annexées à la présente Convention par voie d'avenant signé par l'ensemble des Parties, qui en adresseront un exemplaire à l'ensemble des professionnels participant à cette activité, ainsi qu'à l'Agence Régionale de Santé d'Île de France.

Les Parties s'engagent également à respecter les protocoles, référentiels et normes techniques élaborés par les Parties ou par les Sociétés savantes, et relatives à leur exercice conjoint de la médecine.

2.2. Conditions spécifiques liées à la mise en œuvre de l'activité par télémedecine

Les acteurs de l'activité de télémedecine s'engagent à mettre en œuvre dans leur établissement une organisation en conformité avec la réglementation, et notamment les dispositions du Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine concernant :

- L'information des patients et le recueil de leur consentement (annexe 3);
- L'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte ;
- L'identification du patient ;
- L'accès des professionnels de santé aux données médicales ;
- La tenue du dossier du patient.

Par exemple, dans le cadre de l'AVC, le Protocole type « Expertise et traitement de l'AVC et de l'AIT par télémedecine en IDF » (voir Annexe 2) définit le rôle de chacune des Parties pour satisfaire à ces obligations réglementaires.

Il appartient à chacune des Parties de vérifier que les professionnels de santé de son établissement participant à l'expertise NEURO/NCHIR/NRI/NREA remplissent les conditions d'exercice propres à leur profession.

3. Conditions techniques de réalisation de l'activité

3.1. Compétences NEURO/NCHIR/NRI/NREA

Les Protocoles « Expertise et traitement de pathologies NEURO/NCHIR./NRI./NREA, si besoin par télémedecine » ne peuvent être appliqués que dans le cadre d'une réponse organisée entre les Parties. Ainsi, les Parties doivent garantir l'accès aux compétences requises pour une telle activité aux heures déterminées par les Protocoles.

Le recours aux sites de permanence de soins pour l'activité neurochirurgicale, neuroradiologique et réanimatoire avec expertise pour les neurolésés (PDS NCH/NRI/NREA) est défini dans un cahier des charges régional (annexe 2). La PDSES régionale associe :

- une PDSES régionale de recours, 24h/24 h et 7j/7j assurée à tour de rôle par un des établissements assurant le PDS de proximité
- une PDSES de proximité, de journée et de première partie de nuit (8h30-21h) assurant la prise en charge la semaine, hors week-end et jours fériés des urgences vitales, des urgences dans le cadre de la contractualisation, des urgences se présentant à eux (24h/24) en assurant une évaluation et une orientation adaptée

Toutes les Unités Neurovasculaires prennent en charge, en urgence, 24h/24h et 7j/7j les patients suspects d'AVC. Le recours à l'unité neurovasculaire la plus proche est recommandé ; en cas d'indisponibilité de l'équipe médicale de cette UNV, l'expertise des médecins d'une autre UNV peut être sollicitée.

3.2. Accès à l'IRM H24

3.2.1 Pour les centres experts disposant d'UNV, de NCHIR, de NRI et de NREA

En conformité avec le volet AVC du SROS, les Parties s'assurent de la disponibilité d'accès à l'IRM dans ces établissements experts, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept. En cas d'indisponibilité de l'IRM, les protocoles ont été prévus, déterminant les modalités de prise en charge du patient.

3.2.2 Pour les centres experts disposant de NCHIR, de NRI et de NREA sans UNV

En conformité avec le cahier des charges régional pour la réorganisation de la prise en charge des urgences neurochirurgicales et neuroradiologiques en IdF, les parties s'assurent de la disponibilité d'accès à l'IRM aux horaires de la permanence des soins.

3.2.3 Pour les centres experts ayant une UNV, mais ne disposant pas de service de neurochirurgie et de neuroradiologie

En conformité avec le volet AVC du SROS PRS, la disponibilité d'accès à l'IRM dans ces établissements experts, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept devra être effective en 2016. En cas d'indisponibilité de l'IRM, les protocoles ont été prévus, déterminant les modalités de prise en charge du patient.

3.3. Formation des personnels

Il incombe à chaque Partie de former son personnel intervenant dans l'activité d'expertise et de traitement des pathologies NEURO/NCHIR/NRI/NREA et de veiller au respect des Protocoles formalisant l'activité.

La formation des professionnels aux compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs de télémédecine est assurée par le GCS D-SISIF, qui met le dispositif de télémédecine à disposition des Parties.

3.4. Mise à disposition du dispositif de télémédecine

Le GCS D-SISIF met à disposition les équipements techniques nécessaires à la réalisation d'actes de télémédecine après signature par les Parties du Contrat d'adhésion aux services ORTIF-TELENEURO fourni par le GCS D-SISIF.

Ce contrat prévoit les modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel, ainsi que les aspects techniques de l'utilisation de la solution TELENEURO.

Les Parties s'engagent à utiliser ce dispositif de télémédecine conformément aux règles et conditions fixées par le GCS D-SISIF, et à communiquer les documents d'information relatifs au dispositif de télémédecine à tout professionnel intervenant dans l'exécution de la présente Convention.

TITRE II – OBLIGATIONS ET RESPONSABILITES DES PARTIES

4. Obligations générales

Dans le cadre de la présente Convention, les Parties s'engagent, chacune pour ce qui la concerne, à respecter la réglementation en vigueur et les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Les Parties s'engagent à nommer en leur sein

- un référent (médical ou cadre de santé) de l'activité de télémedecine, interlocuteur privilégié de l'ARS Ile-de-France ; ce référent a pour missions de s'assurer :
 - de l'organisation de l'activité télémedecine pour les pathologies NEURO/NCHIR/NREA/NRI,
 - de la mise en place, de l'application des procédures de prise en charge des patients,
 - de la transmission des procédures à l'ensemble des acteurs impliqués dans la réalisation de cette activité,
 - de la formation des différents acteurs médicaux et paramédicaux en particulier à l'identification des candidats à la fibrinolyse et à la réalisation de ce traitement en accord avec les recommandations nationales.
- un référent qui aura pour mission de maîtriser les procédures techniques propres au dispositif de télémedecine mis à disposition par le GCS D-SISIF (en particulier l'accès à la Hotline). Le rôle de ces référents sera ensuite de former les différents utilisateurs, de répondre à leurs interrogations et de transmettre au GCS D-SISIF leurs demandes spécifiques ainsi que les difficultés éventuellement rencontrées.

Les Parties devront s'assurer du bon fonctionnement des appareils, solutions logicielles et connexions Internet qu'elles utiliseront pour la réception et l'envoi des données cliniques et radiologiques utiles à la réalisation des actes de télémedecine.

Les Parties s'engagent à faire participer les professionnels de santé qui utiliseront le dispositif de télémedecine aux actions de formation et aux rencontres périodiques organisées par l'ARS Île-de-France et le GCS D-SISIF.

5. Engagements des structures

5.1. Engagements de l'établissement demandeur

5.1.1. Pour les services d'accueil des urgences

- Avoir défini en lien avec les UNV, les services de neurochirurgie, de neuroradiologie interventionnelle et de réanimation ayant une expertise dans la prise en charge du patient neurolésé, des procédures partagées de prise en charge des pathologies NEURO/NCHIR/NRI/NREA,
- Avoir désigné un ou des urgentistes ou cadres de santé référents responsables de la mise en place, de l'application et de la transmission de ces procédures,
- Avoir une équipe médico-soignante maîtrisant les procédures de prise en charge et permettant, en particulier, la réalisation d'une thrombolyse IV pour un infarctus cérébral grâce à la visio-consultation,
- S'engager à partager avec le médecin de l'UNV toute indication et réalisation de thrombolyse,
- S'engager à prioriser le transfert des patients victimes d'AVC vers une UNV

5.1.2. Pour les services de radiologie

- Avoir défini en lien avec l'UNV/NCHIR/NRI/NREA des procédures partagées de prise en charge des pathologies NEURO/NCHIR/NRI/NREA, avec en particulier une priorisation de l'accès des patients au plateau d'imagerie,
- Avoir désigné un ou des radiologues ou cadres de santé référents responsables de la mise en place, de l'application et de la transmission des procédures (mises à jour régulièrement),
- Avoir une équipe technique opérationnelle maîtrisant :
 - les procédures de réalisation et de priorisation des examens d'imagerie pour les urgences NEURO/NCHIR.NREA/NRI,
 - les principes de base de la prise en charge d'un patient suspect d'AVC,
 - et l'utilisation de l'outil de télémédecine ORTIF- TELENEURO.

5.1.3. Pour les UNV ne disposant pas sur site de services de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle ou de réanimation ayant une expertise dans la prise en charge du patient neurologé

- Avoir défini en lien avec l'UNV/NCHIR/NRI/NREA des procédures partagées de prise en charge des pathologies NEURO/NCHIR/NRI/NREA, avec en particulier une priorisation de l'accès des patients au plateau d'imagerie,
- Avoir désigné un ou des médecin ou cadres de santé référents responsables de la mise en place, de l'application et de la transmission de ces procédures.

5.1.4. Pour l'établissement

- Disposer d'un accès à une structure de surveillance continue ou de soins intensifs susceptible d'accueillir les patients en attente de transfert en UNV/NCHIR/NREA/NRI,
- Une fois l'épisode neurologique, neurochirurgical, neuroradiologique interventionnel ou réanimatoire clos et dès que les conditions le permettent, le retour des patients vers un service d'hospitalisation de l'établissement d'origine ou la filière de prise en charge la plus adaptée à son état (par exemple : service de réanimation, filière neurologique,...) devra être favorisé,
- Participer à l'évaluation du dispositif,
- Etre adhérent au service ORTIF-TELENEURO (signature du contrat d'adhésion au GCS D-SISIF).

5.2. Engagement de l'établissement requis

5.2.1. Pour les UNV

- Se rendre disponible pour répondre 24h/24 aux différentes demandes en provenance des structures d'accueil des urgences,
- S'engager à accepter le transfert des patients AVC dans le cadre de ce dispositif et selon les procédures concertées,
- S'engager à pouvoir réaliser une IRM 24 h/ 24 et 7j/7
 - pour les UNV situées sur des sites disposant de NCHIR/NRI /NREA,
 - pour les UNV situées sur des sites ne disposant pas de NCHIR/NRI/NREA d'ici 2016,
- Participer à l'approfondissement de la formation continue des équipes médico-soignantes des structures d'accueil des urgences,
- Mentionner que les procédures organisationnelles doivent être accessibles et mises à jour, sous la responsabilité du chef de service de l'UNV,

5.2.2. Pour les services de neurochirurgie de NRI et de neuroréanimation ayant une expertise dans la prise en charge du patient neurolésé

- Se rendre disponible pour répondre aux horaires définis par la PDES aux différentes demandes des structures d'accueil des urgences et des UNV ne disposant pas sur site de NCHIR/NRI/NREA,
- S'engager à accueillir les patients après accord préalable du médecin senior coordinateur PDES.,
- S'engager à respecter le cahier des charges régional « Prise en charge des urgences en neurochirurgie et en neuroradiologie interventionnelle adulte » (voir annexe 1).

5.2.3. Pour l'établissement

- Participer à l'évaluation du dispositif,
- Etre adhérent au service ORTIF-TELENEURO (signature du contrat d'adhésion au service du GCS D-SISIF).

6. Obligations et responsabilités des Parties pour l'activité de télémédecine

6.1. Obligations communes

Chaque Partie dispose

- d'un accès permanent à l'imagerie cérébrale,
- et des moyens humains et techniques permettant de transmettre les images utiles à la prise en charge des patients et de réaliser, pour les établissements disposant de l'outil, la visioconsultation nécessaire à l'évaluation des patients.

Le fonctionnement de ces dispositifs techniques est de la responsabilité de chacune des Parties, qui doit mettre en place dans son établissement tous les moyens permettant l'expertise et le traitement des pathologies NEURO/NCHIR/NRI/NREA, si nécessaire par télémédecine, conformément aux protocoles.

Chaque Partie est responsable du respect des normes techniques de réalisation des images médicales et de la formation de son personnel médical et paramédical, ainsi que du respect des règles et normes techniques de radioprotection.

Elle doit s'assurer du bon fonctionnement :

- Des infrastructures et connexions Internet qu'elle utilise, notamment en termes de sécurisation et de confidentialité des échanges,
- Des appareils utilisés,
- Du déploiement des solutions logicielles,
- Des connexions haut-débit pour la réception et l'envoi des images.

Elle doit garantir la sauvegarde et l'archivage, dans son établissement et selon la réglementation en vigueur, des données échangées.

Sont notamment inscrits, dans le dossier et la fiche d'observation du patient tenus par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémédecine, le compte rendu de la réalisation de l'acte, les actes et prescriptions médicamenteuses effectuées dans ce cadre, l'identité des professionnels de santé ayant participé à l'acte, la date et l'heure de l'acte et, le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

6.2. Obligations du Médecin Demandeur

Le Médecin Demandeur sollicite le Médecin Expert du centre hospitalier distant dans les conditions prévues dans les Protocoles.

Il assure l'accueil, le conditionnement du patient, les soins urgents ainsi que la programmation des actes d'imagerie nécessaires, qui seront effectués sous la responsabilité des spécialistes de l'établissement demandeur.

Le Médecin Demandeur est notamment responsable :

- Du respect des droits du patient,
- De la sécurité et surveillance du patient,
- De la qualité de la prise en charge du patient,
- Du respect, le cas échéant, du droit d'opposition du patient à ces modalités de prise en charge,
- Des délais dans lesquels il sollicite le Médecin Expert et de leurs éventuelles conséquences préjudiciables,
- De la pertinence des données recueillies auprès du patient et télétransmises au Médecin Expert,
- De la qualité et de la fiabilité des données cliniques, images et clichés transmis au Médecin Expert,
- De l'utilisation qu'il fait du compte-rendu et des conseils formulés par le Médecin Expert,
- De l'organisation du transfert du patient dans les meilleurs délais si nécessaire
- Du dossier médical, des données cliniques, des images et clichés transmis,

Il doit respecter les recommandations pour la télémédecine élaborées par le Conseil national de l'Ordre des médecins (disponibles sur le site www.conseil-national.medecin.fr/e-sante/telemedecine).

A cet égard, le Médecin Demandeur doit notamment :

- S'être engagé à faire un usage déontologique de la médecine à distance dans sa pratique professionnelle,
- Veiller à la qualité, la sécurité et la confidentialité des informations recueillies avant leur télétransmission,
- Renseigner complètement les données cliniques radiologiques et biologiques,
- Informer le médecin expert de l'évolution du patient, en particulier lorsqu'elle contredit le diagnostic ou le pronostic du Médecin Expert,
- Participer aux formations et rencontres périodiques avec les Médecins Experts.

6.3. Obligations du Médecin Expert

L'interprétation des données cliniques et radiologiques est de la responsabilité du Médecin Expert.

L'avis prodigué et l'interprétation sont formalisés dans un compte-rendu écrit définitif, rédigé en langue française, validé électroniquement par le Médecin Expert et le Médecin Demandeur dans les délais les plus brefs.

Les médecins peuvent échanger leur avis sur le diagnostic, l'interprétation de l'examen clinique ou des images et la prise en charge ultérieure du patient, dont le Médecin Demandeur reste toutefois seul responsable.

Le Médecin Expert doit refuser de formuler un avis ou d'interpréter des images lorsqu'il n'a pas les informations utiles sur le patient et/ou lorsque la qualité ou le nombre des clichés ne lui permet pas une interprétation valable : il en informe alors immédiatement et par écrit le Médecin Demandeur, avec ses préconisations quant aux actes ou mesures complémentaires qu'il conviendrait de réaliser pour lui permettre de fournir un avis éclairé.

Il s'engage à respecter les conditions de disponibilité et de délais de réponse prévus au Protocole.

Le Médecin Expert est responsable des avis exprimés et doit respecter les règles déontologiques élaborées pour la télémédecine par l'Ordre des médecins.

Il est responsable des actes qu'il effectue personnellement dans la prise en charge du patient, conformément aux obligations qui lui sont expressément attribuées par la présente Convention et le Protocole.

Il est notamment responsable :

- De la vérification de la fiabilité du matériel qu'il utilise et de la qualité technique des images transmises,
- De la pertinence des données complémentaires demandées au Médecin Demandeur,
- De la qualité de ses avis et interprétations,
- Des conseils ou recommandations délivrés au Médecin Demandeur,
- Du contenu du compte-rendu écrit,
- Du respect des délais de réponse imposés par le Protocole.

TITRE III – DISPOSITIONS DIVERSES

7. Secret professionnel et obligation de confidentialité

Chacune des Parties se reconnaît tenue par une obligation de confidentialité pour tout fait, information, projet ou décision qui appartiennent ou relèvent de l'autre Partie et/ou des patients pris en charge lors de l'activité d'« Expertise et traitement pathologies NEURO/NCHIR./NRI/NREA en Ile-de-France », et dont elle aura connaissance au cours de l'exécution de la présente Convention.

Les Parties garantissent que l'ensemble des membres de leur personnel est soumis à un engagement de confidentialité, notamment concernant les données de santé qui pourraient circuler dans le cadre de l'activité d'« Expertise et traitement des pathologies NEURO/NCHIR./NRI/NREA en Ile-de-France ».

Elles s'engagent à informer leur personnel médical et non médical, et le cas échéant les fournisseurs, partenaires et sous-traitants, de la stricte obligation de confidentialité relative à toute information de nature médicale.

Il est rappelé que les données à caractère personnel échangées dans le cadre de l'activité prévue aux présentes ne doivent pas être communiquées ou exploitées à d'autres fins que les stricts besoins de prise en charge du patient concerné selon les modalités définies dans les Protocoles.

8. Comité régional d'Organisation Médicale : COMETE TELENEURO

8.1. Principe

Ce comité, composé de médecins, paramédicaux, animateurs de filières AVC a les missions suivantes :

- définir les organisations fonctionnelles médicales et paramédicales indispensables à la mise en place de la solution régionale de télémédecine TELENEURO,
- valider ou proposer les protocoles et procédures de prise en charge des patients,
- définir la structure des télédossiers,
- organiser les formations pour les professionnels acteurs des prises en charges,
- définir les indicateurs pertinents de suivi des activités de recours à l'expertise NEURO/NCHIR./NRI/NREA en particulier par télémédecine,
- évaluer le dispositif et formuler des recommandations à l'ARS IDF.

8.2. Modalités

COMETE est appelé à se réunir au minimum une fois par an. Toutefois, le comité peut décider de se réunir autant que de besoin.

COMETE est présidé par un représentant de la Direction de l'Offre de soins et médico-sociale (DOSMS) de l'Agence Régionale de Santé IDF, qui le réunit et fixe son ordre du jour. Il est chargé de la coordination et de l'animation des rencontres de COMETE.

COMETE établit annuellement un rapport, dans lequel figureront les décisions prises par COMETE.

9. Comité d'évaluation des activités et du modèle économique : CESAME TELENEURO

9.1. Principe

Ce comité est composé de directeurs hôpitaux, médecins, cadres de santé, animateurs de filières AVC. Il a pour missions :

- De proposer les montants de rémunération des actes de télémédecine liés aux activités TELENEURO en Ile-de-France,
- D'évaluer la pertinence du modèle économique expérimenté à travers ORTIF-TELENEURO,
- D'analyser les indicateurs d'activité réalisée dans la cadre de la télémédecine TELENEURO
- De proposer si nécessaire un ajustement des prestations en fonction des résultats de l'évaluation

9.2. Modalités

CESAME est appelé à se réunir une (1) fois par an. Toutefois, le comité peut décider de se réunir autant que de besoin.

CESAME est présidé par un représentant de la Direction de l'organisation des soins et médicosociale de l'Agence Régionale de Santé IDF, qui le réunit et fixe son ordre du jour. Il est chargé de la coordination et de l'animation des rencontres de COMETE.

CESAME établit annuellement un rapport transmis aux Parties, et dans lequel figurent les décisions prises par CESAME et l'évaluation des du modèle économique des activités.

10. Conditions financières

Les conditions financières des activités de télémédecine sont prévues en annexe (voir Annexe 4 : Annexe financière). Elles sont établies en accord avec le comité CESAME dans le cadre d'une expérimentation régionale d'évaluation du coût de la prise en charge des urgences neurologiques grâce à l'outil ORTIF-TELENEURO.

La facturation des actes de télémédecine réalisés avec la plateforme ORTIF-TELENEURO est réalisée trimestriellement par les établissements requis (experts), à partir des résultats des requêtes réalisées par le GCS DSISIF. A cette fin, le GCS DSISIF transmet trimestriellement aux établissements le nombre de télé-expertises réalisées dans le cadre de la présente Convention.

Les établissements s'engagent à régler ces factures selon les délais en vigueur.

11. Durée du lien contractuel

La présente Convention prend effet à compter de sa signature par l'ensemble des Parties. Elle est conclue pour une durée minimum de un an. Elle est reconduite par tacite reconduction par périodes de un an. La résiliation de la convention est possible et doit être préalablement envisagée avec l'ARS.

12. Non exclusivité

La présente Convention n'interdit pas l'une ou l'autre des Parties de conclure un accord semblable avec tout autre établissement, groupement ou sociétés ayant des activités similaires ou différentes, qu'il soit ou non à but lucratif.

13. Annexes

Sont annexés à la présente convention :

Annexe 1 : Protocole type « Expertise et traitement de l'AVC par télémedecine en IDF »

Annexe 2 : Description du dispositif de télémedecine mis à disposition par le GCS D-SISIF

Annexe 3 : Formulaire type de consentements

Annexe 4 : Annexe financière

14. Modification de la Convention

Toute modification ou ajout à la Convention que les Parties jugeraient utiles feront l'objet d'un avenant écrit qui ne prendra effet qu'après sa signature par les représentants dûment habilités de toutes les Parties.

Toute modification substantielle et prorogation de la Convention est portée à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France.

15. Intégralité et limites de la Convention

La présente Convention et ses Annexes expriment l'intégralité des engagements passés entre les Parties en cette matière.

Elle annule et remplace tous accords, écrits ou oraux, intervenus entre les Parties préalablement à sa date de signature sur les matières qui en sont l'objet.

16. Invalidité d'une clause

Si l'une ou plusieurs stipulations de la Convention venaient à être tenues pour non valides ou déclarées telles en application d'un traité, d'une loi ou d'un règlement, ou encore à la suite d'une décision définitive d'une juridiction compétente, les autres stipulations garderaient toute leur force et leur portée.

Dans un tel cas, les Parties s'efforceraient alors de procéder sans délai aux modifications nécessaires en respectant, dans la mesure du possible, l'accord des volontés existant au moment de la signature de la Convention.

17. Recours

Les parties s'engagent à coopérer avec diligence et bonne foi en vue de trouver une solution amiable en cas de litige qui viendrait à naître entre elles à propos de la validité, de l'exécution ou de l'interprétation de la présente convention.

Si aucun accord n'est trouvé dans un délai d'un mois à compter de la réception d'un courrier notifiant l'existence d'un différend, pour toute contestation, litige, qui pourrait s'élever dans l'interprétation, la validité ou l'exécution des présentes, le Tribunal compétent pourra être saisi.

Tout litige résultant de l'exécution de la présente convention est du ressort du tribunal administratif territorialement compétent.

Centre Hospitalier requérant
Fait le
Signature

Centre Hospitalier expert
Fait le :
Signature

**En 3 exemplaires originaux
(dont 1 à adresser au référent AVC de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France).**

ANNEXE 1

CAHIER DES CHARGES REGIONAL relatif à la Prise en charge des urgences en neurochirurgie et en neuroradiologie interventionnelle adulte

Octobre 2013

Sommaire

Introduction	Page 21 - 22
I. Prérequis	Page 23 - 24
II. Cadre général	Page 25
III. Les engagements	Page 26 - 33
IV. Annexe n°1 : Recommandations de parcours de prise en charge issues du groupe de travail régional (à titre indicatif)	Page 34 - 38

Glossaire

CPOM : Contrat pluri annuel d'objectif et de moyen

MIG : Mission d'intérêt général

NCH : Neurochirurgie

NRI : Neuroradiologie interventionnelle

NREA : Réanimation avec une expertise dans la prise en charge du patient neuro lésé

PDS : Permanence des soins

PDSES : Permanence des soins en établissement de santé

ROR : Répertoire opérationnel des ressources

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

SAU : Service d'accueil des urgences

Introduction

1. Objet du cahier des charges

Ce cahier des charges a pour objet de définir les engagements contractuels auxquels seront soumis les établissements de santé assurant la prise en charge des urgences neurochirurgicales, neuroradiologiques interventionnelles adultes en Ile de France. A la demande des acteurs et professionnels consultés dans le processus de concertation, des principes de réorganisation fortement structurants ont été proposés. Il s'agit dans ce présent document d'en décrire les principales modalités.

Ce cahier des charges ne traitera pas des situations exceptionnelles faisant l'objet de dispositifs spécifiques (Plan Blanc, Hôpital en tension...).

2. Périmètre

Ce cahier des charges vise à identifier les sites assurant l'accueil des urgences neurochirurgicales et neuroradiologiques interventionnelles en Ile de France lors des horaires de journée et aux horaires de la PDSES.

3. Définitions

La Permanence des soins consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (18h30 – 8h30).

La continuité des soins se définit comme la prise en charge et la surveillance des patients déjà hospitalisés au sein de l'établissement aux horaires de la permanence des soins. C'est une mission réglementaire qui incombe à tous les établissements de santé contrairement à la permanence des soins.

4. Durée

La durée concernée par ce cahier des charges est d'un an renouvelable, à compter de la date effective de la mise en place du nouveau dispositif de prise en charge des urgences en neurochirurgie et neuro radiologie interventionnelle (NCH/NRI).

5. Valeur juridique

Ce cahier des charges décrit les engagements contractuels qui seront repris dans les avenants aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) passés avec les établissements de santé concerné

6. Modalités de rédaction

- Elaboration

Ce cahier des charges a été écrit grâce à la précieuse collaboration d'experts et de professionnels de la région Ile-de-France. Les remerciements de l'ARS Ile-de-France s'adressent particulièrement à :

Dr Thomas de BROUCKER – Hôpital Delafontaine
Dr Christophe CHOQUET – Hôpital Bichat – Claude Bernard
Dr Jean-Michel DEVYS – Fondation Rothschild
Dr Caroline LE-GUERINEL – Hôpital Henri Mondor
Pr Catherine OPPENHEIM – Hôpital Sainte Anne
Dr Agnès RICARD-HIBON – SAMU 95
Dr Georges RODESCH – Hôpital Foch
Dr Pierre TROUILLER – Hôpital Antoine Bécclère

I. Prérequis

Au niveau régional, le périmètre de la réorganisation de la prise en charge des urgences neurochirurgicales (NCH) et neuroradiologiques interventionnelles (NRI) adultes doit s'envisager autour d'un réseau comprenant les SAMU, les établissements accueillant les urgences 24h sur 24h (sites MCO autorisés à l'accueil des urgences adultes) et ceux possédant des services de neurochirurgie, de neuroradiologie interventionnelle, de réanimation avec une expertise dans la prise en charge du patient neuro lésé (NREA). L'offre de soin en NCH, NREA et NRI étant constituée d'un nombre restreint d'établissements susceptibles d'assumer la prise en charge de ces urgences, il semble plus pertinent au groupe d'expert de décrire des parcours de soins identiques le jour et la nuit.

Par ailleurs, il apparaît nécessaire au groupe de travail d'émettre des constatations essentielles :

- La prise en charge du patient poly traumatisé doit être exclue du périmètre de ce cahier des charges. En effet, une réflexion spécifique doit être menée à ce sujet au sein de la région, pour une orientation directe en « trauma center » 24h/24h et 7j/7j. En effet, il semble plus pertinent de porter cette prise en charge dans un schéma spécifique d'organisation et de financement. Un groupe de travail sera mis en place avant la fin 2013.
- Pour des raisons spécifiques à la neurochirurgie et à la neuroradiologie interventionnelle, la prise en charge des urgences NCH / NRI / NREA doit s'envisager aussi en dehors des horaires habituels de la PDES et être élargie à tout le nyctémère.
- La prise en charge des urgences NCH/NRI ne peut s'envisager que dans une approche globale incluant toutes les dimensions, spécificités et obligations s'imposant aux différents intervenants (régulation médicale, services d'accueil des urgences, services de réanimation, SSPI, neuro imagerie diagnostique et interventionnelle, neurochirurgie, neurologie vasculaire). Ainsi, l'indication ou la non indication NCH / NRI ne représente qu'une partie de la problématique. Une meilleure lisibilité doit être apportée pour les autres temps de la prise en charge permettant ainsi de garantir la sécurisation des parcours de soins pour les patients et les professionnels.
- Il faut apporter des réponses distinctes pour les différents motifs de recours aux centres assurant la prise en charge des urgences en NCH / NRI / NREA : pathologie avec ou sans urgence vitale immédiate / demande d'imagerie / activité d'avis non urgent avec demande de prise en charge différée.
- Les établissements assurant la prise en charge des urgences en NCH / NRI / NREA doivent être en mesure de pouvoir assurer à toutes heures et quotidiennement l'évaluation et l'orientation des patients se présentant directement à eux.
- De même, un établissement assurant la prise en charge des urgences en NCH / NRI / NREA qui intervient dans la prise en charge d'un patient hospitalisé dans un autre établissement (un avis par exemple) doit pouvoir être en mesure d'assurer la continuité des soins en cas de modification ultérieure de l'état clinique.
- Les coopérations et les conventions entre établissements de santé sont à encourager.

L'organisation actuelle des prise en charge NCH / NRI avec orientation préférentielle sur un site de « grande garde » ne semble plus adaptée la journée aux besoins de la population, à l'éloignement géographique entraînant des durées de transport longues et au volume (notamment au regard des besoins en réanimation avec une expertise des patients neuro-lésés). En conséquence, tous les sites autorisés en NCH / NRI doivent pouvoir accueillir les urgences vitales ou potentiellement vitales en journée. Les urgences non vitales sont préférentiellement adressées la journée vers l'un des centres autorisés en NCH / NRI, en favorisant la proximité ou les conventions entre établissements.

- La filière après la prise en charge dans le site NCH / NRI / NREA est également à formaliser avec les établissements d'origine et/ou services de neurologie du secteur géographique du patient.
- Une attention particulière devra être apportée aux différentes questions éthiques posées par les professionnels de santé notamment au sujet des limitations et arrêt des thérapeutiques actives, dans le respect de la loi Leonetti. Elle impose une décision collégiale partagée par tous les acteurs impliqués dans la prise en charge (équipe demandeuse, équipe assurant le transfert et équipe receveuse). La décision de LTA doit être assumée et réalisée par l'équipe (ou les équipes) qui en ont pris la décision (comprenant la prise en charge du patient et des familles). Cette décision ne peut s'imposer à d'autres quant à la réalisation effective – qu'ils soient en désaccord, ou non impliqués dans la décision. Ceci implique également de renforcer les coopérations avec les coordinations hospitalières de prélèvement d'organes.
- Cette organisation ne peut s'envisager sans une évaluation stricte du dispositif.

II. Cadre général

1. Activités concernées

Ce cahier des charges traite exclusivement de l'activité de :

- Neurochirurgie (NCH) adulte
- Neuroradiologie interventionnelle (NRI) adulte

A noter que ces deux spécialités devront être assurées concomitamment par l'établissement qui doit posséder conjointement une expertise en réanimation du patient neuro-lésés afin de pouvoir être reconnu pour assurer la prise en charge des urgences en NCH / NRI / NREA.

2. Organisation

Le recours aux sites PDS NCH / NRI / NREA doit s'adapter aux différentes pathologies rencontrées dans ces disciplines. Des parcours de soins spécifiques doivent être mis en place afin de sécuriser la prise en charge des patients franciliens. Ces parcours de soins sont décrits en annexe n°1.

La PDSSES régionale en NCHIR / NRI / NREA associe :

- Une PDSSES régionale de recours, assurée à tour de rôle par 1 des établissements assurant la PDSSES de proximité
- Une PDSSES de proximité

3. Horaires

- PDSSES régionale de recours 24h/24h et 7j /7j assurant la prise en charge des urgences vitales ou non vitales
- PDSSES de proximité de journée et de première partie de nuit (8h30 – 21h00) assurant la prise en charge en semaine sauf les week-ends et jours fériés :
 - ✓ Des urgences vitales
 - ✓ Des urgences se présentant à eux (24h / 24h) en leur assurant évaluation et orientation adaptée
 - ✓ Des urgences dans le cadre de contractualisation

4. Financement

Les établissements participant au dispositif décrit dans ce cahier des charges aux horaires de PDSSES (18h30 – 8h30) se verront attribuer un financement spécifique sous forme de MIG PDSSES. Ce financement permettra essentiellement la mise en place du dispositif de gardes et astreintes médicales aux horaires de la PDSSES. D'autres crédits afférents à cette mission pourront être délégués de façon forfaitaire pour cette mission (accompagnement de la mise en place, système d'information, évaluation, prestations d'accompagnement....) en fonction des crédits disponibles.

III. LES ENGAGEMENTS

Il s'agit ici de décrire les engagements contractuels auxquels devront souscrire les établissements devant assurer la PDS en NCH / NRI. Ces engagements seront retranscrits dans les avenants aux CPOM des établissements qui recevront des financements MIG PDSSES spécifiques.

Par ailleurs, certains de ces engagements devront être partagés par les établissements de la région afin de constituer un réseau d'établissements complémentaires efficient (particulièrement les engagements n°5 et 6). Ainsi la consultation du comité de suivi régional PDSSES sera nécessaire.

A. Pour les sites candidats à la PDSSES régionale de recours

1. Organiser la PDS régionale de recours

La PDS NCH / NRI / NREA régionale de recours est organisée, sur le modèle de la grande garde actuelle. Plusieurs sites assurant la PDSSES de proximité territoriale participent à tour de rôle afin d'assumer cette mission. L'établissement assurant la PDSSES régionale de recours doit être parfaitement identifié dans un tableau des sites de permanence transmis tous les semestres à l'ARS Ile de France et affiché dans le Répertoire Opérationnel des Ressources.

2. Mettre en place une gouvernance interne et régionale de la PDSSES

Afin de s'assurer de l'adhésion de l'ensemble des acteurs internes et externes concernés par cette nouvelle organisation et de garantir un parcours de soins coordonné et sécurisé pour le patient, l'établissement assurant la permanence des soins régional de recours devra, dans le respect de l'indépendance des établissements, mettre en place un dispositif assurant une gouvernance interne et territoriale du projet. Ce dispositif permettra notamment de :

- Présenter la nouvelle organisation aux différentes instances concernées en précisant les différentes modalités (protocole d'organisation des lits d'aval, transferts, coordonnateur, articulation avec les services de régulation médicale...). L'adhésion de toute la communauté médicale devra être recherchée.
- Définir clairement les différentes modalités opérationnelles d'organisation (accueil des patients chirurgicaux, fonctionnement des blocs opératoires et des services d'imagerie, des lits d'aval, transferts) et de liaisons externes (coordonnateur, articulation avec les services de régulation médicale...).
- Mettre en place une politique de gestion des risques spécifiques à la PDSSES et articulée avec la politique de gestion des risques de l'établissement.
- Suivre et évaluer la nouvelle organisation
- De mettre en place un référent PDSSES dans l'établissement. Ce référent pourra être commun à toutes les spécialités PDSSES de l'établissement. Il sera le contact privilégié de

l'ARS et des autres référents PDESES des établissements du territoire.

3. Mettre en place quotidiennement un coordinateur sénior accessible

Un praticien senior doit être désigné chaque jour par l'établissement en tant que coordinateur. Pour l'extérieur, il existe un contact unique de l'établissement pour organiser l'admission et la prise en charge des patients. Le contact unique de l'établissement ne peut être un étudiant hospitalier en médecine (externe). Le praticien senior peut déléguer à un interne cette coordination. S'il s'agit d'une urgence à risque vital, le réanimateur doit pouvoir être immédiatement contacté et joignable par un numéro direct.

Ce contact devra être clairement identifié dans un tableau de service établi par l'établissement et affiché dans le ROR. Il dispose d'un numéro d'appel permanent et accessible de l'extérieur ainsi que des outils de communication nécessaires lui permettant de remplir sa mission.

4. Dimensionner ses ressources de manière à pouvoir assurer la mission PDESES

- Ressources humaines

Une équipe médicale et non médicale de permanence sera mise en place par l'établissement. Ce dispositif devra être conforme aux décrets en vigueur (notamment pour les infirmiers de bloc opératoire et infirmiers anesthésistes). Afin de sécuriser le dispositif, une garde sur place d'un neurochirurgien senior et d'un interne, d'un neuroradiologue, d'un réanimateur ayant une expertise dans la prise en charge de patient neuro lésé, d'un anesthésiste, et d'un neuroradiologue interventionnel senior sont nécessaires.

Chaque situation devra être appréciée au cas par cas en fonction de l'organisation de l'établissement et de son insertion dans le territoire.

- Plateau technique

Un site assurant la PDESES en NCHI / NRI / NREA devra disposer :

- ✓ Une capacité d'hospitalisation dans une unité de ayant des compétences dans la prise en charge dans la réanimation de patient neuro lésés.
- ✓ Un plateau technique d'imagerie comprenant au moins un scanner et une IRM disponibles 24h/24h. L'accès prioritaire des urgences NCH / NRI / NREA à l'imagerie doit être la règle avec une interprétation séniorisée des examens d'imagerie.
- ✓ Un dispositif permettant la NRI sur place.
- ✓ Un accès à la télé expertise séniorisée.
- ✓ Un bloc opératoire dédié le jour et le lendemain du tour de garde

- Capacités d'accueil

L'établissement doit s'engager à disposer du nombre de lits disponibles permettant d'assurer la mission de PDESES, y compris lors des pics d'activité prévisibles.

- Circuit d'accueil du patient

Les patients acceptés par l'établissement PDS NCH / NRI / NREA sont transférés pour admission dans l'établissement. A son arrivée dans l'établissement, le patient est immédiatement confié à l'équipe médico-chirurgicale qui organise l'ensemble de la prise en charge. Les services de transports sanitaires médicalisés (SMUR) ne seront en aucun cas immobilisés pour le brancardage, la surveillance ou la réalisation d'exams complémentaires. Les services de transport sanitaires (SMUR ou Ambulances privées) doivent disposer d'une information précise sur le lieu d'accueil et de prise en charge. Cette organisation (circuit d'accueil et moyens humains et matériels) doit être décrite précisément dans le cadre du projet médical PDS de l'établissement.

Certains principes doivent être respectés :

- ✓ Limiter les transferts aux patients déjà explorés, dont le diagnostic a été posé et qui relèvent d'une prise en charge NCH et/ou de NRI et/ou de NREA en conformité avec les recommandations professionnelles.
- ✓ Raccourcir les délais de prise en charge : éviter les « seconds passages » aux urgences et les exams complémentaires « doublons ».
- ✓ L'organisation de la réalisation complémentaire d'actes à visée diagnostique et la surveillance du patient sont également assurées par l'équipe médico-chirurgicale qui a accepté le patient.

Les urgences vitales peuvent être adressées au site PDS régional de recours pour une prise en charge 24h/24h et 7j/7j.

En cas de distance importante entre le site de prise en charge et le site PDS, un premier bilan radiologique peut être réalisé dans un établissement du réseau neuro-vasculaire (établissements avec UNV et/ou service de neurologie disposant de l'outil ORTIF-TELENEURO (avec si possible visio - consultation) et de personnels formés dans les services d'urgences et de radiologie aux urgences neuro-vasculaires). Le SMUR attend les résultats de l'imagerie et l'avis du centre expert et assure si nécessaire le transfert en centres NCH / NRI / NREA.

Les patients présents sur un site de NCH, de NRI, de NREA (urgences ou services d'hospitalisation) sont pris en charge par l'équipe médico-chirurgicale du site 24h/24h et 7j/7j.

5. S'engager au «zéro refus»

Les établissements PDS devront s'engager au « zéro refus » pour les patients qui relèvent soit d'une indication neurochirurgicale ou de NRI soit d'une prise en charge dans une réanimation ayant une expertise particulière pour le patient neuro lésé. L'établissement assurant la permanence des soins en neurochirurgie et en NRI devra s'engager au « zéro refus » vis-à-vis de ses partenaires (services de régulation médicale, établissement de santé ne disposant pas de services de NCH ou de NRI). Néanmoins, le principe du « zéro refus » ne doit pas aboutir à une situation qui consisterait à accepter tout patient pour avis en élargissant les indications « au-delà du raisonnable »,

aboutissant à des transferts « aller-retour pour avis » inutiles et préjudiciables aux patients. Ils doivent concerner essentiellement des patients déjà explorés, dont le diagnostic est posé et dont les indications reposent sur un référentiel rédigé par les sociétés savantes concernées. Tout patient transféré par voie médicalisée sera admis par le centre PDSES. Il est convenu que la non indication de prise en charge, fruit d'une discussion médicale collégiale entre praticiens, n'entre pas dans le cadre du « zéro refus » et ne doit pas être inscrite dans le registre.

Un registre régional informatisé des refus et de fonctionnement non conforme au cahier des charges sera mis en place 24h/24h. Pour chaque refus d'admission, une déclaration non nominative de chaque cas est remplie par le demandeur et par le service sollicité (donc deux entrées au moins pour chaque cas). Des tableaux de bord dont la fréquence sera à déterminer seront adressés aux directions et aux référents PDSES des établissements concernés, aux services de régulation médicale, aux services de l'ARS (cellule Gestion des risques / Qualité, DT, Pôle Etablissements de santé) ainsi qu'au GCS D-SiSiF. Un bilan des refus rencontrés sera communiqué régulièrement à l'ensemble des professionnels concernés de la région.

6. Participer à la continuité des soins

Un établissement assurant la prise en charge des urgences en NCH / NRI / NREA qui intervient dans la prise en charge d'un patient hospitalisé dans un autre établissement (un avis par exemple) doit pouvoir être en mesure d'assurer la continuité des soins en cas de modification ultérieure de l'état clinique. Néanmoins, dans le cas d'une urgence vitale immédiate, le site de recours régional pourra aussi être contacté.

7. Inciter le retour vers l'établissement d'origine après la prise en charge aigue

Le circuit retour des patients qui ont bénéficié d'une prise en charge dans un centre est organisé en concertation entre les deux établissements en fonction des plateaux techniques respectifs et des suites prévisibles de l'intervention NCH / NRI et de la prise en charge en NREA. Une fois l'épisode neurochirurgical, neuroradiologique interventionnel ou réanimatoire clos et dès que les conditions le permettent, il s'agira de favoriser le retour des patients vers un service d'hospitalisation de l'établissement d'origine ou la filière de prise en charge la plus adaptée à son état (par exemple : service de réanimation, service de neurologie). Un retour vers le SAU adresseur est à exclure. A cet effet, des conventions entre les établissements pourront être passées afin de définir les modalités de coopération. Un outil permettant une évaluation spécifique de ce dispositif sera mis en place (registre de fonctionnement non conforme). Le cas échéant, le recours aux CPOM pourra être envisagé.

8. S'engager à participer au suivi et à l'évaluation du dispositif

Les établissements assurant la permanence des soins dans le cadre de ce cahier des charges doivent s'engager à participer au suivi et à l'évaluation du dispositif. Les indicateurs à suivre par les établissements assurant la permanence des soins en NRH et NRI seront déterminés par une commission régionale d'évaluation dont la composition devra être représentative des différents acteurs du dispositif. Un rapport d'évaluation sera élaboré dans un délai de 6 mois à 1 an afin d'apporter des recommandations visant à modifier le dispositif si nécessaire.

9. Garantir l'accessibilité aux soins

Les patients pris en charge aux horaires de la PDES le sont aux tarifs opposables sans reste à charge pour le patient, durant tout le circuit de leurs séjours, quel que soit l'établissement.

Les établissements ne peuvent pas leur facturer de complément de séjour quelle qu'en soit la raison.

B. Pour les sites candidats à la PDES de proximité

1. Mettre en place une gouvernance interne et régionale de la PDES

Afin de s'assurer de l'adhésion de l'ensemble des acteurs internes et externes concernés par cette nouvelle organisation et de garantir un parcours de soins coordonné et sécurisé pour le patient, l'établissement assurant la permanence des soins régional de recours devra, dans le respect de l'indépendance des établissements, mettre en place un dispositif assurant une gouvernance interne et territoriale du projet. Ce dispositif permettra notamment de :

- Présenter la nouvelle organisation aux différentes instances concernées en précisant les différentes modalités (protocole d'organisation des lits d'aval, transferts, coordonnateur, articulation avec les services de régulation médicale...). L'adhésion de toute la communauté médicale devra être recherchée.
- Définir clairement les différentes modalités opérationnelles d'organisation (accueil des patients chirurgicaux, fonctionnement des blocs opératoires et des services d'imagerie, des lits d'aval, transferts) et de liaisons externes (coordinateur, articulation avec les services de régulation médicale...).
- Mettre en place une politique de gestion des risques spécifiques à la PDES et articulée avec la politique de gestion des risques de l'établissement.
- Suivre et évaluer la nouvelle organisation
- De mettre en place un référent PDES dans l'établissement. Ce référent pourra être commun à toutes les spécialités PDES de l'établissement. Il sera le contact privilégié de l'ARS et des autres référents PDES des établissements du territoire.

2. Mettre en place quotidiennement un coordinateur sénior accessible

Un praticien senior doit être désigné chaque jour par l'établissement en tant que coordinateur. Pour l'extérieur, il existe un contact unique de l'établissement pour organiser l'admission et la prise en charge des patients. Le contact unique de l'établissement ne peut être un étudiant hospitalier en médecine (externe). Le praticien senior peut déléguer à un interne cette coordination. Si il s'agit d'une urgence à risque vital, le réanimateur doit pouvoir être immédiatement contacté et joignable par un numéro direct. Ce contact devra être clairement identifié dans un tableau de service établi par l'établissement et affiché dans le ROR. Il dispose d'un numéro d'appel permanent et accessible de l'extérieur ainsi que des outils de communication nécessaires lui permettant de remplir sa mission.

3. Dimensionner ses ressources de manière à pouvoir assurer la mission PDSSES

- Ressources humaines

Une équipe médicale et non médicale de permanence sera mise en place par l'établissement. Ce dispositif devra être conforme aux décrets en vigueur (notamment pour les infirmiers de bloc opératoire et infirmiers anesthésistes). Afin de sécuriser le dispositif, une astreinte d'un neurochirurgien senior d'un anesthésiste, une astreinte de neuroradiologue interventionnel senior sont nécessaires.

Chaque situation devra être appréciée au cas par cas en fonction de l'organisation de l'établissement et de son insertion dans le territoire.

- Plateau technique

Un site assurant la PDSSES en NCHI / NRI / NREA devra disposer :

- ✓ Une capacité d'hospitalisation dans une unité de ayant des compétences dans la prise en charge dans la réanimation de patient neuro lésé.
- ✓ Un plateau technique d'imagerie comprenant au moins un scanner et une
- ✓ IRM disponibles afin d'assurer ses missions. L'accès prioritaire des urgences NCH / NRI / NREA à l'imagerie doit être la règle avec une interprétation séniorisée des examens d'imagerie.
- ✓ Un dispositif permettant la NRI sur place.
- ✓ Un accès à la télé expertise séniorisée
- ✓ Un accès priorisé en fonction de la gravité à un bloc durant les horaires de la permanence

- Capacités d'accueil

L'établissement doit s'engager à disposer du nombre de lits disponibles permettant d'assurer la mission de PDSSES, y compris lors des pics d'activité prévisibles.

- Circuit d'accueil du patient

Les patients acceptés par l'établissement PDS NCH / NRI / NREA sont transférés pour admission dans l'établissement. A son arrivée dans l'établissement, le patient est immédiatement confié à l'équipe médico-chirurgicale qui organise l'ensemble de la prise en charge. Les services de transports sanitaires médicalisés (SMUR) ne seront en aucun cas immobilisés pour le brancardage, la surveillance ou la réalisation d'examens complémentaires. Les services de transport sanitaires (SMUR ou Ambulances privées) doivent disposer d'une information précise sur le lieu d'accueil et de prise en charge.

Cette organisation (circuit d'accueil et moyens humains et matériels) doit être décrite précisément dans le cadre du projet médical PDSSES de l'établissement.

Certains principes doivent être respectés :

- ✓ Limiter les transferts aux patients déjà explorés, dont le diagnostic a été posé et qui relèvent d'une prise en charge NCH et/ou de NRI et/ou de NREA en conformité avec les recommandations professionnelles.
- ✓ Raccourcir les délais de prise en charge : éviter les « seconds passages » aux urgences et les examens complémentaires « doublons ».
- ✓ L'organisation de la réalisation complémentaire d'actes à visée diagnostique et la surveillance du patient sont également assurées par l'équipe médico-chirurgicale qui a accepté le patient.

En cas distance importante entre le site de prise en charge et le site PDSSES, un premier bilan radiologique peut être réalisé dans un établissement du réseau neuro-vasculaire (établissements avec UNV et/ou service de neurologie disposant de l'outil ORTIF-TELENEURO (avec si possible visio - consultation) et de personnels formés dans les services d'urgences et de radiologie aux urgences neuro-vasculaires). Le SMUR attend les résultats de l'imagerie et l'avis du centre expert et assure si nécessaire le transfert en centres NCH / NRI / NREA.

Les patients présents sur un site de NCH, de NRI, de NREA (urgences ou services d'hospitalisation) sont pris en charge par l'équipe médicochirurgicale du site 24h/24h et 7j/7j, en assurant une évaluation et une orientation adaptée.

4. S'engager au «zéro refus»

Les établissements PDSSES devront s'engager au « zéro refus » pour les patients qui relèvent soit d'une indication neurochirurgicale ou de NRI soit d'une prise en charge dans une réanimation ayant une expertise particulière pour le patient neuro lésé. L'établissement assurant la permanence des soins en neurochirurgie et en NRI devra s'engager au « zéro refus » vis-à-vis de ses partenaires (services de régulation médicale, établissement de santé ne disposant pas de services de NCH ou de NRI). Néanmoins, le principe du « zéro refus » ne doit pas aboutir à une situation qui consisterait à accepter tout patient pour avis en élargissant les indications « au-delà du raisonnable », aboutissant à des transferts « aller-retour pour avis » inutiles et préjudiciables aux patients. Ils doivent concerner essentiellement des patients déjà explorés, dont le diagnostic est posé et dont les indications reposent sur un référentiel rédigé par les sociétés savantes concernées. Tout patient transféré par voie médicalisée sera admis par le centre PDSSES. Il est convenu que la non indication de prise en charge, fruit d'une discussion médicale collégiale entre praticiens n'entre pas dans le cadre du « zéro refus » et ne doit pas être inscrite dans le registre.

Un registre régional informatisé des refus et de fonctionnement non conforme au cahier des charges sera mis en place 24h/24h. Pour chaque refus d'admission, une déclaration non nominative de chaque cas est remplie par le demandeur et par le service sollicité (donc deux entrées au moins pour chaque cas). Des tableaux de bord dont la fréquence sera à déterminer seront adressés aux directions et aux référents PDSSES des établissements concernés, aux services de régulation médicale, aux services de l'ARS (cellule Gestion des risques / Qualité, DT, Pôle Etablissements de santé) ainsi qu'au GCS D-SiSiF. Un bilan des refus rencontrés sera communiqué régulièrement à l'ensemble des professionnels concernés de la région.

5. Participer à la continuité des soins

Un établissement qui intervient dans la prise en charge d'un patient (un avis par exemple) doit assurer la continuité de la prise en charge les jours suivants en cas de modification de l'état clinique. Néanmoins, dans le cas d'une urgence vitale immédiate, le site de recours régional pourra être contacté.

6. Inciter le retour vers l'établissement d'origine après la prise en charge aigue

Le circuit retour des patients qui ont bénéficié d'une prise en charge dans un centre est organisé en concertation entre les deux établissements en fonction des plateaux techniques respectifs et des suites prévisibles de l'intervention NCH / NRI et de la prise en charge en NREA. Une fois l'épisode neurochirurgical, ou neuroradiologique interventionnel ou réanimatoire clos et dès que les conditions le permettent, il s'agira de favoriser le retour des patients vers un service d'hospitalisation de l'établissement d'origine ou la filière de prise en charge la plus adaptée à son état (par exemple : service de réanimation, service de neurologie). Un retour vers le SAU adresseur est à exclure. A cet effet, des conventions entre les établissements pourront être passées afin de définir les modalités de coopération. Un outil permettant une évaluation spécifique de ce dispositif sera mis en place (registre de fonctionnement non conforme). Le cas échéant, le recours aux CPOM pourra être envisagé.

7. S'engager à participer au suivi et à l'évaluation du dispositif

Les établissements assurant la permanence des soins dans le cadre de ce cahier des charges doivent s'engager à participer au suivi et à l'évaluation du dispositif. Les indicateurs à suivre par les établissements assurant la permanence des soins en NRH et NRI seront déterminés par une commission régionale d'évaluation dont la composition devra être représentative des différents acteurs du dispositif. Un rapport d'évaluation sera élaboré dans un délai de 6 mois à 1 an afin d'apporter des recommandations visant à modifier le dispositif si nécessaire.

8. Garantir l'accessibilité aux soins

Les patients pris en charge aux horaires de la PDSSES le sont aux tarifs opposables sans reste à charge pour le patient, durant tout le circuit de leurs séjours, quel que soit l'établissement. Les établissements ne peuvent pas leur facturer de complément de séjour quelle qu'en soit la raison.

Annexe n°1 : Recommandations de parcours de prise en charge issues du groupe de travail régional (à titre indicatif)

A. Trouble de conscience grave neurologique non traumatique avec risque vital immédiat

Remarque : ce cas de figure nécessite un avis où la notion d'expertise de réanimation spécialisée est essentielle. Ainsi le premier contact sera un réanimateur sénior.

1. En cas de prise en charge initiale pré hospitalière

Deux orientations sont possibles :

- ✓ Si le patient est pris en charge à proximité d'un site PDSES, il sera orienté préférentiellement vers ce site où la prise en charge sera réalisée. Le patient sera immédiatement confié à l'équipe médico chirurgicale à son arrivée.
- ✓ Si le patient est pris en charge à distance d'un site PDSES, il pourra être orienté par transport médicalisé vers le service d'imagerie d'un établissement disposant de télé neurologie (ORTIF TELENEURO) afin d'effectuer une imagerie cérébrale d'orientation. Durant l'examen, le brancardage et la surveillance seront assurés par les services de transports sanitaires médicalisés (SMUR) pour le brancardage, la surveillance ou la réalisation d'exams complémentaires dans l'établissement.
 - En présence d'une pathologie neurochirurgicale ou relevant de la neuroradiologie interventionnelle éventuelle, le médecin du transport sanitaire se met en relation avec le centre NCH.NRI.NREA le plus proche pour avis et transfert d'image :
 - Si une indication neurochirurgicale, neuroradiologique ou de neuro-réanimation est retenue, le patient est transféré pour admission dans le centre NCH.NRI.NREA. Le patient est immédiatement confié à l'équipe médico chirurgicale à son arrivée.
 - Si aucune de ces indications n'est retenue, la prise en charge s'effectuera préférentiellement dans l'établissement de la prise en charge initiale si le plateau technique le permet.

2. En cas de prise en charge initiale dans un service d'accueil des urgences d'un établissement ne disposant pas de services de neurochirurgie

A ce stade, la prise en charge nécessite une coordination entre les différents intervenants (médecin urgentiste / réanimateur / neurologue le cas échéant). L'imagerie cérébrale d'orientation sera réalisée dans cet établissement. Un avis avec transfert d'images sera demandé, le cas échéant, au centre PDSES le plus proche.

- Si une indication neurochirurgicale, neuroradiologique ou de neuro-réanimation est retenue, le

patient est transféré pour admission dans le centre PDSSES. Le patient est immédiatement confié à l'équipe médico chirurgicale à son arrivée. Si aucune de ses indications n'est retenue, la prise en charge s'effectuera préférentiellement dans l'établissement si le plateau technique le permet.

3. En cas de prise en charge initiale dans un service d'accueil des urgences d'un établissement disposant de service de neurochirurgie

La prise en charge du patient sera réalisée dans ce site.

B. Pathologie vasculaire non traumatique sans risque vital immédiat

✓ **Suspicion d'hémorragie sous arachnoïdienne non traumatique**

Remarque : ce cas de figure nécessite un avis où la notion d'expertise neurochirurgicale et neuroradiologique est essentielle. Ainsi le premier contact sera préférentiellement un neurochirurgien sénior et/ou un neuroradiologue interventionnel sénior. Un avis sur les modalités de prise en charge non chirurgicale (réanimation par exemple) pourra être demandé.

• Prise en charge initiale en pré hospitalier

✓ Si la prise en charge initiale s'effectue à proximité d'un site PDSSES: la prise en charge aigue spécialisée du patient sera préférentiellement réalisée dans ce site.

✓ Si le patient est pris en charge à distance d'un site PDSSES, il pourra être orienté, en l'absence de risque vital immédiat, vers un service d'accueil des urgences d'un établissement du réseau télé neurologie. Le patient est immédiatement confié à l'équipe médicale des urgences. Les services de transports sanitaires médicalisés (SMUR) ne seront en aucun cas immobilisés pour le brancardage, la surveillance ou la réalisation d'examens complémentaires. Le scanner cérébral ainsi que l'angioscanner cérébral (le cas échéant) devront être réalisés dans cet établissement. En cas de diagnostic d'hémorragie sous arachnoïdienne non traumatique, le patient est orienté par transfert médicalisé après avis vers un site PDSSES.

• Prise en charge initiale dans un service d'accueil des urgences du maillage télé neurologie

Le scanner cérébral ainsi que l'angioscanner cérébral (le cas échéant) devront être réalisés dans cet établissement. En cas de diagnostic d'hémorragie sous arachnoïdienne non traumatique, le patient est orienté pour admission après avis vers le site PDSSES le plus proche. Le transfert sera médicalisé. Le patient est immédiatement confié à l'équipe médico chirurgicale à son arrivée. Les services de transports sanitaires médicalisés (SMUR) ne seront en aucun cas immobilisés pour le brancardage, la surveillance ou la réalisation d'examens complémentaires.

• Prise en charge initiale dans un service d'accueil des urgences hors du maillage télé neurologie

Le scanner cérébral ainsi que, le cas échéant, l'angioscanner cérébral devront être réalisés dans cet établissement. En cas de diagnostic d'hémorragie sous arachnoïdienne non traumatique, le patient est orienté pour admission après avis vers le site PDSSES. Le transfert sera médicalisé. Le patient est immédiatement confié à l'équipe médico chirurgicale à son arrivée. Les services de transports

sanitaires médicalisés (SMUR) ne seront en aucun cas immobilisés pour le brancardage, la surveillance ou la réalisation d'exams complémentaires. En l'absence d'hémorragie sous arachnoïdienne objectivée un avis ou une télé expertise pourra être demandé auprès du site PDS le plus proche.

- Prise en charge initiale dans un établissement disposant de services de Nchir/NRI

Le patient est pris en charge par l'équipe de NCH / NRI / NREA de l'établissement.

✓ **Suspicion d'accident vasculaire cérébral**

Le parcours patient sera décrit dans un guide de bonne pratique spécifique. Les établissements seront préférentiellement ceux de la filière AVC avec possibilité de recours vers un établissement ayant de la neurochirurgie et la neuroradiologie interventionnelle.

Traumatisme crânien grave avec risque vital immédiat

Remarque : ce cas de figure peut nécessiter une prise en charge pluridisciplinaire avec la notion d'expertise dans le domaine du polytraumatisé.

1. En cas de prise en charge initiale pré hospitalière

Le patient sera préférentiellement orienté vers un site ayant une double expertise de prise en charge du polytraumatisé et de neurochirurgie.

2. En cas de prise en charge initiale dans un SAU

L'examen d'imagerie sera réalisé dans l'établissement.

- *En cas de traumatisme crânien grave isolé*

Un avis avec transfert d'images sera demandé au centre PDS le plus proche :

- Si l'indication chirurgicale ou de neuro-réanimation est retenue, le patient est transféré pour admission dans le centre PDS par transport médicalisé. Le patient est immédiatement confié à l'équipe médico chirurgicale à son arrivée.
- Dans le cas contraire, la prise en charge s'effectuera préférentiellement sur le site si le plateau technique le permet.

- *En cas de polytraumatisme associé*

Le patient sera orienté vers un site ayant une double expertise de prise en charge du polytraumatisé et de neurochirurgie.

C. Traumatisme crânien isolé sans risque vital immédiat

Remarque : ce cas de figure peut nécessiter un avis où la notion d'expertise neurochirurgicale est essentielle. Un avis sur les modalités de prise en charge non chirurgicale (réanimation par exemple) pourra également être demandé

En l'absence de risque vital immédiat, le patient est orienté vers un service d'accueil des urgences le plus proche. Le patient est immédiatement confié à l'équipe médicale des urgences. Les services de transports sanitaires médicalisés (SMUR) ne seront en aucun cas immobilisés pour le brancardage, la surveillance ou la réalisation d'exams complémentaires. Le cas échéant un avis avec transfert d'images sera demandé à un centre PDS. Si une indication chirurgicale ou de neuro-réanimation est retenue, le patient est transféré par transport médicalisé pour admission dans le centre PDS. Dans le cas contraire, la prise en charge s'effectuera préférentiellement sur le site si le plateau technique le permet.

D. Pathologie médullaire aiguë (y compris queue de cheval)

1. En cas de prise en charge initiale pré hospitalière

Le patient sera préférentiellement orienté vers un site PDS en neurochirurgie. Le patient sera immédiatement confié à l'équipe médico chirurgicale à son arrivée

2. En cas de prise en charge initiale dans un service d'accueil des urgences d'un établissement non autorisé en neurochirurgie

A ce stade, la prise en charge nécessite préférentiellement une imagerie adaptée (IRM) qui sera idéalement réalisée sur place si le plateau technique le permet. Dans ce cas un avis avec transfert d'image sera effectué auprès du site PDS en neurochirurgie le plus proche. Si le plateau technique ne permet pas d'effectuer une imagerie adaptée, le médecin en charge du patient se rapprochera du site PDS en neurochirurgie le plus proche. Le patient sera transféré pour la réalisation d'éventuels examens complémentaires. En cas de transport médicalisé, le patient sera immédiatement confié à l'équipe médico chirurgicale à son arrivée.

- ✓ Si l'indication neuro-chirurgicale ou de neuro-réanimation est retenue, le patient est admis dans le centre PDS en neurochirurgie.
- ✓ Dans le cas contraire, la prise en charge ultérieure s'effectuera préférentiellement sur le site d'origine si le plateau technique le permet (service de neurologie).

3. En cas de prise en charge initiale dans un service d'accueil des urgences d'un établissement disposant de service de neurochirurgie

La totalité de la prise en charge du patient sera faite sur place

E. Pathologie tumorale sans risque vital immédiat

Quel que soit l'horaire, ce cas de figure peut nécessiter un avis où la notion d'expertise neurochirurgicale et neuroradiologique est essentielle. Néanmoins, la notion de filière doit être privilégiée. Il semble souhaitable que les établissements de santé de la région conventionnent avec les centres de neurochirurgie et de NRI afin d'assurer une prise en charge adaptée

F. Pathologie neurochirurgicale ou neuroradiologique interventionnelle autre sans risque vital immédiat

Quel que soit l'horaire, ce cas de figure peut nécessiter un avis où la notion d'expertise NCH/NRI est essentielle. Néanmoins, la notion de filière doit être privilégiée (même remarque que ci-dessus). Il semble souhaitable que les établissements de santé de la région conventionnent avec les centres de neurochirurgie et de NRI afin d'assurer une prise en charge adaptée en dehors des horaires de la PDS habituels.

ANNEXE 2

PROTOCOLE TYPE « EXPERTISE ET TRAITEMENT DE L'AVC PAR TELEMEDECINE EN IDF »

Document rédigé par le groupe COMETE – ARS IDF (Juin 2014)

A adapter le cas échéant entre établissements

Octobre 2014

TABLE DES MATIERES

1. CONTEXTE	41
2. ORIENTATION DU PATIENT ET ALERTE DES PROFESSIONNELS	42
2.1. PAR LE CENTRE 15	42
2.2. PATIENT AMENE DIRECTEMENT SUR UN ES (NON UNV) DE LA FILIERE ET AVC OU AIT « INTRA MUROS »	43
3. ACCUEIL ET CONDITIONNEMENT DU PATIENT	44
4. EXAMEN DU PATIENT PAR VISIOCONFERENCE	45
5. IMAGERIE CEREBRALE	46
6. DECISION DE TRAITEMENT	47
7. TRAITEMENT PAR ACTILYSE	48
8 TRANSFERT DU PATIENT	49
9 EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	50
ANNEXE N° 1 – FORMATION AUX PATHOLOGIES NEURO-VASCULAIRES URGENTES DES REFERENTS « AVC » MEDICAUX ET PARAMEDICAUX DES ETABLISSEMENTS DISPOSANT DE SERVICES D'URGENCES ET PARTICIPANT A LA FILIERE REGIONALE DE PRISE EN CHARGE DES AVC PROGRAMME DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	51
ANNEXE 2– FORMULAIRE DE DECLARATION DE DYSFONCTIONNEMENT	55

INTRODUCTION

Ce document doit permettre d'ordonner la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de l'accident ischémique transitoire (AIT) en Ile-de-France en liaison, par télé médecine et plus précisément par téléexpertise, téléconsultation et téléassistance, entre

- les établissements de santé disposant d'un service d'accueil des urgences, n'ayant pas d'UNV sur site, équipés de l'outil ORTIF TELENEURO,
- les unités neuro vasculaires (UNV),
- les services de neurochirurgie et de neuroradiologie .

L'utilisation de la télé médecine pour le traitement de l'AVC et de l'AIT a notamment pour finalité de diminuer les délais à la phase aiguë entre la survenue des symptômes et le traitement. Ce dispositif permet :

- aux préhospitaliers d'orienter le patient vers un établissement de santé disposant d'un service d'accueil des urgences plus proche que l'UNV de territoire.
- aux professionnels des CH sans UNV d'obtenir un avis par télé médecine auprès d'un médecin expérimenté dans le diagnostic et le traitement de l'AVC et de l'AIT en phase aiguë : neurologue, neuroradiologue, neurochirurgien.

Le présent protocole est applicable 24h sur 24 et 7j / 7

• Contexte

Les filières régionales AVC en Ile de France sont constituées (conformément au volet AVC du SROS –PRS) des

- Etablissements de santé (ES) disposant d'UNV de territoire
 - o Ayant un neurologue ou un médecin expérimenté dans la prise en charge des pathologies neuro-vasculaires urgentes 24h/24h et 7j/7j , de garde ou d'astreinte
 - o Ayant un accès 24h /24h et 7j/7 à l'IRM ou à défaut au scanner pour l'évaluation du patient à la phase aiguë de l'AVC et de l'AIT
 - o Ayant une liaison télémédecine ORTIF TELENEURO
 - o Ayant des médecins et des soignants, formés à l'utilisation de l'outil de télémédecine ORTIF TELENEURO, y compris aux horaires de permanence de soins

- Etablissements de santé disposant d'UNV de territoire et de recours
 - o Ayant un neurologue ou médecin expérimenté dans la prise en charge des pathologies neuro-vasculaires urgentes 24h/24h et 7j/7j, de garde
 - o Ayant un accès à l'IRM 24h/24h et 7j/7j pour l'évaluation du patient à la phase aiguë de l'AVC et de l'AIT
 - o Ayant sur le site un service de neurochirurgie, et un service de neuroradiologie interventionnelle
 - o Ayant une liaison télémédecine ORTIF TELENEURO
 - o Ayant des médecins et des soignants, formés à l'utilisation de l'outil de télémédecine ORTIF TELENEURO, y compris aux horaires de permanence de soins

- Etablissements de santé disposant d'un service de neurologie et non munis d'UNV
 - o Insérés dans une filière de prise en charge des AVC, et appliquant les protocoles et procédures établis avec le centre 15 et les UNV proches
 - o Ayant un Neurologue ou d'un médecin expérimenté dans la prise en charge des pathologies neuro-vasculaires urgentes (DIU neuro-vasculaire)
 - o Ayant un accès prioritaire à l'IRM ou à défaut au scanner
 - o Ayant une liaison télémédecine ORTIF TELENEURO
 - o Ayant des médecins et des soignants, formés à l'utilisation de l'outil de télémédecine ORTIF TELENEURO

- Etablissements de santé non munis d'UNV.(ES non UNV)
 - o Ayant un accès 24h/24 à l'IRM ou à défaut au scanner pour l'évaluation du patient à la phase aiguë de l'AVC et de l'AIT
 - o Ayant une liaison télémédecine ORTIF TELENEURO avec une ou plusieurs UNV
 - o Ayant désigné des référents urgentistes, cadre ou infirmier des urgences, radiologues et manipulateurs radio , personnel ayant suivi les formations théorique et pratique mises en place par l'agence régionale de sante et les UNV (Annexe n° 1– Programme de formation des référents ARS),
 - o Ayant des médecins et soignants des services d'urgences et des radiologues et manipulateurs radio, formés à l'utilisation de l'outil de télémédecine ORTIF TELENEURO pour le transfert d'images et la réalisation de la visioconsultation, y compris aux horaires de permanence de soins

Toute décision de traitement par thrombolyse intra veineuse pour infarctus cérébral dans un ES non pourvu d'UNV devra être prise de concert avec les médecins experts de l'UNV de territoire ou de recours, avec l'utilisation de la visioconférence pour l'examen clinique, la réalisation du National Institute Health Score Scale (NIHSS), et avec le transfert des images radiologiques. Dans le cadre des établissements ayant un service de neurologie sans UNV, la décision de thrombolyse pourra être prise par un neurologue titulaire du DIU neurovasculaire, le médecin d'une UNV proche étant informé.

Orientation du patient et alerte des professionnels

○ **Par le Centre 15**

Quand le médecin régulateur reçoit un appel pour un patient dont les symptômes sont compatibles avec un AVC ou un AIT récent (inclus les AVC du réveil et d'horaire incertain), pour lequel le transfert est plus court vers un ES non UNV que vers une UNV

Il doit recueillir :

- L'identité et l'âge du patient,
- Les antécédents et les traitements habituels,
- L'heure de début des symptômes,
- Le tableau clinique décrit,
- Le moyen de joindre les proches du patient,

Le médecin régulateur doit informer et donner les renseignements :

- Au médecin de l'UNV la plus proche pour décider conjointement de l'indication de transport primaire du patient vers le ES non UNV concerné ou vers l'UNV
- Au médecin responsable de l'accueil du patient de l'ES non UNV, en cas d'indication d'un transport vers cet établissement

Le médecin devant accueillir le patient sur l'ES non UNV informe le service de Radiologie et s'assure de la disponibilité de l'imagerie cérébrale, l'IRM et à défaut le scanner. L'IRM est indispensable dans le cas d'un AVC du réveil ou d'horaire de début incertain.

Le médecin devant accueillir le patient sur l'ES non UNV et l'expert neuro-vasculaire doivent vérifier que la connexion entre l'ES et l'UNV est fonctionnelle pour la téléexpertise et la téléconsultation.

Procédures dégradées :

Un transport primaire à l'UNV est réalisé :

- Si le médecin qui doit accueillir le patient dans l'ES non UNV n'est pas joignable,
- Si le type d'imagerie cérébrale requise (IRM par exemple...) n'est pas disponible à ce moment-là sur l'ES d'accueil,
- Si le transfert des images n'est pas fonctionnel.
- Si la visio-consultation n'est pas fonctionnelle ou si l'établissement ne dispose pas du module visioconsultation. Si le transfert d'images est fonctionnel, une expertise téléphonique peut être employée en remplacement de la visioconsultation, ce en fonction de l'avis du médecin d'accueil et des experts de l'UNV

Dans le cas d'un patient se présentant dans un SAU non équipé de l'outil ORTIF TELENEURO (téléexpertise et visioconsultation), le professionnel des urgences devra alors

- alerter immédiatement le médecin de l'UNV la plus proche pour décider d'un transfert vers l'UNV ou vers l'ES non UNV de la filière la plus proche ; en cas de transfert vers l'ES non UNV, le médecin responsable de l'accueil du patient est immédiatement contacté
- ou alerter directement le SAMU pour décider du lieu d'accueil le plus proche.

- **Patient amené directement sur un ES (non UNV) de la filière et AVC ou AIT « intra muros »**

En cas de patient présentant des symptômes évocateurs d'AVC ou d'accident ischémique transitoire (AIT) amené directement à l'ES non UNV, l'infirmier(e) d'accueil et d'orientation (IAO) doit l'installer le plus rapidement possible pour une évaluation médicale.

L'ensemble de ces signes sont rappelés sur un document mis à la disposition de l'IAO (*FICHE à élaborer par les professionnels de l'ES*). Le médecin urgentiste doit contacter le plus rapidement possible le médecin neuro-vasculaire de l'UNV

En cas d'AVC ou AIT « intra muros », le médecin alerté doit prévenir au plus vite le médecin neuro vasculaire de l'UNV la plus proche, et si besoin localement, le médecin urgentiste. Le médecin responsable du service où le patient est hospitalisé doit fournir le plus clairement possible l'identité, les antécédents, les traitements en cours, et l'heure ou la fourchette horaire de survenue des symptômes. La disponibilité de l'imagerie cérébrale doit être vérifiée comme ci-dessus. Le transfert d'images et la visioconsultation sont réalisés le plus rapidement possible selon les protocoles définis dans chaque établissement.

Procédures dégradées :

Un transfert direct à l'UNV la plus proche est réalisé :

- Si le type d'imagerie cérébrale requise n'est pas disponible à ce moment là sur l'ES d'accueil, le médecin en charge du patient doit alors appeler le 15 pour organiser le transfert.

● **Accueil et conditionnement du patient**

Pour les ES non UNV, il doit être réalisé dans la structure d'urgence, au mieux dans la salle munie du dispositif de télé-médecine, ou à proximité.

Il est réalisé par l'IDE et comprend :

- Pression artérielle aux deux bras,
- Glycémie capillaire,
- Saturation en oxygène,
- Fréquence cardiaque,
- Température,
- Pose d'une voie veineuse de bon calibre, avec de préférence soluté NaCl 0,9%,
- Réalisation d'un bilan sanguin prescrit par le médecin d'accueil et comprenant au moins :
 - ✓ NFp
 - ✓ TP, TCA, fibrinogène
 - ✓ INR, Anti Xa si besoin
 - ✓ iono, urée, créatinine, glycémie
 - ✓ Enzymes cardiaques
 - ✓ β HCG si besoin
- Acheminement et analyse du bilan sanguin **EN URGENCE**,
- ECG

Le médecin d'accueil de l'ES non UNV doit :

- Examiner le patient, rechercher indication et contre-indications à la thrombolyse (*un document reprenant les contre-indications à la thrombolyse des infarctus cérébraux est rédigé par les professionnels de l'ES*)
- Remplir le score NIHSS à l'admission
- Prévenir le service de Radiologie de ES d'accueil,
- Prévenir le médecin de l'UNV, en s'identifiant,
- Recueillir le consentement du patient, ou de sa famille, lorsque que cela est possible pour une téléexpertise,
- Se connecter au dispositif de télé-médecine, ouvrir un dossier patient et le remplir concernant, l'identité, les antécédents, les traitements en cours, l'heure de survenue des symptômes, les constantes et le recueil du consentement.

L'expert neurovasculaire doit se connecter au dispositif de télé-médecine, ouvrir le dossier concerné et vérifier que les données cliniques, anamnestiques et le consentement sont correctement renseignés.

Une fiche rappelant le conditionnement du patient doit être affichée et accessible dans le lieu de conditionnement du patient (*fiche à rédiger par les professionnels de l'ES*)

Une fiche pour utilisation du dispositif de télé-médecine, avec un numéro d'urgence en cas de dysfonctionnement, doit être affichée et accessible à proximité du dispositif de télé-médecine

- dans le ES d'accueil (*fiche à rédiger en lien avec les ingénieurs des systèmes d'information*)
- et l'UNV de recours (*fiche à rédiger en lien avec les ingénieurs des systèmes d'information*)

Procédures dégradées :

- Après une information éclairée et comprise, en cas de refus du patient ou de sa famille de la téléexpertise, le patient est transféré, avec son accord à l'UNV la plus proche.
- En cas de connexion pour visioconsultation impossible, le numéro d'urgence technique doit être composé, le patient examiné par le médecin d'accueil et transféré rapidement à l'imagerie. Les données cliniques et anamnestiques seront transmises par téléphone.
- Si l'imagerie requise n'est pas disponible ou le transfert de l'imagerie impossible, transfert du patient à l'UNV la plus proche.

- **Examen du patient par visioconférence**

Le patient doit être installé ensuite le plus rapidement possible dans une salle dédiée à la prise en charge des AVC par télémédecine, munie du dispositif de télémédecine ORTIF TELENEURO.

- L'interrogatoire et l'examen sont réalisés conjointement par le médecin d'accueil et l'expert neurovasculaire. Le NIHSS est renseigné dans le dossier ;
- La récupération complète du patient évocatrice d'un AIT ou d'un AVC rapidement régressif n'exclue pas le patient de ce protocole. La procédure pourra être continuée selon l'avis des deux médecins.

Procédures dégradées :

- En cas de connexion pour visioconsultation impossible, le numéro d'urgence technique doit être composé par l'expert neurovasculaire, le patient examiné par le médecin d'accueil et transféré rapidement à l'imagerie. Les données cliniques et anamnestiques seront transmises par téléphone ;
- Si l'imagerie requise n'est pas disponible, transfert du patient à l'UNV la plus proche.

• **Imagerie cérébrale**

Le service d'imagerie doit réserver l'accès à l'examen dès l'arrivée du patient à l'ES non UNV.

- Il doit s'agir d'une IRM avec obligatoirement les séquences de diffusion (avec mesure du coefficient apparent), FLAIR, T2* et 3D tof. Une séquence de perfusion, une étude des troncs supra-aortiques, du système veineux peut être demandées par le médecin de l'UNV.
- Le scanner est effectué
 - en cas de contre-indication à l'IRM (stimulateur cardiaque ou sous-thalamique, etc.), agitation incontrôlable du patient, détresse vitale ou panne technique.
 - Si l'IRM cérébrale n'est pas disponible
- L'indication de l'angioscanner est prise par les médecins et radiologues de l'ES non UNV, conjointement avec le médecin de l'UNV
- Les images sont transférées par le manipulateur radio ou l'urgentiste sur la passerelle TELEMEDECINE.
- L'interprétation du radiologue présent dans l'ES d'accueil est transmise au médecin de l'UNV

Les médecins de l'UNV, et si nécessaire les neurochirurgiens et les neuroradiologues doivent consulter les images et remplir l'interprétation dans le dossier du patient.

Une fiche de procédure d'utilisation du dispositif de télémedecine sur le centre d'accueil avec numéro d'urgence en cas de dysfonctionnement), doit être affichée à proximité de l'outil de télémedecine dans le service de Radiologie des deux centres. *(Fiche à rédiger en lien avec les ingénieurs des systèmes d'information)*

Procédures dégradées :

- En cas d'AVC du réveil ou à heure imprécise, l'IRM EST OBLIGATOIRE et un transfert à l'UNV la plus proche est réalisé si elle n'est pas disponible dans l'ES non UNV.
- En cas de panne du transfert d'images, le radiologue du ES d'accueil et le médecin d'accueil doivent transmettre leur interprétation au médecin de l'UNV qui jugera si les descriptions sont assez précises pour une prise de décision. Sinon, un transfert est effectué à l'UNV la plus proche avec une copie de l'examen.

- **Décision de traitement**

Le médecin de l'ES non UNV doit recueillir les résultats de la NFp, de l'hémostase et les consigner dans le dossier médical du patient.

En cas d'accident ischémique :

- la décision de traitement par thrombolyse est prise conjointement par le médecin de l'UNV et le médecin du SAU. La décision doit être notée dans le télé-dossier.
- L'indication d'un traitement complémentaire par thrombectomie ou thrombolyse intra artérielle peut être posée par le centre expert.
 - Si l'UNV contactée est une UNV de recours, le neurologue contacte le neurochirurgien ou le neuroradiologue interventionnel selon les protocoles mises en place dans le cadre de la PDS
 - Si l'UNV contactée n'est pas une UNV de recours, le médecin de l'ES non UNV et/ou le médecin de l'UNV contacte le neurochirurgien ou le neuroradiologue interventionnel de l'UNV de recours ou de l'établissement de PDS de recours régional selon les protocoles mis en place dans le cadre de la PDS neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle
- En cas de décision de non thrombolyse, les raisons sont consignées dans le téledossier

En cas d'accident hémorragique

- La télémédecine peut aider aux décisions de traitement (réversion d'un traitement anticoagulant, traitement antihypertenseur ...); dans ce cas, les décisions sont prises conjointement par le médecin de l'UNV et le médecin du SAU et sont notées dans le téledossier.
- a. L'indication d'un avis neurochirurgical ou neuroradiologique interventionnel peut être posée par le centre expert
 - Si l'UNV contactée est une UNV de recours, le neurologue contacte le neurochirurgien ou le neuroradiologue interventionnel selon les protocoles mis en place dans le cadre de la PDS
 - Si l'UNV contactée n'est pas une UNV de recours, le médecin de l'ES non UNV et/ou le médecin de l'UNV contacte le neurochirurgien ou le neuroradiologue interventionnel de l'UNV de recours ou de l'établissement de PDS de recours régional selon les protocoles mis en place dans le cadre de la PDS neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle

Il convient de rappeler que doivent être notamment inscrits, dans le dossier du patient et la fiche d'observation du patient tenus par chaque professionnel médical intervenant à l'acte de télémédecine, le compte rendu de la réalisation de l'acte, les actes et prescriptions médicamenteuses effectuées dans ce cadre, l'identité des professionnels de santé ayant participé à l'acte, la date et l'heure de l'acte et, le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

- **Traitement par ACTILYSE**

- **Il est prescrit par le médecin de l'ES d'accueil.**
- **Il est réalisé**
 - Par un(e) IDE selon le protocole au conditionnement du patient et à l'injection du rt-PA, *(Une procédure pour les infirmières des urgences concernant la thrombolyse par rt-PA IV dans l'infarctus cérébral doit être rédigé par l'ES)*
 - En présence du médecin de l'ES,
 - Sous monitoring cardio respiratoire.
- **Le produit utilisé est le rt-PA à la dose de 0,9 mg/kg en IV**
 - avec un bolus de 10% sur 1 minute,
 - attendre 3 minutes l'absence de réaction allergique,
 - et passer le reste sur 1 heure en IVSE.
 - Les doses peuvent être déterminées par l'abaque affiché dans la salle de traitement et qui précise bien le nom du produit : ACTILYSE®, rt-PA
 - Ne pas dépasser les 90 mg en dose totale

7.4 La surveillance continue du patient comprend

- **Monitoring cardio-vasculaire ;**
 - i. noter la tension artérielle toutes les 15 mn de H0 à H2, puis toutes les 30 mn de H2 à H4 (feuille de surveillance)
 - ii. objectif impératif : maintenir la PA < 185/110 mm Hg *(procédure concernant la prise en charge de l'HTA lors de la thrombolyse est à rédiger par l'ES)*
 - iii.
- **Surveillance neurologique : vigilance, déficit.**
 - i. Noter l'examen neurologique toutes les 15 minutes de H0 à H2, puis toutes les 30 mn de H2 à H4 (feuille de surveillance)
 - ii. Suspecter une complication hémorragique intracérébrale en cas d'aggravation neurologique , de poussée d'HTA, de nausées ou de vomissements *(rédiger une procédure prise en charge des complications survenant lors d'une thrombolyse d'infarctus cérébral)*
- **Langue et téguments :** dépister les premières réactions d'hypersensibilité en surveillant étroitement le patient : examiner régulièrement la langue et les téguments pendant et jusqu'à 2 heures après la fin du traitement. En cas d'apparition de signes d'hypersensibilité, interrompre le traitement par atepase et suivre la procédure rédigée par les professionnels de l'ES : prise en charge des complications survenant lors d'une thrombolyse d'infarctus cérébral .
- **Pas de traitement anticoagulant ou anti agrégant jusqu'au TDM ou l'IRM** de contrôle réalisé à 24 heures ou avant si aggravation du NIHSS de plus de 4 points.
- **Lever interdit.**

7.5 Traitements associés

- Ne pas administrer d'aspirine ni d'autres antiplaquettaires, ni un antiinflammatoire non stéroïdien, ni d'héparine, ni un traitement anticoagulant oral pendant les 24 heures après le fin du traitement par rt-PA
- Eviter les injections intramusculaires, la pose de cathéter central, les ponctions artérielle, la pose de

sonde naso-gastrique ou de sonde intra-vésicale dans les 24 heures suivant la fin du traitement par rt-PA

8 Transfert du patient

Un transfert médicalisé (justifié par l'acte de thrombolyse ou dans d'autres situations) ou non médicalisé du patient doit être organisé vers une UNV, en priorité celle où se trouvent les experts contactés pour l'avis par télé-médecine.

Ce transfert vers une UNV est fortement recommandé pour tous les patients victimes d'AVC ou d'AIT

Ce transfert est impératif

- **Vers une UNV de territoire ou de recours en cas de :**

- Thrombolyse d'un infarctus cérébral
- AIT répétitifs et crescendo
- AIT ou IC de nature hémodynamique
- Toute indication autre posée par l'expert

La thrombolyse peut se poursuivre dans l'ambulance médicalisée, (le fiche de surveillance suit le patient ainsi que protocole de contrôle de la tension artérielle). En cas d'aggravation du patient dans l'ambulance, le médecin de SMUR contacte le médecin de l'UNV pour décider conjointement de la conduite à tenir; en cas de décision de transfert en réanimation, les premiers services de réanimation à contacter sont, en fonction des décisions prises, soit le service de réanimation de l'établissement UNV, soit le service de réanimation ayant une expertise dans la prise en charge du neurolésé (NEUROREA) le plus proche assurant la permanence de soins en lien avec les services de neurochirurgie.

- **Vers un ES disposant de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle en cas de**

- Indication à un traitement complémentaire par thrombectomie ou thrombolyse intra artérielle
- IC hémisphérique massif pour le quel peut être envisagée une craniectomie décompressive,
- Hémorragie cérébrale ou IC (en particulier de topographie cérébelleuse) nécessitant une surveillance en milieu neurochirurgical
- Toute Indication autre posée par l'expert.

Ce transfert devra utiliser le vecteur le plus rapide, médicalisée si nécessaire afin que le patient soit accueilli et surveillé au plus vite en UNV, en neurochirurgie ou en NEUROREA et mobiliser le moins longtemps possible le médecin et le personnel accompagnant.

Procédure dégradée :

Si le patient ne peut pas être accueilli immédiatement en UNV, la surveillance pourra être réalisée dans l'ES d'accueil avec prescriptions. Chaque ES sans UNV devra identifier une ou plusieurs structures pour accueillir ces patients AVC qui ne pourront être admis en USINV/UNV, en distinguant structure aigue typeUSIC ou USC et plus froide type service de médecine. Des procédures propres à chaque ES sans UNV concernant ces filières de soins dégradées devront être établies.

9 Evaluation des pratiques professionnelles

Ce protocole et son application seront constamment évalués par les indicateurs suivants :

- Nombre de patients ayant bénéficié d'une télé-expertise via la solution TELENEURO
- Nombre total d'avis d'experts rendus grâce à la solution TELENEURO

- Services d'urgences
 - Nombre de patients transférés en UNV après utilisation de la solution TELENEURO
 - Nombre de patients transférés en Neurochirurgie, NRI, NEUROREA après utilisation de la solution TELENEURO
 - Nombre de patients thrombolysés pour IC aux urgences et transférés en UNV, après utilisation de la solution TELENEURO

- UNV, Services de neurochirurgie, de NRI , de NEUROREA
 - Nombre de patients transférés en UNV après utilisation de la solution TELENEURO
 - Nombre de patients transférés en Neurochirurgie, NRI, NEUROREA après utilisation de la solution TELENEURO
 - Nombre de patients thrombolysés pour IC aux urgences et transférés en UNV, après utilisation de la solution TELENEURO

Une déclaration de dysfonctionnement peut être réalisée par l'ensemble des professionnels intervenant dans le cadre de l'évaluation et du traitement d'un patient dans le cadre de ce Protocole, en complétant un formulaire dédié mis à disposition dans chaque ES et dans le Centre expert (**Annexe 2 – Formulaire de déclaration de dysfonctionnement**). Ils devront être collectés par chaque animateur de filières AVC

**ANNEXE N° 1 – FORMATION AUX PATHOLOGIES NEURO-
VASCULAIRES URGENTES DES REFERENTS « AVC » MEDICAUX ET
PARAMEDICAUX DES ETABLISSEMENTS DISPOSANT DE SERVICES
d'URGENCES ET PARTICIPANT A LA FILIERE REGIONALE DE PRISE EN
CHARGE DES AVC PROGRAMME DE FORMATION DES
PROFESSIONNELS DE SANTE**

**FORMATION AUX PATHOLOGIES NEURO-VASCULAIRES URGENTES
DES REFERENTS « AVC » MEDICAUX ET PARAMEDICAUX
DES ETABLISSEMENTS DISPOSANT DE SERVICES D'URGENCES
ET PARTICIPANT A LA FILIERE REGIONALE DE PRISE EN CHARGE DES AVC**

FORMATION THEORIQUE

Participants : 5 personnes par établissement :

Urgentiste référent, paramédical des urgences référent, radiologue référent, paramédical de radiologie référent, neurologue de l'établissement (si l'établissement dispose de neurologue)

Chaque référent sera ensuite chargé de la sensibilisation des soignants de son établissement. Aussi, nous nous proposons de mettre les diaporamas des intervenants (avec leur accord) sur un site qui sera dédié à cette formation.

La formation est réalisée sur 2 jours.

Pour favoriser les échanges entre participants, deux sessions regroupant au maximum 50 personnes sont organisées

Formation 1 : les 13 et 18 novembre 2013

Formation 2 : les 09 et 16 décembre 2013

Lieu des formations : ARS Ile De France, 35, rue de la Gare, 75935 Paris Cedex 19

FORMATION PRATIQUE

Cette formation sera complétée par une **formation pratique** organisée sur les sites en lien avec les animateurs de filières AVC. Des cas cliniques seront proposés.

Inscriptions à la formation théorique

Inscriptions en ligne : <http://goo.gl/8XqDap>

Organisation de la formation :

Dr F Woimant – ARS IF. France [.woimant@ars.sante.fr](mailto:woimant@ars.sante.fr)

Pré -Programme : en attente de confirmation des modérateurs et intervenants pressentis

Jour 1 : 13 novembre ou 9 décembre 2013

9h Accueil

- Anne Marie Armanteras de Saxe, Directrice Pôle établissements, DOSMS

9h15 – 10h 15 Les filières neurologiques en Ile de France

- 9h15-10h F Woimant (ARS)
 - Les filières AVC, Neurochirurgie, Neuroradiologie diagnostique et interventionnelle en Idf
- 10h-10h15 O Cras (ARS)
 - Les missions des animateurs de filières AVC.
- 10h15-10h30 : Discussion

10 h 30 – 13 h : Reconnaître l'AVC et l'AIT

Arrivée aux urgences Modération : B Vivien (SAMU 75) A Ameri (UNV Meaux), P Roy (Urgences Provins)

- 10h-30- 11h-30 KChikh-Chauveau (Urgence Juvisy) et J Phan Dinh (Cadre des urgences/Smur Juvisy)
 - Reconnaissance de l'AVC aux urgences, Echelles FAST, NIHSS, Bilan vasculaire : TA, pouls, ECG..., glycémie, température , Paramètres à surveiller, Appel du neurologue . protocoles, procédures pour la biologie en urgence etc ...
- 11h30-11h45 Discussion

Imagerie Modération : S Gonin (Radiologue CHSF), T de Broucker (UNV St Denis), MN Audard (manipulatrice radiologie, Lariboisière)

- 11h45 – 12h45
 - Scanner et pathologies neuro-vasculaires urgentes A Gaston (Neuroradiologie H Mondor)
 - IRM et pathologies neuro-vasculaires urgentes C Oppenheim (Neuroradiologie Ste Anne)
- 12h45-13h Discussion

14 h15 – 16 h 45 Prise en charge de l'infarctus cérébral

Traitement médical à la phase aiguë autre que la thrombolyse Modération : H Andrianjafy (Urgences Longjumeau) , E Manchon (Animateur Gonesse), A de Windt (Animateur Meaux)

- 14h15_14h30 Les principales étiologies H Hosseini (UNV, H Mondor)
- 14h30-14h45 Les Antithrombotiques C Denier – (UNV - Bicêtre)
- 14h45 – 15h 15 Prise en charge de la tension artérielle, de l'hyperglycémie, de la fièvre Et prévention des complications secondaires (I Crassard UNV et cadre ou infirmier Lariboisière)
- 15h – 15 - 15h30 Discussion

La thrombolyse des infarctus cérébraux Modération : C Legall (Urgences Argenteuil), C Pottier (Animateur Pontoise), D Smadja (UNV CHSF)

- 15h45 – 16h45 Thrombolyse (S Alamowitch et cadre UNV Tenon)
 - Indications, contre indications, Surveillance médicale et paramédicale
- 16 h 45-17h Discussion

17h – 17h45 L'AVC de l'enfant

Modération : Clémence Laage (UNV Poissy), T Benoit (Animateur Aulnay)

- 17 h– 17 h 30 Les particularités de l'AVC de l'enfant (C Bellesme, Neuropédiatrie Bicêtre)
- 17h30-17h45 Discussion

Jour 2 : 18 novembre ou 16 décembre 2013

9h15- 10 h 15 Prise en charge de l'hémorragie cérébrale Modération : Y Lhermitte (SAMU 77), M Wargon (Urgences St Camille), N Sanda (Animateur Foch)

- 9h15- 9h30 Les principales étiologies P Niclot (UNV Pontoise)
- 9h30 - 10h Le traitement médical et la prise en charge médicale des patients traités par anticoagulant M Bruandet (Animateur St Joseph)
- 10h -10 h 15 Discussion

10 h 30 - 12 h Prise en charge des AVC sévères Modération : C Lamy (UNV Ste Anne), D Bresson (Neuro Chirurgie, Lariboisière), F Dolveck (SAMU 92)

- 10h30-10h45 Les AVC sévères du Tronc Cérébral : comment les reconnaître ? S Crozier (UNV Salpêtrière)
- 10h45-11h Quels AVC adresser en réanimation ? H Outin (Réanimation Poissy)
- 11h - 11h15 Indications neurochirurgicales en urgence T Faillot (Neurochirurgie Beaujon)
- 11h15- 11h30 Indications NRI en urgence . M Mazighi (UNV Bichat)
- 11h30-12h Discussion

12h - 12h 45 Prise en charge de l'AIT Modération : O Ille (UNV Mantes) Valérie Thomas (SAMU 93), T Guedj (Animateur Bicêtre)

- 12h - 12h30 Quelle prise en charge pour l'AIT ? F Pico (UNV Versailles)
- 12h30-12h45 Discussion

14 h 15_ 15h 30 Les céphalées inhabituelles Modération : M Levasseur (UNV Orsay), F Clarençon (Neuroradiologue Salpêtrière) et G Lot (Neurochirurgie Fondation Rothschild)

- 14h15- 15h15 Prise en charge des céphalées inhabituelles et brutales MG Bousser (UNV Lariboisière)
- 15h 15 - 15 h 30 : discussion

15h 30 - 16 h 30 Table ronde : Transfert des urgences neurologiques vers les UNV

Modération : P Rey (SAMU 77), S Evrard (UNV Foch), E Demière (Urgences Nemours)

3 interventions de 10 mn : N Roignant-Tonda (SAMU 91) , G Mathieu (Urgences Jossigny), J Servan (Animateur Versailles)

- Pour qui ? Comment ? Quand ?

Suivies de 30 mn de discussion

17 h - 17 h 30 Evaluation des participants

ANNEXE 2– FORMULAIRE DE DECLARATION DE DYSFONCTIONNEMENT

Initiales du patient (prénom et nom) :

Date de l'évaluation :

Heure d'accueil sur le ES :

ES d'accueil :

Description du dysfonctionnement :

REGULATION ET ALERTE DES PROFESSIONNELS

ACCUEIL ET CONDITIONNEMENT

VIDEOCONFERENCE

IMAGERIE ET TRANSFERT D'IMAGES

DECISIONS DE TRAITEMENT

TRAITEMENT

DECISION DE TRANSFERT ET TRANSFERT

COMMENTAIRES GENERAUX ET SOLUTIONS PROPOSEES

ANNEXE 3

CONSENTEMENT TYPE POUR UN AVIS PAR TELECONSULTATION

Octobre 2014

Consentement du patient

Hôpital :

Service :

Je soussigné (e) Madame, Monsieur

avoir été informé(e) par le Dr

que mon état de santé nécessite l'avis d'un médecin expert exerçant
en Unité Neuro-Vasculaire,
en neurochirurgie,
en neuroradiologie
en réanimation
dans l'établissement hospitalier.....

J'accepte et autorise que :

- la communication de mes données médicales et radiologiques au médecin expert soit effectuée grâce à un système de télémédecine
- et que soit réalisée, si nécessaire, une téléconsultation.

Si au décours de cet avis spécialisé, mon état de santé justifie un acte médical, celui-ci me sera expliqué par le médecin du service d'accueil des urgences ou le médecin expert, via l'outil de télémédecine.

J'ai pris connaissance du fait que les données nécessaires à la réalisation de l'acte de télémédecine sont hébergées en conformité avec la réglementation française actuelle (hébergeur agréé de données de santé)

Je consens à ce que soit réalisée une téléconsultation par télémédecine.

Fait à, le

Signature

Consentement de la famille ou la personne de confiance,
dans le cas où le patient ne peut exprimer sa volonté

Hôpital :
Service :

Je soussigné (e) Madame . Monsieur,
agissant en qualité de
de Madame , Monsieur
avoir été informé(e) par le Dr
que son état de santé nécessite l'avis d'un médecin expert exerçant
en Unité Neuro-Vasculaire
en service de neurochirurgie
en service de neuroradiologie
en service de réanimation
dans l'établissement hospitalier

J'accepte et autorise que :

- la communication de ses données médicales et radiologiques au médecin expert soit effectuée grâce à un système de télémédecine
- et que soit réalisée, si nécessaire, une téléconsultation.

Si au décours de cet avis spécialisé, son état de santé justifie un acte médical, celui-ci me sera expliqué par le médecin du service d'accueil des urgences ou le médecin expert, via l'outil de télémédecine.

J'ai pris connaissance du fait que les données nécessaires à la réalisation de l'acte de télémédecine sont hébergées en conformité avec la réglementation française actuelle (hébergeur agréé de données de santé)

Je consens à ce que soit réalisée pour Madame, Monsieur..... une téléconsultation par télémédecine.

Fait à, le

Signature

ANNEXE 4
ANNEXE FINANCIERE

Octobre 2014

ANNEXE 4 : ANNEXE FINANCIERE

La facturation des actes de télémedecine fait l'objet, en l'absence d'actes CCAM, d'un dispositif expérimental.

La facturation est réalisée dans le cadre de prestations inter établissements.

Pour cette phase pilote :

- ✓ le forfait télé expertise sur transfert d'images, sans visioconsultation est fixé à :
 - 2C2 (92 euros) pour l'intervention d'1 ou 2 experts,
 - 3C2 (138 euros) pour l'intervention de 3 experts ou plus,ce, quelle que soit l'heure de la téléexpertise.

- ✓ le forfait télé expertise incluant une visioconsultation est fixé à :
 - 3C2 (138 euros)ce, quelle que soit l'heure de la visioconsultation.

Le forfait téléexpertise est facturé par l'établissement expert à l'établissement demandeur :

- ✓ si le patient n'est pas transféré dans le site expert,
- ✓ si le patient est transféré dans le centre expert, et revient dans l'établissement initial avant 48 heures

Dans le cadre de la thrombolyse des infarctus cérébraux, justifiant toujours un transfert médicalisé en UNV (SI), l'établissement expert qui accueille le patient rembourse le coût du thrombolytique (1000 euros) à l'établissement qui a pris en charge le patient aux urgences.