

17^{es} Assises jeudi 24 et vendredi 25 novembre 2011
du Collège National des Cardiologues des Hôpitaux

Déclaration de Relations Professionnelles
Aucun conflit d'intérêt

 Société Française de Cardiologie

 Collège National des Cardiologues des Hôpitaux
www.cnch-assises.fr

www.sfcadio.fr/cnch

 Centre Hospitalier Meaux

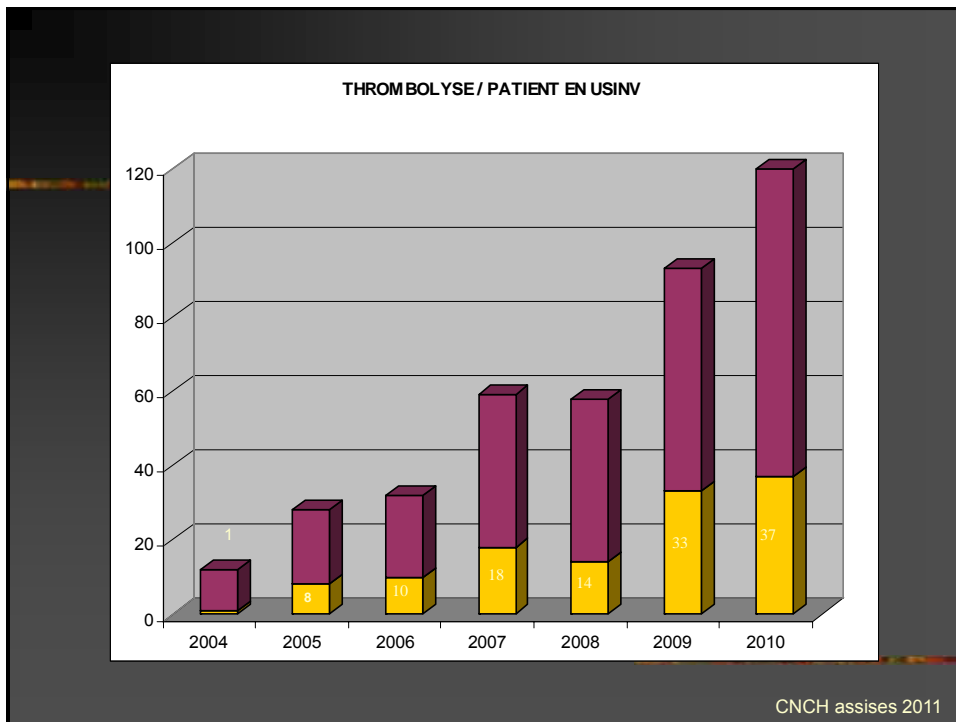
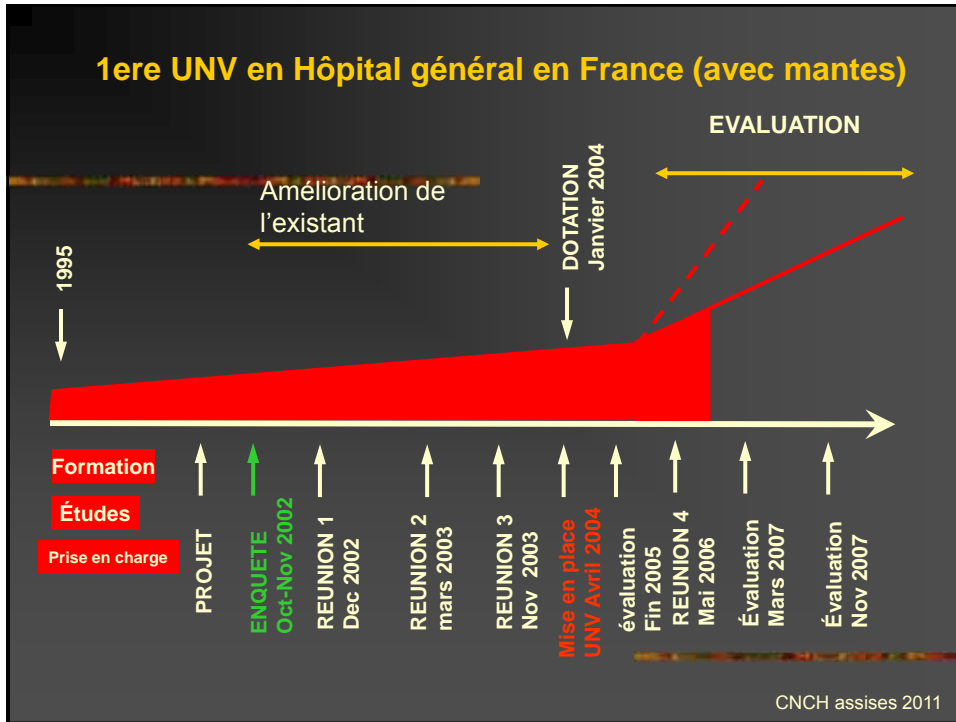
 GROUPE HOSPITALIER de l'Est Francilien

USINV et USIC
Prise en charge des AVC avec l'UNV





CNCH assises 2011



Fonctionnement USI

- USIC 8 lits
 - 1 IDE pour 4 lits 24H/24
 - 1 AS pour 8 lits matin et après midi
 - Garde cardiologique sur place
 - Neurologue d'astreinte opérationnelle
- Le service de Cardiologie assure l'hôtellerie, la prise en charge soignante
- En dehors de problèmes spécifiques,
→ rôle « relais » du Cardiologue

CNCH assises 2011

Circuit Thrombolyse CH Meaux (1)

- 15
- SMUR
- Contact neurologue d'astreinte
- Accord de principe
- USIC prévenue
- Prélèvement sanguin par le SMUR
- Transport direct au scanner
- Accueil par le radiologue et le neurologue

CNCH assises 2011

Circuit Thrombolyse CH Meaux (2)

- Confirmation clinique et radiologique de l'indication
- Transport en USIC (personnel USIC + neurologue)
- Récupération des examens biologiques
 - ➔ *facteur limitant*
- Thrombolyse
- Présence en USIC du neurologue en per et post procédure.
- Place limitée du cardiologue pendant la procédure

CNCH assises 2011

L'AVENIR tel que défini en 2007

- **Rapprochement architectural des unités d'hospitalisation conventionnelle**
- **Regroupement des unités d'exploration**
- **Création de 4 lits dédiés à l'USINV au sein d'une unité d'USI de 12 lits**
 - Maintien du fonctionnement par garde cardiologique + astreinte neurologique
 - 3 IDE 24H/24
 - 1 AS matin et après midi + 1 AS de jour

CNCH assises 2011

LA REALITE FIN 2011

- Multiples plans directeur architecturaux, jamais réalisés
→ statu quo
- En raison d'un déficit budgétaire croissant depuis 2008, qui pourrait être proche de 6% en 2011
- Plan de retour à l'équilibre et quasi tutelle de l'ARS IDF
- La pérennité de la permanence continue cardiologique n'est pas acquise
- D'autant que si la DMS USI a baissé de 17% entre 2009 et 2011, le taux d'occupation a également baissé pouvant atteindre 78% en 2011
- Elargissement du profil des patients NV pris en charge en USI avec le risque de concurrence cardio/NV et d'engorgement

CNCH assises 2011

Quels patients pour l'USINV ?

- AVC < 3 h = thrombolyse
- AVC en évolution
- AVC de moins de 6 heures
- AIT récent
- AIT répétés
- Pathologie cardiaque associée

CNCH assises 2011

Pourquoi poser la question USINV et USIC

- L'amélioration de la prise en charge des AVC est une des priorités nationales
- Plan AVC visant à la mise en place de 140 UNV, persiste une grande inégalité régionale, ouvrant une place à la télémédecine
- En dehors des CHU, il existe peu d'USINV indépendantes, qui implique une permanence continue neurologique
- En CH, les USIC sont souvent le lieu d'accueil, mais toute autre permanence continue est possible.
- Nos patients ont le même profil, et indépendamment de l'USINV, l'UNV a besoin d'un environnement cardiologique, exploratoire mais également clinique

CNCH assises 2011

CONDITIONS PREALABLES

- Existence au sein du CHG d'un service de Cardiologie et d'un service de neurologie.
- Service de Neurologie suffisamment étoffé pour assurer une astreinte opérationnelle.
- Services d'Imagerie et de Cardiologie en capacité d'assumer, quantitativement et qualitativement.

CNCH assises 2011

CONDITIONS DE REUSSITE DE L'UNV VUES PAR LE CARDIOLOGUE

- Qualité des relations humaines entre les services.
- Anticipation des conséquences pour les explorations non invasives cardio-vasculaires.
- Anticipation des conséquences en terme de prise en charge clinique des patients de l'UNV, souvent également « cardiaques ».

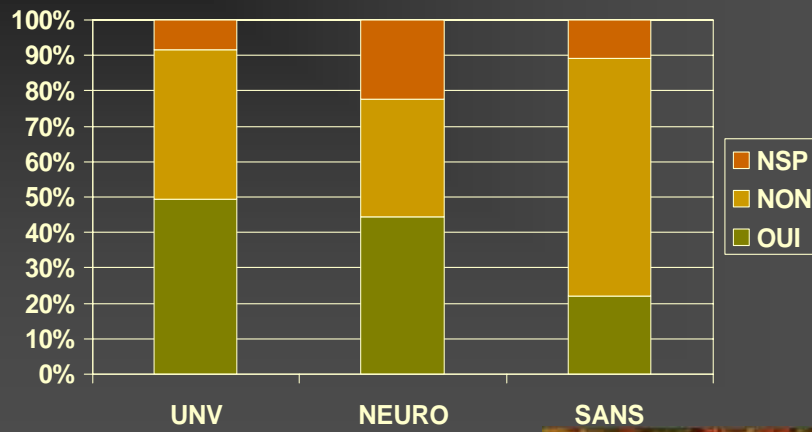
CNCH assises 2011

CONDITIONS DE REUSSITE DE L'USINV VUES PAR LE CARDIOLOGUE

- Formation et encadrement du personnel médical et soignant de l'USIC par les neurologues
- Acceptation des contraintes (partage des lits) avec « priorité » aux urgences neuro-vasculaires relevant d'une thrombolyse.
- Définition très précise du rôle de chacun, « procédurée », neurologue, cardiologue, personnel non médical.

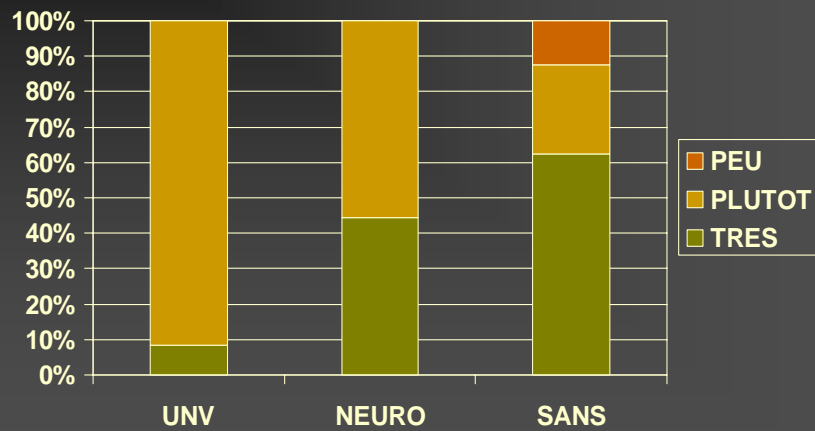
CNCH assises 2011

Les indications neurologiques d'explorations fonctionnelles cardio vasculaires sont elles d'après-vous la première cause de demande d'exploration cardiovasculaire dans votre service (en dehors du service de Cardiologie)



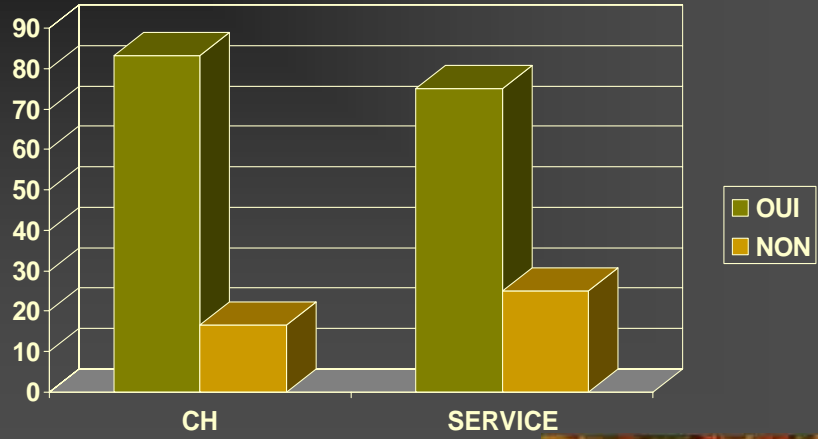
CNCH assises 2011

D'après vous les neurologues sont globalement satisfaits de la collaboration avec votre unité d'explorations fonctionnelles



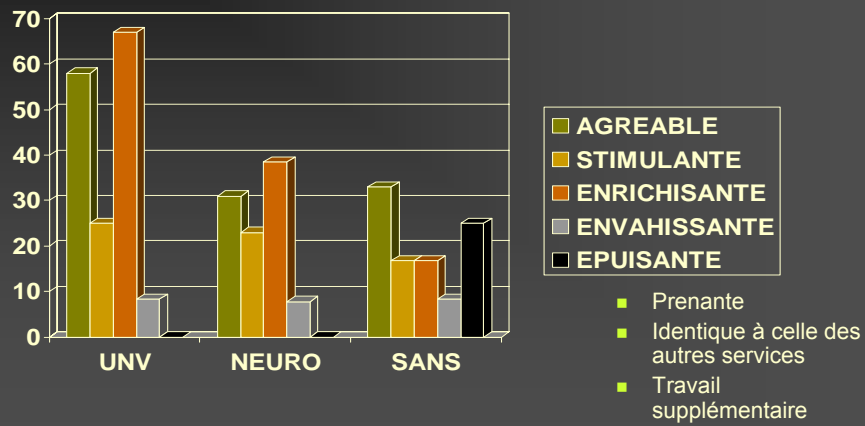
CNCH assises 2011

S'il existe une UNV/USINV dans votre établissement, diriez vous que son ouverture a eu des conséquences importantes sur votre centre hospitalier, sur votre service.



CNCH assises 2011

Choisissez parmi les qualificatifs ci-dessous, les deux qui décrivent le mieux votre relation avec la Neurologie



CNCH assises 2011

AU TOTAL, USINV en USIC

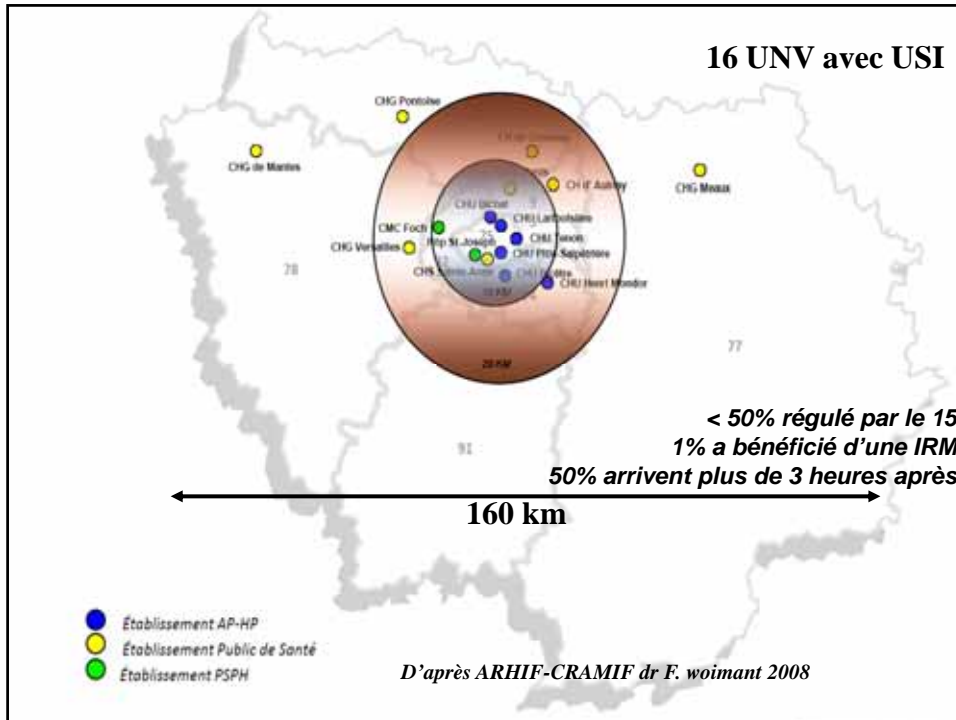
- **Oui**
 - Expérience enrichissante, permettant une remise en question.
 - Peut être un moyen de garantir la pérennité d'une USIC et incidemment de garantir une « qualité cardiologique » en CH sans cardiologie interventionnelle.
- **Mais**
 - Indispensable qualité des relations humaines
 - Chronophage
 - Partenaire exigeant quantitativement et qualitativement
 - Risque de concurrence dans l'occupation des lits
 - Impose une orientation très neuro-vasculaire des cardiologues

CNCH assises 2011

pour l'IDF

	22 000/an	↑
■ mortalité dans le premier mois	5500	↓
■ séquelles physique ou cognitif	11 000	
■ prévalence	50 000	↑
■ institutionnalisation	15 000	↑

CNCH assises 2011



Vers un réseau gradué de soins

- Établissement avec capacité interventionnelle
- Expertise neuro-vasculaire
- Imagerie
- Neuro-radio interventionnelle
- neurochirurgie

- Établissement avec UNV
- Expertise neuro-vasculaire
- Imagerie

15

- Établissement sans UNV
- Avec SAU
- Protocole de soins

● Télé-neurologie

Télémédecine

- Un existant riche et dispersé sur 3 domaines d'application:
 - Urgences neurochirurgicales
 - Télédiagnostic et télé expertise en radiologie
 - Prise en charge des AVC: Picardie, Ile- de- France, Nord- pas- de- Calais, Rhones-Alpes, Pays- de- Loire...
- Frein au développement de la téléradiologie / télémédecine:
 - responsabilité des différents professionnels de santé
 - Rémunération de l'acte
 - Financement

CNCH assises 2011

Évaluation

- The Telemedic Pilot Project for Integrative Stroke Care in Bavaria (TEMPiS)
Neurology 2007;69 :898-903
- Réseau REACH Géorgie, US
Stroke 2005;36:2018-2020
- Telemedicine in Stroke in Swabia
Stroke 2003;34:2951-2957



CNCH assises 2011

Télé- AVC: Recommandations de la HAS (mai 2009)

- La thrombolyse IV par rt- PA des infarctus cérébraux est recommandée jusqu'à 4 heures 30 (hors AMM) (accord pro). Elle doit être effectuée le plus tôt possible (grade A).
- Dans les établissements disposant d'une UNV, la thrombolyse IV est prescrite par un neurologue (AMM) et/ ou un médecin titulaire du DIU de pathologie neuro-vasculaire (hors AMM). Le patient doit être surveillé au sein de l'unité neuro-vasculaire (accord pro)
- Dans les établissements ne disposant pas d'une UNV, l'indication de la thrombolyse doit être portée par téléconsultation par télémédecine du médecin neuro-vasculaire de l'UNV où le patient sera transféré après thrombolyse (hors AMM) (accord pro)

CNCH assises 2011

Plan national d'action AVC 2010 - 2014

- État de lieux (Rapport Ferry- Lemonnier) remis en Oct. 2009
- 21 avril 2010 Annonce par la Ministre de la santé
- 1 juillet 2010 Premier Comité national de suivi
- Plan décliné en 4 axes et 17 actions sur 5 ans, 134 M€
- Axe 1 : améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant, et après l'AVC
- **Axe 2** : mettre en oeuvre
 - - des filières de prise en charge (action 5)
 - - et des **systèmes d'information adaptés (action 8)**

CNCH assises 2011

Télémédecine: Les derniers textes

Loi HPST (art. 78) => Article L6316- 1 (juillet 2009)

- « La télémédecine est une forme de **pratique médicale** à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication..... »
- « Elle permet d'établir **un diagnostic** , d'assurer, pour un patient à risque, **un suivi** à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir **un avis spécialisé** , de préparer une décision thérapeutique, de **prescrire des produits** »
- La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en oeuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret »

CNCH assises 2011

Télémédecine: Les derniers textes

Décret 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

- **Définition des actes de télémédecine:** (R6316- 1)
 - Téléconsultation - Téléexpertise - Télésurveillance - Téléassistance médicale (d'un autre prof.)
- **Conditions de mise en oeuvre:** (R6316- 2 à -5)
 - Consentement libre et éclairé (L1111- 2 et -4) - échange d'informations - traçabilité dans le DM- prise en charge
- **Organisation:** (R6316- 6 à -11)
 - L'activité de télémédecine fait l'objet d'un programme national (défini par arrêté min.), de programmes régionaux (déclinant les modalités d'applications des schémas du PRS et précisant les conditions d'exercice de la télémédecine) eux mêmes déclinés en CPOM ou en contrats particuliers.

CNCH assises 2011

Expérimentation ARSIF COVOTEM septembre 2011

- 3 centres récepteur Tenon, St Denis, Meaux
- 4 centre émetteur Lagny, Jean Verdier, Saint-antoine, Montreuil



CNCH assises 2011

The cost-effectiveness of telestroke in the treatment of acute ischemic stroke

R.E. Nelson, PhD
G.M. Saltzman, PhD
E.J. Skalabrin, MD
B.M. Demerschalk,
MD, MSc, FRCP(C)
J.J. Majersik, MD, MS

Conclusion: When a lifetime perspective is taken, telestroke appears cost-effective compared to usual care, since telestroke costs are upfront but benefits of improved stroke care are lifelong. If barriers to use such as low reimbursement rates and high equipment costs are reduced, telestroke has the potential to diminish the striking geographic disparities of acute stroke care in the United States. *Neurology* 2011;77:1590-1598

CNCH assises 2011

Télémédecine et AVC Limites et questions

- La télémédecine ne doit pas être une solution de substitution à la prise en charge des urgences
- Le périmètre exact d'intervention doit être précisé
- Encadrement médico-légal ?
- Évaluation coût/efficacité nécessaire

CNCH assises 2011

