



# Cahier des charges régional

**Prise en charge des urgences en neurochirurgie  
et en neuroradiologie interventionnelle adulte**



## Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>Page 4 - 5</b>
<b>I. Prérequis</b>	<b>Page 6 - 7</b>
<b>II. Cadre général</b>	<b>Page 8</b>
<b>III. Les engagements</b>	<b>Page 9 - 16</b>
<b>IV. Annexe n°1 : Recommandations de parcours de prise en charge issues du groupe de travail régional (à titre indicatif)</b>	<b>Page 17 - 21</b>



## 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 PDSSES.

### **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 concernés.

## 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 Béchère

## 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
  - ✓ Urgences dans le cadre de contractualisation
  - ✓ Urgences se présentant à eux (24h / 24h) en assurant une évaluation et une orientation adaptée

### 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 PDES 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 PDES sera nécessaire.

#### A. Pour les sites candidats à la PDES 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 PDES de proximité territoriale participent à tour de rôle afin d'assumer cette mission. L'établissement assurant la PDES 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 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.

### **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 PDES**

- 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 PDES 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 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 PDES, 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'examen 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.

Les urgences vitales peuvent être adressées au site PDSSES 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 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 médico-chirurgicale du site 24h/24h et 7j/7j.

## **5. 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 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 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.

# **B. Pour les sites candidats à la PDSSES de proximité**

## **1. 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 (coordinateur, 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 PDSSES 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 PDSES**

- 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 PDSES 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 PDSES, 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 médico-chirurgicale 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 PDES 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 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.

## 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 PDSSES, 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 PDSSES, 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'examen 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 PDSSES 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 aigüe 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'examen 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'examen 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'angiogramme 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 PDSES. 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'examen 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'examens 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.