

Neurologie

- **Principal rédacteur de cette synthèse**
Marie VIDAILHET, La Pitié.
- **Participation de la spécialité à l'aval des urgences**
 - La neurologie participe aux urgences via les UNV (unités neuro-vasculaires) dans le cadre de la suspicion d'accident vasculaire cérébral à la phase aiguë. Actuellement, chaque service assure l'aval des urgences, les malades étant envoyés directement dans les lits ou les consultations sans examens complémentaires préalables (*prescreening*) pratiqués aux urgences (qui sont pourtant le seul service à avoir accès aux plateaux techniques de manière prioritaire 24h/24). Certains services assurent des consultations avancées dans les urgences ou les UHCD (unités d'hospitalisation de courte durée) sans contrepartie de renfort d'effectifs.
 - Dans un monde idéal, un *prescreening* avec des procédures simples (céphalées, confusion, épilepsie, chutes, signes focaux) pourrait être réalisé par les urgences, pour permettre un meilleur accès primaire aux examens complémentaires, et une orientation optimale et rapide avec projet thérapeutique dans les services de neurologie (sous 12 à 24h pour aval rapide et réduction des attentes). Pour les patients ne présentant pas une urgence vitale ou fonctionnelle à 24h, une réorientation en ambulatoire dans les 48h doit être repensée de manière collégiale et déclinée de manière locale.
 - Les personnels des urgences, permanents ou temporaires (internes, CCA), pourraient avoir accès à des cycles d'actualisation des procédures devant les situations d'urgence neurologique en partenariat avec les neurologues du site ou un pool de neurologues de la collégiale.
- **Grandes progrès envisageables dans la spécialité**
 - maladies qui progressent, maladies qui apparaissent.
 - a) Sclérose en plaques : amélioration du pronostic fonctionnel et de la progression du handicap, et diminution du nombre de poussées grâce aux nouveaux traitements dans les formes rémittentes ; diminution du nombre d'hospitalisation, mais préoccupation nouvelle liée aux complications infectieuses des traitements (aggravation de déficits et suspicion de LEMP sous Natalizumab).
 - b) Parkinson : amélioration du handicap par la stimulation cérébrale profonde (intérêt des unités mixtes de neurologie et neurochirurgie, et prise en charge multidisciplinaire dans les centres experts lourds des complications de stimulation cérébrale profonde (procédure diffusée via urgences de la Salpêtrière) ; préoccupation liée au dysfonctionnement des dispositifs implantables (pompe à apomorphine, pompe a DuoDopa), aux situations aiguës (confusion ou délire sous agonistes dopaminergiques), aux dyskinésies sous traitement (pouvant être prises à tort pour des états épileptiques avec admission induite en réanimation) ; du fait de la longévité, augmentation de la prévalence des autres maladies neurodégénératives associées (Alzheimer et apparentés).
 - c) Alzheimer : amélioration du diagnostic (CM2R) et de la prise en charge précoce médicale et médico-sociale (plan Alzheimer) ; meilleure identification de nouvelles maladies cognitives et comportementales (démences fronto-temporales, aphasies non fluentes, démences sémantiques, démence à corps de Lewy, dégénérescence cortico-basale...).
 - d) Sclérose latérale amyotrophique (SLA) : amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie, malgré la progression du handicap, par prise en charge multidisciplinaire (incluant le lien avec la pneumologie) ; identification de nouvelles maladies type DFT-SLA (troubles cognitifs et troubles moteurs avec mutations génétiques récemment découvertes).
 - e) Pathologie nerveuse périphérique et musculaire : démembrement nosologique et identification de maladies nouvelles, avec meilleure prise en charge et

meilleure connaissance de l'histoire naturelle et des facteurs génétiques ; nouvelles ouvertures vers la thérapie génique ou les thérapies ciblées (maladies musculaires avec déficits enzymatiques ou maladies mitochondriales).

- f) Neuro-cancérologie : identification des profils génétique des tumeurs (pharmacogénétique avec adaptation des thérapeutiques et réduction des effets secondaires et meilleure définition des stratégies médicamenteuses).
- g) Neuro-vasculaire : déploiement des UNV, nouveaux développement de l'imagerie (amélioration de la rapidité et de la précision du diagnostic en vue d'un meilleur traitement ciblé, thérapeutiques endovasculaires ; clinique de l'accident ischémique transitoire).
- Maladies qui déclinent ou disparaissent.
 - a) Pas de déclin (augmentation de la prévalence des maladies du système nerveux liée à l'augmentation de la longévité de la population et à la survie de patients à long terme grâce à l'amélioration de la prise en charge).
 - b) Apparition de formes adultes de maladies rares dont le diagnostic était fait dans la petite enfance (augmentation de la survie de ces patients du fait de l'amélioration des traitements symptomatiques ; nécessité de prendre en charge les atteintes multisytémiques et neurologiques, du handicap moteur cognitif et comportemental de ces sujets vieillissant).
 - c) Développement de l'interface avec la psychiatrie (troubles du comportement, troubles obsessionnels compulsifs (TOC), etc).
- Innovations thérapeutiques.
 - a) Stimulation cérébrale profonde dans troubles moteurs et trouble du comportement.
 - b) Thérapie génique.
 - c) Immunothérapies (sclérose en plaques).
 - d) Traitements de substitution (maladies enzymatiques, mitochondriopathies).
 - e) Thérapeutiques ciblées sur le criblage génétique (tumeurs).
 - f) Prise en charge des maladies génétiques.
- **Poids et profil des patients chroniques dans la spécialité**
 - Handicap moteur lourd, ou handicap cognitif ou comportemental lourd.
 - Suivi du rapport bénéfices/risques dans les maladies traitées par médicaments ou techniques innovantes potentiellement délétères (mais très efficaces) : anticancéreux, immunothérapie, stimulation cérébrale profonde, thérapie génique.
 - Handicap social (polypathologie/ précarité/isolement) avec peu de structures d'accueil et augmentation des durées de séjour (séjour extrêmes).
 - Difficulté du handicap lourd chez le sujet jeune (peu ou pas de structure d'accueil pour les patients de moins de 60 ans).
- **Masses critiques pour les activités cliniques et les plateaux techniques**

Plusieurs exemples peuvent être donnés :

 - unités mixtes de stimulation cérébrale profonde ;
 - unités d'épileptologie (enregistrement invasif et non invasif et neurochirurgie ou prise en charge médicale) ;
 - unités tumeurs (idem, approche mixte) ;
 - unités neurovasculaires ;
 - unités de réanimation neurologique, essentielles pour développer l'exploration des comas et des états paucirelationnels (pronostic et prise en charge) la prise en charge des maladies immunitaires (nouvelles encéphalites) ;
 - centres Mémoire de ressources et de recherche pour la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer et de syndromes apparentés au niveau régional.
- **Coopération avec les médecins de ville**
 - un parcours de soins est en cours de mise en place entre les acteurs de ville (médecin généraliste, neurologues libéraux) et les centres de recours hospitaliers.

- Il doit intégrer des nouveaux métiers non médicaux (coordinateurs de soins pour gestion de cas complexes, ou orientation paramédicale ou médico-sociale) et des infirmières référentes.
- **Filières de soins à l'intérieur (entre les GH) et hors de l'AP-HP**
Plateforme du handicap en cours de mise en œuvre sur le socle de structures déjà existantes et d'historiques différents (réseaux, centres experts, centres de référence maladies rares).
- **Substituts à l'hospitalisation conventionnelle : hôpital de jour, hospitalisation à domicile, ambulatoire...**
 - L'hospitalisation conventionnelle reste INDISPENSABLE pour nombre de maladies du système nerveux (états instables, délai d'action peu prévisible de certaines thérapeutiques, polyopathie souvent intriquée).
 - La réduction des séjours peut se traduire par des sorties en état instable et des réadmissions rapides, ou des recours aux urgences intempestifs et sources de rupture du parcours de soins.
 - Les alternatives à l'hospitalisation traditionnelle sont déjà pratiquement au maximum du niveau d'optimisation.
- **Impact de la télémedecine**
Principalement dans le domaine neurovasculaire (télédiagnostic des AVC).