

Réflexions sur le cahier des charges régional sur la prise en charge des urgences en neurochirurgie et en neuroradiologie interventionnelle adulte

Présentation CME Octobre 2013

La grande garde : Corps de cavalerie placée à la tête d'un camp pour empêcher que l'armée ne soit surprise.

Emile Littré. Dictionnaire de la langue française.

La grande garde de Neurochirurgie adulte

- Existe depuis plus de 40 ans.
- Première garde mutualisée
- 6 services (5APHP + Sainte-Anne) / 7 jours
- 2 exclus : FOR, FOCH
- Spécifique à la région Ile de France
- Logistique lourde
- Faible coût

Evolution dans le temps

- 1960 : Trou de trépan salvateur, A⁰ à la volée
- 1975 : Scanner d'urgence
- 1995 : Hémorragies méningées et NRI
- 2005 : Hyperspécialisation des Urgences Neuro ...
 - Stroke / USINV / Thrombolyse
 - Traumas crâniens graves et Polytraumatologie
 - Hémorragies méningées et NRI
 - Urgences neurochirurgicales
 - Rachis neurologique
 - Besoins en surveillance neurologique aiguë

Avantages

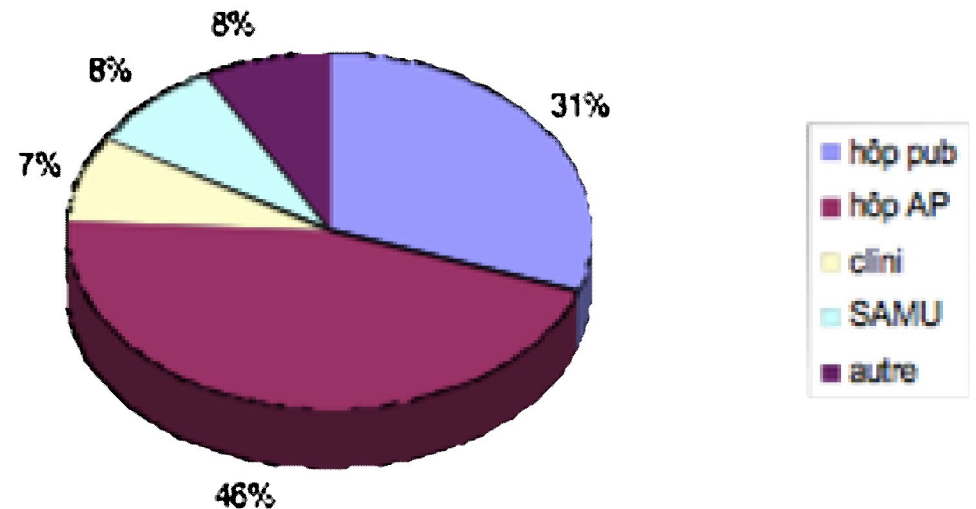
- Efficacité
- Lisibilité
- Disponibilité
- Faible coût
- Donne satisfaction au plus grand nombre

Inconvénients

- Accueil
 - “Externes de garde”
- Transport
 - Distances
 - Immobilisation des équipes de SAMU
- “Laissés pour compte”
 - Craniectomies décompressives, HSD, Contusions cérébrales, Hématomes intracérébraux
 - Age

La grande garde de Neurochirurgie adulte

- Moyens de plus en plus lourds
- Démographie médi
- 50% des patients nécessitent de la (neuro)réanimation
- Besoin en surveiller neurologique
- Lits d'aval



**Prise en charge des urgences
neurochirurgicales et neuroradiologiques
interventionnelles adultes en IDF
PDES ARS 2013**

Cahier des charges régional urgences des urgences neurochirurgicales (NCH), neuroradiologiques interventionnelles (NRI) et neuro-réanimatoires (NREA) adultes

- Objet du cahier des charges
 - 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.
- Durée d'un an / Évaluation du dispositif

Nouvelle organisation

- Prise en charge du patient polytraumatisé exclue de ce cahier des charges
- Rachis ?
- Tous les sites autorisés en NCH / NRI doivent pouvoir accueillir les urgences vitales ou potentiellement vitales en journée en favorisant la proximité et les conventions entre établissements
- Organisation
 - **Une PDSES de proximité**
 - 8:30 – 21:00 (?) voire plus (conventions)
 - 5 ou 7j /7
 - **Une PDSES régionale de recours** assurée à tour de rôle par 1 des établissements assurant la PDSES régionale de proximité (GG ?)

Nouvelle organisation

- Gouvernance interne et territoriale
- Coordinateur senior accessible
- “Zéro refus”
- Limiter les transferts, pas d’immobilisation des SMUR
- Financement
 - Les établissements participant au dispositif décrit dans ce cahier des charges aux horaires de PDSES se verront attribuer un financement spécifique sous forme de MIG PDSES.
 - Ce financement devrait permettre essentiellement la mise en place du dispositif de gardes et astreintes médicales aux horaires de la PDSES.

Définition des moyens

- **Pour les sites candidats à la PDSES régionale de recours**
 - La PDS NCH / NRI / NREA régionale de recours est organisée sur le modèle
 - de la grande garde actuelle
 - *Ressources humaines :*
 - Garde sur place d'un neurochirurgien senior et d'un interne,
 - d'un neuroradiologue, d'un neuro-réanimateur et d'un anesthésiste
 - Astreinte ou garde de neuroradiologue interventionnel senior
 - *Plateau technique :* scanner et IRM disponibles 24h/24h. NRI sur place. NREA.
- **Pour les sites candidats à la PDSES de proximité**
 - *Ressources humaines :*
 - Garde d'un réanimateur,
 - Astreinte d'un neurochirurgien senior, d'un neuroradiologue, d'un anesthésiste,
 - d'un neuroradiologue interventionnel senior
 - *Plateau technique :* accès priorisé en fonction de la gravité à un bloc
 - durant les horaires de la permanence

Commentaires

- ✓ **Dissociation urgences NCH/NRI/NREA et polytraumatisé conduit à un saupoudrage des moyens.**
- ✓ **Pathologie rachidienne : absence de concertation avec les orthopédistes. Méconnaissance complète de l'activité rachis**
- ✓ **Devenir de la grande garde ?**
- ✓ **Risque de clientélisme SAMU-Hôpitaux proximité - Convention entre établissements – Réseaux compétitifs**
- ✓ **Risque de dérive : « tri sélectif » des urgences la journée par les ESPIC**
- ✓ **Calendrier contraint sans concertation suffisante (appel à candidature Octobre 2013, mise en œuvre Janvier 2014)**
- ✓ **Surcouts difficiles à financer, ressources humaines difficiles à trouver**
- ✓ **Gestion de l'aval à organiser**

Commentaires

- ✓ Dissociation urgences NCH/NRI/NREA et polytraumatisé conduit à un saupoudrage des moyens.
 - ✓ Pas d'étude d'impact médico-économique de la réorganisation (Capacités anesthésie et NREA non envisagées)
 - ✓ Impact fort sur les activités NC, NRI, NREA et chirurgie rachidienne de l'APHP. Risques de financements « ARS » diminués pour l'APHP pour permettre le financement de celle des ESPIC.

- ✓ Pathologie rachidienne : absence de concertation avec les orthopédistes. Méconnaissance complète de l'activité rachis

- ✓ Devenir de la grande garde ?

- ✓ Risque de clientélisme SAMU-Hôpitaux proximité - Convention entre établissements – Réseaux compétitifs

- ✓ Risque de dérive : « tri sélectif » des urgences la journée par les ESPIC

- ✓ Calendrier contraint sans concertation suffisante (appel à candidature Octobre 2013, mise en œuvre Janvier 2014)

-
- ✓ Surcoûts difficiles à financer, ressources humaines difficiles à trouver

- ✓ Gestion de l'aval à organiser

Commentaires

- ✓ **Dissociation urgences NCH/NRI/NREA et polytraumatisé conduit à un saupoudrage des moyens.**
- ✓ **Pathologie rachidienne : absence de concertation avec les orthopédistes. Méconnaissance complète de l'activité rachis**
- ✓ **Devenir de la grande garde ?**
 - ✓ Disparition du fonctionnement de la grande garde dans sa forme actuelle (au moins de 8h30 – 21h00)
 - ✓ De 8h30 – 21h00 les urgences NCH/NRI/NREA sont en compétition avec les autres urgences. Problèmes de disponibilité de sites opératoires et de ressources humaines
- ✓ **Risque de clientélisme SAMU-Hôpitaux proximité - Convention entre établissements – Réseaux compétitifs**
- ✓ **Risque de dérive : « tri sélectif » des urgences la journée par les ESPIC**
- ✓ **Calendrier contraint sans concertation suffisante (appel à candidature Octobre 2013, mise en œuvre Janvier 2014)**
- ✓ **Surcouts difficiles à financer, ressources humaines difficiles à trouver**
- ✓ **Gestion de l'aval à organiser**

Commentaires

- ✓ **Dissociation urgences NCH/NRI/NREA et polytraumatisé conduit à un saupoudrage des moyens.**
- ✓ **Pathologie rachidienne : absence de concertation avec les orthopédistes. Méconnaissance complète de l'activité rachis**
- ✓ **Devenir de la grande garde ?**
- ✓ **Risque de clientélisme SAMU-Hôpitaux proximité - Convention entre établissements – Réseaux compétitifs**
- ✓ **Risque de dérive : « tri sélectif » des urgences la journée par les ESPIC**
- ✓ **Calendrier contraint sans concertation suffisante (appel à candidature Octobre 2013, mise en œuvre Janvier 2014)**
- ✓ **Surcouts difficiles à financer, ressources humaines difficiles à trouver**
- ✓ **Gestion de l'aval à organiser**

Propositions

- **APHP : Réforme profonde de la grande garde**
 - Prise en compte coordonnées de toutes les composantes des urgences neurologiques aiguës
 - Réflexion sur la restructuration de la neurochirurgie
 - Organisation de l'aval
- **PDES ARS**
 - Refus du projet de réorganisation de la PDES en neurochirurgie et NRI en Ile de France dans sa forme actuelle
 - Demande que ce projet soit revu, en concertation avec l'AP-HP, afin de prévenir les risques exposés précédemment et de garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'efficacité médico-économique du dispositif

