



AVC
Normandie

Organisation des transports inter-Hospitalier

Dr Fabrice Boishardy : CHI Elbeuf-Louviers-Val de Reuil, Service des Urgences; Seine Maritime.

21 juin 2018



Conflits d'Intérêts

- Aucun
- Intérêt commun avec les transporteurs sanitaires: le patient !
- Intérêt pour l'équipe et moi : notre temps métier !





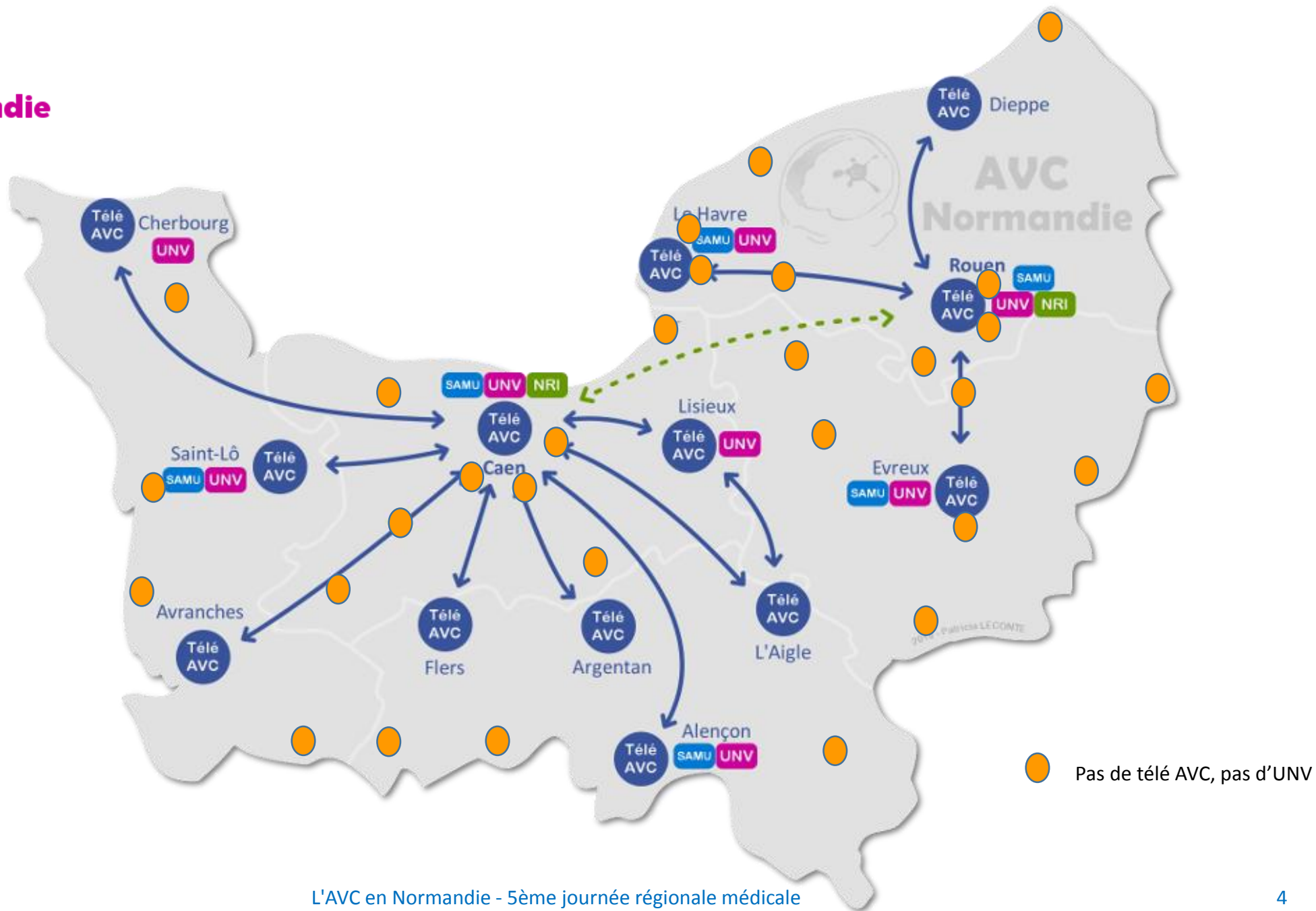
AVC
Normandie

Forum AVC Normand Deauville sept 2017

- Optimisation du maillage territorial Télémédecine: réduire les délais de la phase pré-Hospitalière (ou plutôt hors filière)
- Problématique des Transports primaires et transferts des AVC :
 - Pré-alerte par excès nécessaire
 - Filière : « Les Sachants »
 - Le vecteur le plus rapide ne permet pas forcément l'acheminement le plus rapide
 - Nécessité de choix stratégiques de la régulation 15 (Moyens, Environnement, Expérience)



AVC Normandie





AVC
Normandie

Le SAMU doit-il réguler les transferts non médicalisés?



Réf : CIRCULAIRE N°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):

- La régulation de tous les cas d'AVC par le Samu-Centre 15. Celle-ci est indispensable pour réduire les délais de prise en charge et adresser le patient, idéalement dans les 30 mn suivant l'accident, à l'établissement le plus proche inscrit sur la liste des établissements répondant aux critères d'appartenance à la filière. Il est souhaitable que ces établissements soient inscrits dans le répertoire opérationnel des ressources régional (ROR). Le plan AVC a prévu la diffusion de l'information au niveau national et régional pour inciter la population et les professionnels à faire appel au numéro 15 devant toute suspicion d'AVC ou d'AIT afin que cette régulation des cas d'AVC par le SAMU-Centre 15 puisse être effective sur tout le territoire.

Il semble que Oui !



AVC
Normandie

Le SAMU doit-il réguler les transferts non médicalisés?



Réf : CIRCULAIRE N°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):

- Lorsque le patient est pris en charge dans un établissement de proximité, les images obtenues seront ensuite adressées par télémédecine à l'UNV pivot pour établir un diagnostic partagé sur l'origine de l'accident (thrombose ou hémorragie) et une décision commune sur les gestes à accomplir (thrombolyse immédiate ou transfert en neurochirurgie). Dans la mesure du possible, le patient sera adressé ensuite à l'UNV de territoire pour un bilan neurologique et multidisciplinaire global dans le délai le plus court possible. Les modalités et les conditions de transfert seront concertées entre l'UNV et les équipes de proximité.

**Pas nécessairement
Mais....**



- Médicalisation des non thrombolysés:

- Non indispensable

- Indiquée :

- si détresse
- thérapeutique spécifique en cours
- fonction de l'évolutivité antérieure ou prévisible
- si permet acheminement le plus rapide

- Vecteur : acheminement le plus rapide



- Médicalisation des thrombolysés:

- indispensable

- thrombolyse en cours /
précautions / surveillance /
évolutivité (neurologique, OAAN)

- imposée par textes réglementaires
concernant transports
interhospitaliers

- Vecteur : acheminement le plus rapide





AVC
Normandie

Orolingual Angioedema During or After Thrombolysis for Cerebral Ischemia

- 923 patients thrombolysés
- 20 patients (OLAE) = 2,2%, 1/50 thrombolyse, 1/12 ayant un IEC
- entre 15 et 105 minutes (moyenne 70 min)
- Aucun intubé ni d'utilisation d'épinéphrine
- Patient traité par IEC risque OLAE (OR : 3,8 ; IC95 % : 1,6–9,3), mais, leur devenir à 3 mois n'était pas différent.
- Revue de littérature : Parmi 18 articles identifiés, la prévalence de l'OLAE était de 1,8 % (IC95 % : 1,5–2,1 %), et le seul prédicteur était un IEC.



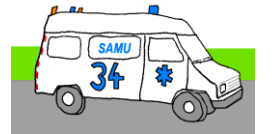
Orolingual Angioedema During or After Thrombolysis for Cerebral Ischemia.
Myslimi F, Caparros F and al ; Stroke. 2016 Jul;47(7):1825-30.

**Protocole SAU et SMUR
indispensable**



Les situations de transfert Inter-hospitalier

1. Transport d'un patient d'un hôpital périphérique vers l'UNV de territoire ou de recours
2. Transport d'un patient non thrombolysé vers le CHU pour thrombectomie
3. Transport d'un patient thrombolysé pour thrombectomie éventuelle
4. Transport d'un patient thrombolysé vers l'UNV de territoire ou de recours
5. Transport d'un patient vers la neurochirurgie





Médicalisation ou Pas, Quel transporteur?

- Si médicalisation :

- Soit l'ambulance de réanimation du SAMU, (hélicoptère au cas par cas)
- Soit le smur local + une ambulance TSU ou VSAV (pompiers) en carence



- Si non médicalisé :

- Ambulance TSU
- VSAV en carence
- Soit Ambulance de réanimation du SAMU si dans l'intérêt du patient pour gagner du temps





Les ambulances (TSU)

le facteur limitant et une répartition inégale

Il existe 2 systemes

1. L'ambulance de garde préfectorale
 - Ce qu'elle fait
 - Opérationnelle le soir (20h- 7h) et le WE
 - déclenchée uniquement par le SAMU
 - dont la mission est l'intervention primaire (pré hospitalière et transfert urgent depuis les urgences)
 - Ce qui règlementairement n'est pas dans ses missions:
 - Les retours à domicile depuis les urgences
 - Les transferts d'un service d'hospitalisation vers un autre service d'hospitalisation (services d'urgences exclus)
 - Mais certaines ne sont plus logés ni dans l'enceinte des hopitaux, ni au centre de leur secteur.



AVC
Normandie

Les ambulances (TSU): le facteur limitant

Il existe 2 systemes

2. L'ambulance commerciale

- Champs des missions large : Liberal, Hospitalier, Retour à domicile, SAMU..
- Des appels d'offres ou convention indispensables avec les établissements afin de mieux coordonner les moyens et les besoins (RAD , Transferts interservices)



Réflexion

- Le SAMU doit réguler et organiser les transferts non médicalisé de patient atteint d'AVC venant des établissements type MCO avec un service d'urgence n'ayant ni UNV ni télé AVC.
 - Car Il existe des AVC pré Hospitalier ou Hospitalier non régulé par le 15 qui sont présents dans ces structures.
 - Car il existe un nombre de médecins vacataires sur notre territoire du fait de la pénurie médicale qui ne maitrise pas la filière régionale.
 - Nécessité de sensibiliser les équipes car moins confrontés à cette filière au quotidien.



Réflexion



- Faut il que le SAMU les organisent tous quelque soit le centre, même pour la traçabilité et la coordination avec le service receveur ?
- L'expérience du samu27 en 2017 sur la disponibilité des ambulances:
 - +15% de disponibilité d'ambulances en 1 an pour le samu
 - -30% de carences de VSAV
 - 1 ambulance commerciale dédié aux transferts et RAD depuis les urgences Evreux (10h-20h)
 - 1 ambulance commerciale à la disposition de tous les établissements de l'Eure (17h – 2h)
 - Augmentation du nombre d'interventions pré-hospitalières la nuit pour l'ambulance de garde préfectorale



AVC
Normandie

Merci