

PATHOLOGIES CARDIO ET NEURO-VASCULAIRES : DES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE TROP LONGS

Fiche 9

ATLAS DE LA SANTÉ EN ÎLE-DE-FRANCE

L'OFFRE DE SOINS EN ÎLE-DE-FRANCE
Le secteur hospitalier de court séjour et les équipements

Les pathologies cardio-vasculaires représentent la deuxième cause de mortalité en Île-de-France, l'accident vasculaire cérébral la troisième. Il est aussi la première cause de handicap acquis de l'adulte et la deuxième cause de démence. Aujourd'hui, les délais de prise en charge des patients sont trop longs, d'autant qu'il s'agit de pathologies pour lesquelles la rapidité d'intervention peut être vitale. La généralisation des unités de soins intensifs en cardiologie au sein des services d'urgence et le développement des unités neuro-vasculaires doivent s'accompagner d'une coordination des différents acteurs de santé, d'un développement des réseaux, mais aussi d'un effort de promotion de la prévention.

Le schéma régional d'organisation sanitaire 1999-2004 avait retenu l'évaluation des pratiques comme priorité dans le domaine de la cardiologie et des pathologies vasculaires. Plusieurs registres ont été mis en place : celui des coronarographies-angioplasties (cardio-ARHIF), celui des infarctus du myocarde mené par les SAMU/SMUR (registre e-MUST), le registre carotide-ARHIF et le registre des accidents vasculaires cérébraux.

Les urgences cardio-vasculaires, des délais de prise en charge trop longs

L'urgence cardio-vasculaire est une urgence vitale qui nécessite une prise en charge rapide et donc une organisation territoriale de la permanence des cardiologues au sein des unités de soins intensifs. À titre d'exemple, l'infarctus du myocarde doit être traité dans les douze premières heures. Pourtant, en Île-de-France, cinq sites d'accueil des urgences sur 35 ne disposent pas d'une unité de soins intensifs de cardiologie (USIC). De plus, sur les 56 unités de soins intensifs de cardiologie que compte la région, seules 39 sont adossées à un plateau d'angioplasties coronariennes⁽¹⁾ pour le traitement des infarctus du myocarde.

Les données PMSI renseignent 4 900 séjours hospitaliers en 2003 pour infarctus du myocarde de moins de vingt-quatre heures, dont la moitié seulement avaient été pris en charge initialement par le SAMU/SMUR ; l'autre moitié des patients s'étant *a priori* présentés eux-mêmes aux urgences avec des délais d'attente, voire de transfert, possibles.

Ces constats confirment la pertinence des objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire 2005-2009 dans l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de l'efficacité de l'organisation sanitaire.

L'insuffisance cardiaque, un développement des réseaux à promouvoir

L'insuffisance cardiaque, pathologie qui est l'aboutissement de presque toutes les pathologies cardiaques (HTA, insuffisance coronarienne, etc.), est responsable de plus de 37 000 séjours hospitaliers par an. Pourtant, un seul réseau a été financé par la dotation régionale des réseaux en 2003 : RESICARD, qui a pour objectif d'optimiser le traitement des patients insuffisants cardiaques graves en favorisant le maintien à domicile. Mais ce réseau ne couvre qu'une zone d'intervention limitée au nord des Hauts-de-Seine et à l'est parisien. Le développement des réseaux de santé dans ce domaine est certainement à promouvoir.

La cardiologie interventionnelle, vers une meilleure coordination

L'angioplastie est un des traitements de l'insuffisance coronarienne dont l'efficacité n'est plus à prouver. Les données du registre cardio-ARHIF permettent d'évaluer à 192 pour 100 000 habitants le nombre d'angioplasties franciliennes en 2003, pour une moyenne nationale à 184.

Les plateaux d'angioplasties coronariennes doivent être adossés à une unité de soins intensifs qui exigent une permanence médicale 24h/24. En Île-de-France, l'offre de soins est développée par 40 centres dans des volumes divers, avec une forte concentration au centre de la région. Actuellement, c'est la qualité de leur organisation, leur mise en réseau avec les sites d'accueil des urgences et la connaissance opérationnelle de leur disponibilité par les SAMU/SMUR qui sont à inscrire dans les projets médicaux de territoire.

Les accidents vasculaires cérébraux : une prise en charge à améliorer

Encore trop peu d'unités neuro-vasculaires

L'accident vasculaire cérébral (AVC), pathologie fréquente (20 000 nouveaux cas par an en Île-de-France), grave (15 % à 25 % de patients décèdent durant les 30 premiers jours et 75 % des survivants gardent des séquelles), complexe (associant infarctus et hémorragie), est devenue ces dernières années, avec les progrès thérapeutiques, une grande urgence médicale.

Presque toutes les personnes victimes d'un tel accident sont hospitalisées (98 % dans le service public). En 2002, en Île-de-France, 58 % des AVC étaient pris en charge dans des éta-

blissements disposant d'un service de neurologie et seulement 25 % dans ceux ayant une unité vasculaire (UNV). Or, l'efficacité des unités spécialisées dans la prise en charge de ces accidents est bien établie, permettant une réduction de 30 % de la mortalité et de la dépendance. En 2004, on dénombre encore trop peu d'unités neuro-vasculaires en Île-de-France (8 pour 25 environ sur la France entière).

Des délais de prise en charge trop longs à toutes les étapes

Dans l'infarctus cérébral, le traitement thrombolytique⁽¹⁾, à effectuer dans les trois heures suivant le début des symptômes (après scanner ou, mieux, IRM et dans une UNV), permet d'augmenter d'un tiers le pourcentage de patients qui guérissent sans séquelles. Or, le délai médian en Île-de-France entre les premiers symptômes et l'arrivée à l'hôpital est de quatre heures et le délai moyen de vingt-huit heures... Le délai d'attente pour les 4 000 patients justifiant d'une prise en charge en soins de suite ou de réadaptation (SSR) est également important (supérieur à dix jours). L'Île-de-France est la région de France où les délais d'attente pour le transfert des AVC en SSR sont les plus longs. Environ 500 patients AVC chaque année ne pourront pas regagner leur domicile. Les structures prenant en charge ces patients dépendants, âgés ou jeunes, sont trop peu nombreuses, ce qui entraîne des délais d'admission extrêmement longs et un blocage de la filière.

Inégale répartition géographique

L'offre de soins est inégalement répartie sur le territoire francilien, aussi bien en ce qui concerne la prise en charge à phase aiguë que les structures de soins de suite ou de réadaptation. Cette disparité est illustrée par la situation de Paris *intra-muros*, dont la population représente 22 % des AVC franciliens et qui accueille 38 % des AVC en aigu, et seulement 14,6 % des AVC en phase de réadaptation.

Inégalité de prise en charge selon l'âge

L'âge moyen des patients concernés par des AVC en Île-de-France est de 73 ans. Les personnes âgées sont plus souvent hospitalisées en médecine qu'en neurologie, et en soins de suite polyvalents qu'en réadaptation, alors que l'âge n'intervient que très peu dans l'amélioration des mesures d'indépendance fonctionnelle lors des programmes de rééducation.

L'organisation des filières pour une meilleure prise en charge des patients

L'amélioration de la prise en charge des AVC nécessite la mise en place progressive d'un dispositif régional, permettant à un maximum de patients d'être pris en charge rapidement dans une filière structurée : SAMU, UNV, services de médecine physique et de réadaptation à orientation neurologique ou soins de suite puis retour au domicile ou institutionnalisation avec un suivi adapté, médical et de réadaptation. Cette organisation fait l'objet d'un volet spécifique dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération.

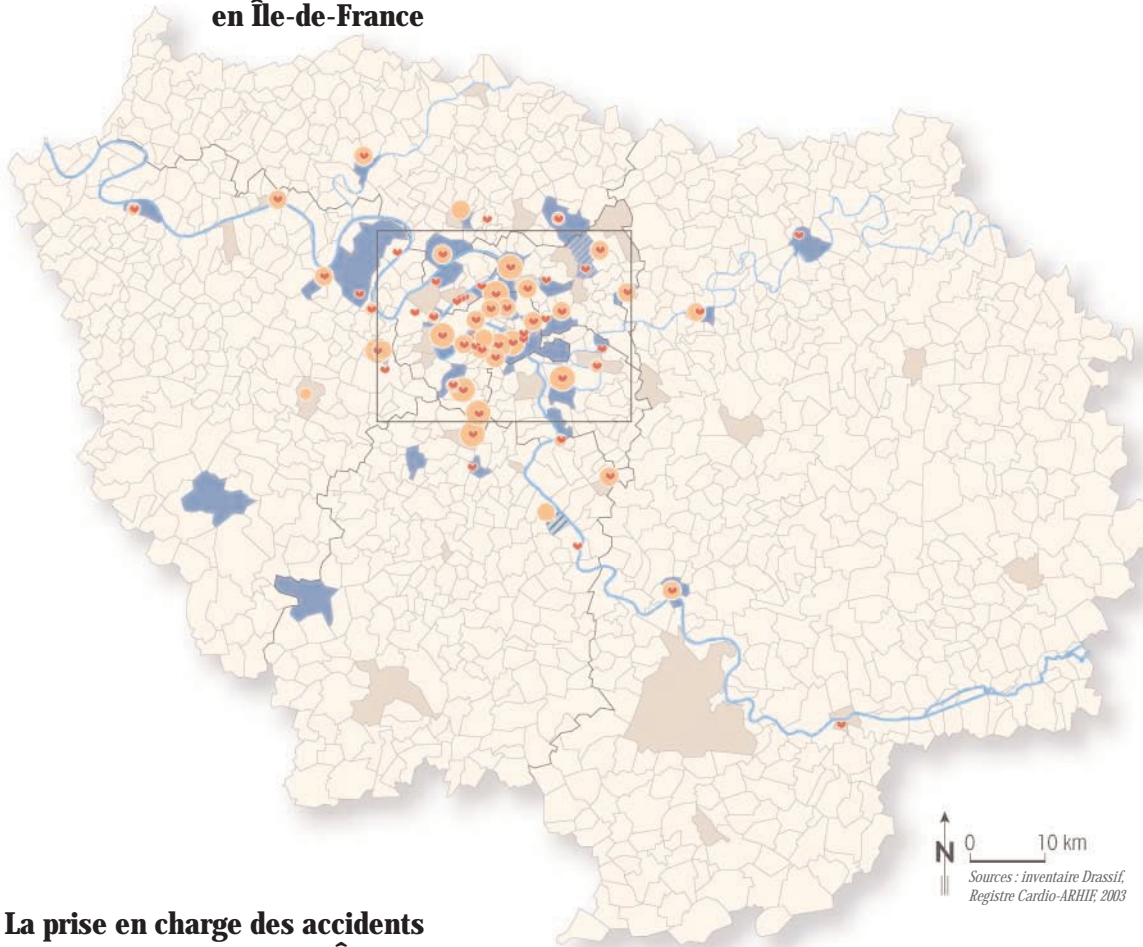
La prévention à promouvoir

L'offre de soins ne permet pas d'expliquer les inégalités observées en matière de mortalité cardio-vasculaire, si on considère la situation de la Seine-Saint-Denis (8 USIC) et de la Seine-et-Marne (4 USIC) ; ces deux départements affichent les plus mauvais résultats de la région. Une politique d'éducation et de prévention du risque vasculaire doit être promue, le modèle des réseaux de santé qui permet de coordonner différents acteurs doit être développé.

(1) Voir glossaire.

LA CARDIOLOGIE ET LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

Les urgences et les plateaux de cardiologie interventionnelle en Île-de-France



Les quarante plateaux franciliens de cardiologie interventionnelle sont très fortement concentrés au cœur de l'agglomération.

Les plateaux de cardiologie interventionnelle (activité d'angioplastie coronarienne en nombre de journées en 2002)

- moins de 200
- entre 200 et 600
- plus de 600

Les unités de soins intensifs de cardiologie

- USIC

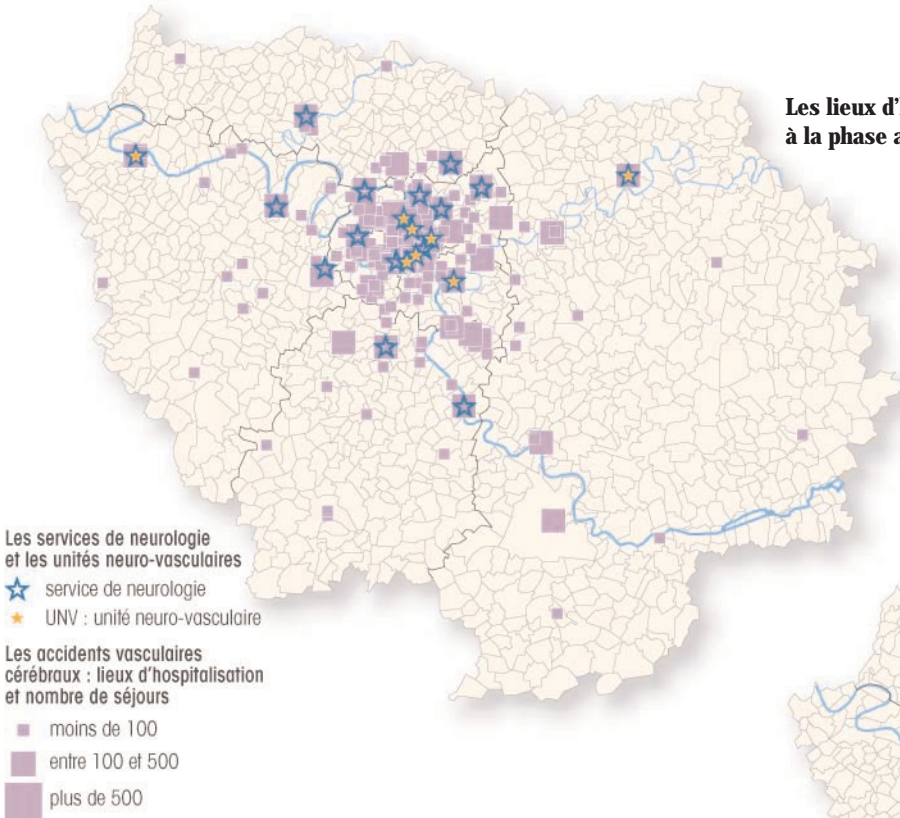
Commune d'implantation d'un service d'urgence, par type

- POSU : pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences pédiatriques
- SAU : service d'accueil d'urgence
- UP : unité de proximité

0 10 km
Sources : inventaire Drassif, Registre Cardio-ARHIF, 2003

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en Île-de-France

Les lieux d'hospitalisation à la phase aiguë



Les lieux d'hospitalisation à la phase aiguë des AVC sont assez largement disséminés sur le territoire francilien, souvent loin des services de neurologie et surtout des unités neuro-vasculaires (UNV), qui sont très fortement concentrées au cœur de l'agglomération.
Les lieux de prise en charge d'un AVC, que ce soit en soins de suite ou de réadaptation, eux, sont plus souvent excentrés.

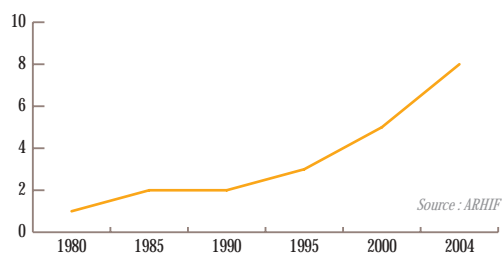
Les services de neurologie et les unités neuro-vasculaires

- ★ service de neurologie
- ★ UNV : unité neuro-vasculaire

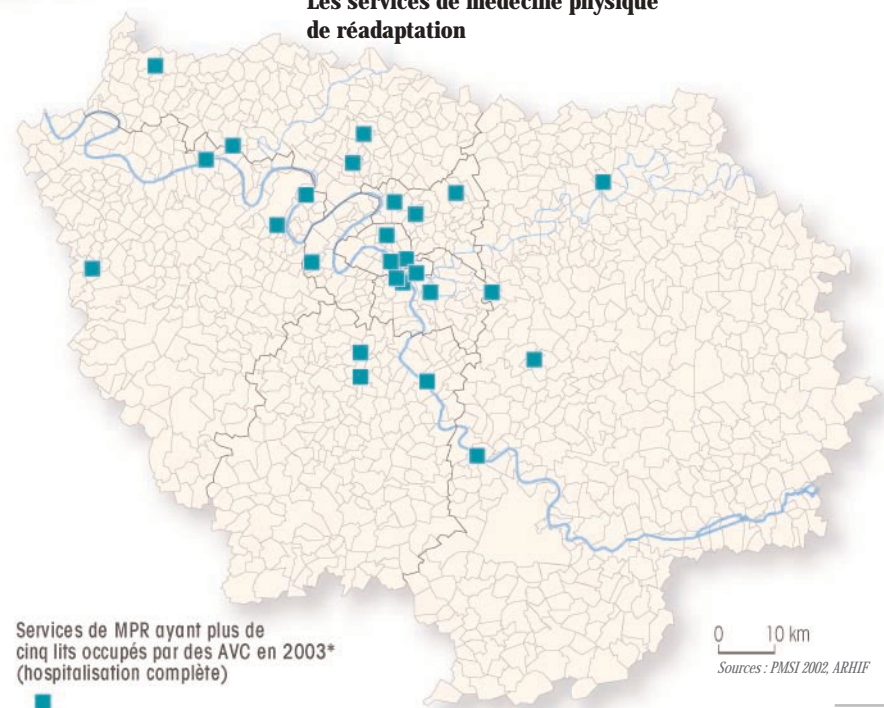
Les accidents vasculaires cérébraux : lieux d'hospitalisation et nombre de séjours

- moins de 100
- entre 100 et 500
- plus de 500

Évolution du nombre d'unités neuro-vasculaires (UNV) en Île-de-France depuis 1979, date d'ouverture de la première UNV



Les services de médecine physique de réadaptation



Services de MPR ayant plus de cinq lits occupés par des AVC en 2003* (hospitalisation complète)

* sous l'hypothèse d'un taux d'occupation à 90 %

0 10 km
Sources : PMSI 2002, ARHIF