

# **AMELIORER DELAI PRISE EN CHARGE AIT**

Groupe AIT

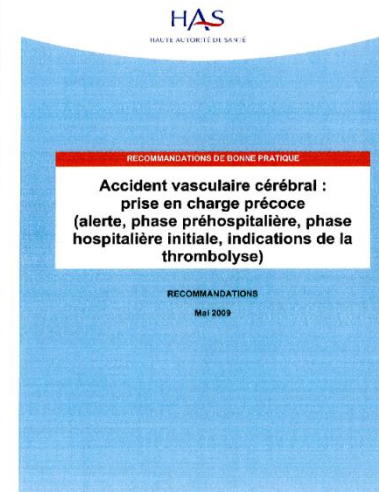
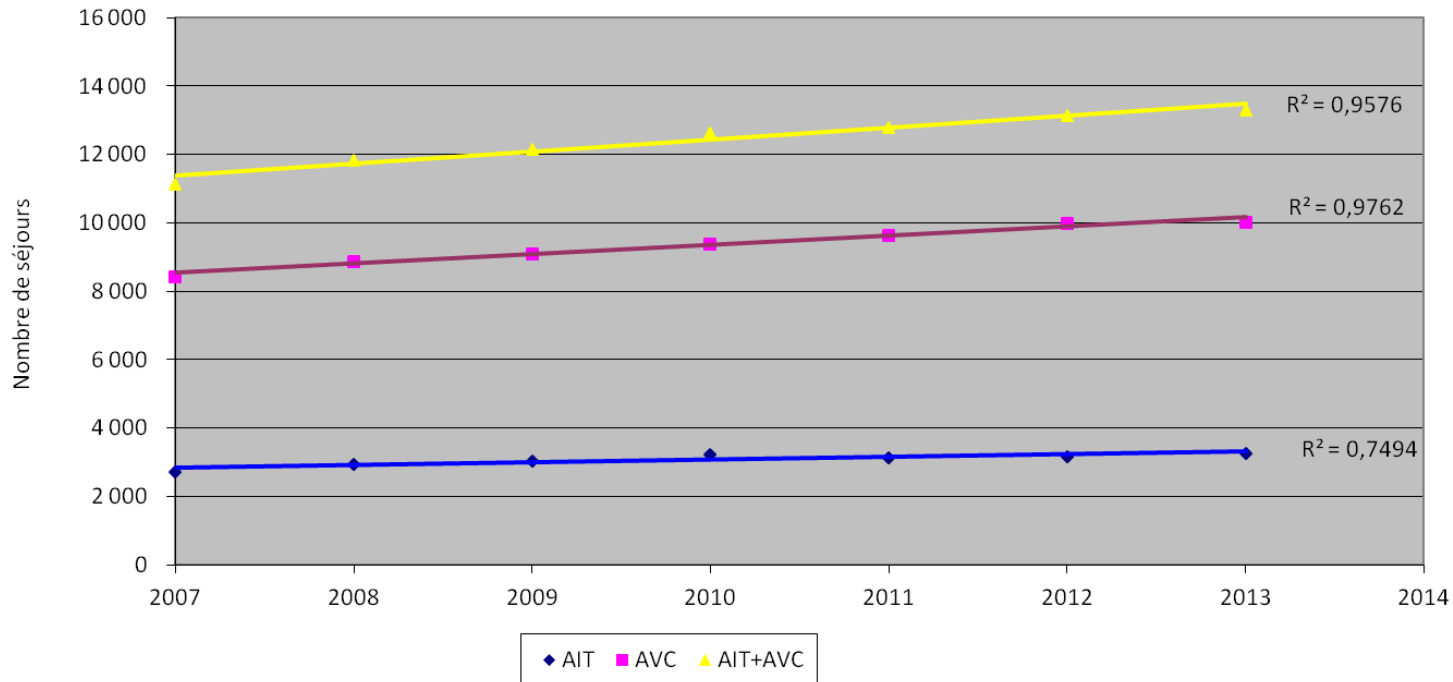
Dr Odile SOUQUET

Dr Laura MECHTOUFF

# Contexte

- En Rhône Alpes les AVC représentent 10 000 séjours (PMSI 2013).
- Les **AIT 3200 séjours**.
- Ces AVC et AIT sont en **augmentation de 3% par an** depuis 2007

Evolution du nombre de séjours pour AVC et AIT dans les établissements de Rhône-Alpes  
(source : PMSI 2007 à 2013).



# Contexte

- Réunion avec les professionnels du Territoire Centre en juin 2013
- Territoire Centre couvre 2 UNV:  
LYON, VIENNE
- Un des objectifs de la filière du Territoire Centre est de travailler sur l'accident ischémique transitoire.

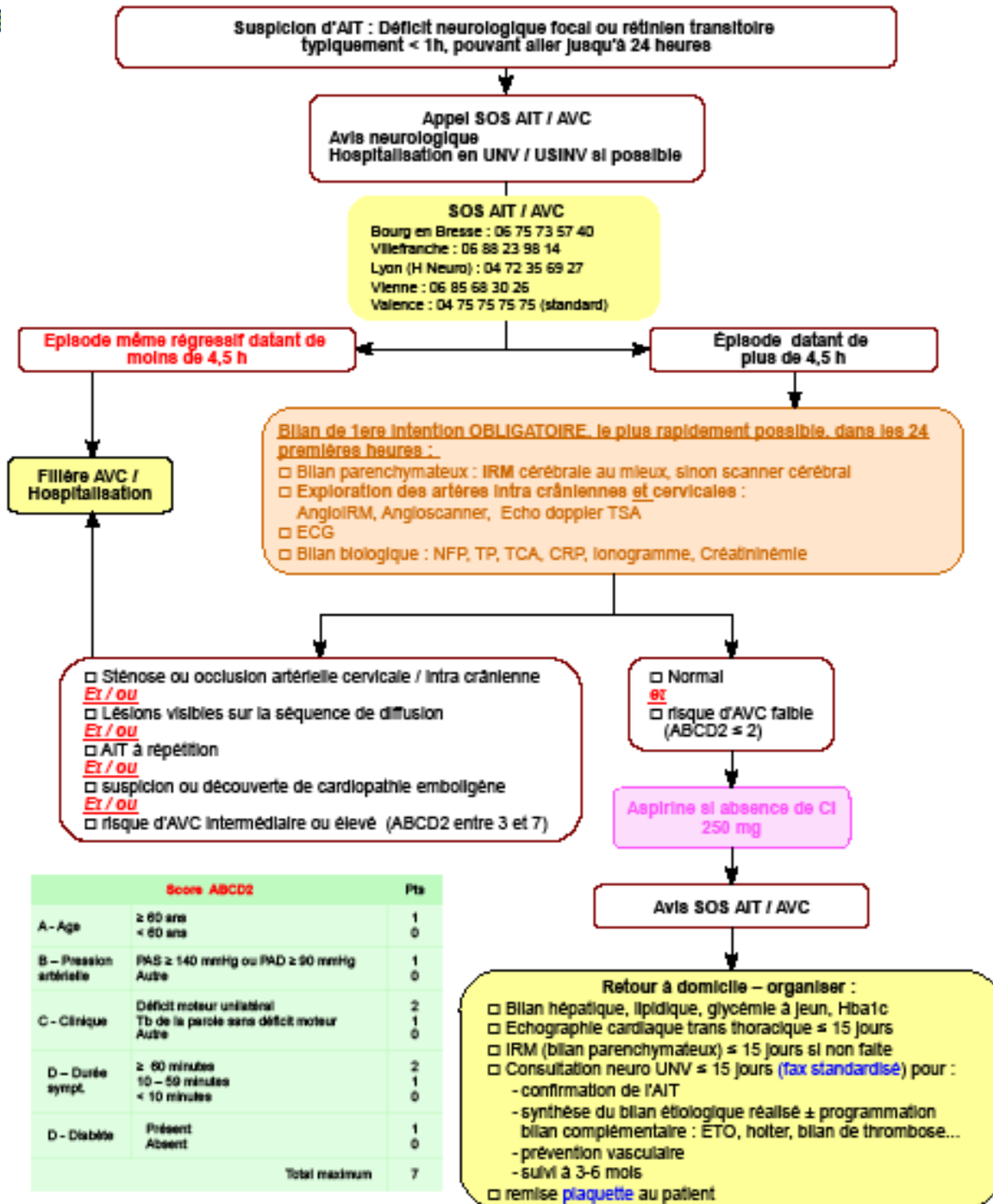
# Améliorer le délai de prise en charge de l'AIT

- DMS des AIT hospitalisés.

Moyenne régionale de la DMS pour AIT est de 5.1 jours en 2013.

Varie selon les établissements du centre de 1.5 jours à 12.3 jours.

- Groupe de travail ARS- professionnels.



Score ABCD2		Pts
A - Age	≥ 60 ans	1
	< 60 ans	0
B - Pression artérielle	PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg	1
	Autre	0
C - Clinique	Déficit moteur unilatéral	2
	Tb de la parole sans déficit moteur Autre	1 0
D - Durée sympt.	≥ 60 minutes	2
	10 - 59 minutes	1
	< 10 minutes	0
D - Diabète	Présent	1
	Absent	0
Total maximum		7



DEMANDE DE CONSULTATION NEUROVASCULAIRE - SOS AIT

N° téléphone : 35 78 07 Fax : 35 73 29 Date de la demande: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DMU à faxer conjointement

Nom : |\_\_\_\_\_|  
Prénom : |\_\_\_\_\_|  
Sexe : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : |\_\_\_\_\_|

Médecin demandeur:  
Fonction : \_\_\_\_\_  
Service : \_\_\_\_\_  
Téléphone: \_\_\_\_\_

**Coordonnées du patient :**

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Téléphone : |\_\_\_\_\_|

**Disponibilité du patient :**

**Résumé clinique, facteurs de risque, comorbidités :**

**Examen(s) réalisé(s) :**

- Bilan parenchymateux :  
 Scanner  IRM Si IRM non réalisée, existe-t'il une contre-indication à l'IRM (pace-maker, claustrophobie, corps étranger oculaire, matériel ferro-magnétique ...) ?
- Exploration des artères intracrâniennes :  
 Angioscanner  AngioIRM
- Explorations des artères cervicales :  
 Angioscanner  AngioIRM  ED TSA
- ECG :  oui  non Sinusal :  oui  non
- Bilan biologique (NFP, TP, TCA, ionogramme sanguin, créatininémie):  oui  non

**Examens prescrits à apporter lors de la consultation :**

- Bilan biologique (bilan lipidique, bilan hépatique, glycémie à jeun, bilan lipidique)
- EIT
- IRM (bilan parenchymateux) si non faite initialement
- Holter ECG si jugé nécessaire par le cardiologue

**Cadre réservé au service de Neurovasculaire**

Date du rendez-vous (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Actuellement stade d'analyse des différents dysfonctionnements
- Etude établissement par établissement
- Grace à grille d'audit centralisée par ARS

## Parcours de soin clinique appliqué à la prise en charge de l'AIT

Objectif clinique	Améliorer le délai de prise en charge des accidents ischémiques transitoires		
Appel SOS AIT/AVC	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Place à l'UNV le plus proche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Donnée absente du dossier		
Heure de début des symptômes (si connue)			
Heure de premier contact médical (si connue)			
Heure d'arrivée aux urgences			
Age du patient			
	Actes	Date	Heure
Bilan biologique	Préciser le jour et l'heure de réalisation ci-contre		
ECG	Préciser le jour et l'heure de réalisation ci-contre		
Imagerie cérébrale	<input type="checkbox"/> IRM cérébrale <input type="checkbox"/> Scanner cérébral Préciser le jour et l'heure de réalisation ci-contre. Si IRM non faite, dites pourquoi : <input type="checkbox"/> Manque de disponibilité <input type="checkbox"/> Contre indication <input type="checkbox"/> Refus du radiologue, examen refusé <input type="checkbox"/> Autres : ..... <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
Bilan vasculaire cervical	<input type="checkbox"/> Echo Doppler des troncs supra aortiques (TSA) <input type="checkbox"/> Angio IRM des troncs supra aortiques <input type="checkbox"/> Angioscanner des TSA		
Bilan vasculaire intracranien	<input type="checkbox"/> Doppler transcranien <input type="checkbox"/> Angio IRM <input type="checkbox"/> Angioscanner		
Y a t il avis spécialisé sur place par neurologue ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Décision en fonction du bilan sus jacent	<input type="checkbox"/> Passage SAU seul <input type="checkbox"/> Passage SAU+UHCD <input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> En UNV <input type="checkbox"/> En service de neurologie autre <input type="checkbox"/> Autres		Noter heure de retour à domicile
Traitement mis en place	Antiaggrégants : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Anticoagulants : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autres : Préciser		
Consultation neuro	Demandée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Echo cardiaque	Demandée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		



- **Etude rétrospective sur 6 mois** du 1er Janvier au 30 Juin 2013, des patients ayant présenté AIT
- Critères d'inclusion: AIT confirmé ou non
- Critères d'exclusion:  
AIT non éligibles à une prise en charge active ( démence évoluée, grabataire, cancers terminaux...)

- Sensibilisation des Directions d'établissement au résultat de l'audit.
- Rencontres ARS- Direction d'établissement.
- Nouvelle étude 6 mois après la diffusion des recommandations
- Permettra évaluation de l'action
- Le travail se poursuit...

# Parcours de soin clinique appliqué à la prise en charge de l'AIT

Objectif clinique	Améliorer le délai de prise en charge des accidents ichémiques transitoires			
Appel SOS AIT/AVC	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Envoyé par	<input type="checkbox"/> Médecin Traitant <input type="checkbox"/> Pompiers <input type="checkbox"/> Présentation Spontanée			
Place à l'UNV le plus proche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Donnée absente du dossier			
Heure de début des symptômes (si connue)		Heure d'arrivée aux urgences		
Heure de premier contact médical (si connue)		Age du patient		
Actes			Date	Heure
Bilan biologique	Jour et heure de réalisation			
ECG	Jour et heure de réalisation			
Imagerie cérébrale	<input type="checkbox"/> IRM cérébrale <input type="checkbox"/> Scanner cérébral Préciser le jour et l'heure de réalisation ci-contre.  Si IRM non faite, dites pourquoi : <input type="checkbox"/> Manque de disponibilité <input type="checkbox"/> Contre indication <input type="checkbox"/> Refus du radiologue, examen refusé <input type="checkbox"/> Autres :..... <input type="checkbox"/> Ne sait pas			

## Parcours de soin clinique appliqué à la prise en charge de l'AIT

Bilan vasculaire cervical	<input type="checkbox"/> Echo Doppler des troncs supra aortiques (TSA) <input type="checkbox"/> Angio IRM des troncs supra aortiques <input type="checkbox"/> Angioscanner des TSA		
Bilan vasculaire intracranien	<input type="checkbox"/> Doppler transcranien <input type="checkbox"/> Angio IRM <input type="checkbox"/> Angioscanner		
Y a t il avis spécialisé sur place par neurologue ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Décision en fonction du bilan sus jacent	<input type="checkbox"/> Passage SAU seul <input type="checkbox"/> Passage SAU+UHCD <input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisation <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> En UNV</li> <li><input type="checkbox"/> En service de neurologie autre</li> <li><input type="checkbox"/> Autres</li> </ul>	Heure et date de retour à domicile	
Traitement mis en place	Antiagrégants : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Anticoagulants : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autres : Préciser		
Consultation neuro	Demandée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Echo cardiaque	Demandée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		