

# Décision concernant la planification de la médecine hautement spécialisée (MHS) dans le domaine du traitement des accidents vasculaires cérébraux

---

*L'Organe de décision de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (Organe de décision MHS), après examen de la proposition de l'Organe scientifique MHS à sa séance du 20 mai 2011,*

conformément à l'art. 39, al. 2<sup>bis</sup>, de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et l'art. 3, al. 3 à 5 de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS),

*décide:*

## 1. Attribution

Le traitement hautement spécialisé des accidents vasculaires cérébraux graves comprend:

- le traitement endovasculaire aigu d'un accident vasculaire cérébral aigu avec thrombolyse intra-artérielle ou in situ et dissolution mécanique du thrombus,
- la craniectomie décompressive à la phase aiguë ou subaiguë de la maladie,
- les traitements de revascularisation (réouverture des vaisseaux) sur des artères cérébrales extra ou intra-crâniennes obstruées (réalisés comme intervention subaiguë ou programmée).

Ces interventions complexes du traitement des accidents vasculaires cérébraux sont attribuées aux huit centres suivants:

- Hôpitaux universitaires de Genève
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
- Inselspital Bern
- Universitätsspital Basel
- Universitätsspital Zürich
- Kantonsspital St.Gallen
- Kantonsspital Aarau
- Ente Ospedaliero Cantonale, Site Ospedale regionale di Lugano

## 2. Conditions

Les centres mentionnés ci-dessus doivent fournir leurs prestations aux conditions suivantes:

- a. Ils garantissent le respect des conditions techniques et d'exploitation définies dans l'annexe.

- b. Ils garantissent la prise en charge hautement spécialisée correspondant à un comprehensive stroke center (CSC) ou à un primary stroke center (PSC) des patients victimes d'AVC.
- c. Chacun des centres mentionnés traite le nombre de cas minimal proposé par prestation spécialisée selon leur statut, à savoir
  - i. pour un PSC, au minimum chaque année 30 thrombolyses réalisées et 150 patients admis et traités pour un accident vasculaire cérébral ischémique.
  - ii. pour un CSC, au minimum par année 50 thrombolyses et 250 patients admis pour accident vasculaire cérébral ischémique.
- d. Chacun des centres mentionnés tient un registre.
- e. Le registre doit garantir une saisie cohérente, standardisée et structurée des données ayant trait à la qualité des procédures et des résultats. Le contenu et la forme du registre doivent pouvoir servir de base à la coordination des soins cliniques et de l'activité de recherche au niveau national. Les fournisseurs de prestations soumettent à l'Organe scientifique MHS leurs propositions concernant l'ensemble minimal de données à collecter dans le cadre de ce registre, ainsi que la forme et l'agencement dudit registre.
- f. Chacun des centres mentionnés remet chaque année au secrétariat de projet un rapport sur ses activités à l'attention des organes CIMHS. Le rapport doit comprendre pour chaque centre le nombre de cas pris en charge, les activités de recherche et d'enseignement, ainsi que les données recueillies sur la qualité des procédures et des résultats dans le cadre du registre. Les centres susmentionnés déterminent un centre de coordination pour l'élaboration du rapport destiné aux organes de la CIMHS.
- g. L'accréditation en tant que CSC ou PSC par la Société Cérébrovasculaire Suisse doit être demandée dans un délai de deux ans.
- h. L'attribution des prestations hautement spécialisées aux huit centres mentionnés est subordonnée aux attentes suivantes en terme de réseautage régional:
  - i. Les centres s'organisent en huit régions avec les hôpitaux (privés) équipés en conséquence en tant que CSC et PCS mis en réseau.
  - ii. Ces réseaux tiennent compte également de la collaboration avec les cliniques de réhabilitation.
  - iii. Ils définissent, organisent et garantissent au sein de leur réseau la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux selon la gravité du cas.
  - iv. Ils définissent ensemble les caractéristiques et les obligations du réseau pour la prise en charge des patients.
  - v. Pour la collaboration dans la recherche et la formation clinique en neurochirurgie, les centres responsables à ce titre s'organisent en trois régions.

### 3. Délais

La présente décision d'attribution est valable jusqu'au 31 décembre 2014.

#### **4. Motifs**

A sa séance du 27 janvier 2011, l'Organe de décision a décidé de rattacher le traitement hautement spécialisé des accidents vasculaires cérébraux à la médecine hautement spécialisée.

Après examen des arguments avancés dans le cadre de l'audition de novembre 2010, l'Organe de décision MHS a conclu sur les appréciations ci-après:

- a. L'attribution proposée assure que tous les patients victimes d'un accident vasculaire cérébral nécessitant un traitement relevant de la médecine hautement spécialisée sont attribués à une stroke unit accréditée (PSC ou CSC). Les règles d'hospitalisation définies à cet égard s'appliquent au sein du réseau.
- b. La chirurgie de la carotide n'est pas concernée par la décision d'attribution selon ch. 1.
- c. Le mode d'organisation avec huit régions dotées de CSC et de PSC garantit un accès aux soins sur l'ensemble du territoire national avec les plus courtes distances possibles et prend en compte les développements déjà intervenus. L'organisation en réseaux exigée clarifie les procédures et contribue à éviter les retards dans l'admission des patients pour le traitement indiqué. Elle correspond pour l'essentiel au statu quo et l'améliore par les obligations de soutien des CSC aux PSC et aux petits hôpitaux, par ex. par le biais de la télémédecine et par des règles de transfert et des parcours élaborés en commun.
- d. La coordination de l'enseignement concernant les programmes et les places de formation postgrade disponibles doit être développée et assurée entre les différents réseaux.
- e. Le nombre de spécialistes disponibles est limité. Compte tenu de cette pénurie prévisible de personnel, les exigences posées à un CSC ou un PSC ne devront pas être remplies dans la même mesure. C'est pourquoi il est recommandé une organisation en réseau avec des règles définies d'hospitalisation et de transfert des patients.
- f. La collaboration concernant les tâches de recherche est assurée aussi bien au sein des réseaux qu'entre les réseaux.
- g. Pour le reste, il est renvoyé au rapport «Traitement hautement spécialisé des accidents vasculaires cérébraux en Suisse» du 3 mai 2011.

#### **5. Voies de droit**

Il est possible de faire recours contre la décision auprès du Tribunal administratif fédéral dans les 30 jours à compter de sa publication dans la Feuille fédérale (art. 90a, al. 2, de la Loi fédérale sur l'Assurance-maladie en relation avec l'art. 12 de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée du 14 mars 2008).

#### **6. Notification et publication**

Le dispositif de décision, y compris les motifs selon chiffre 4, est publié dans la Feuille fédérale avec l'indication que le rapport «Traitement hautement spécialisé des accidents vasculaires cérébraux en Suisse» du 3 mai 2011 peut être obtenu par

les parties concernées auprès du Secrétariat de projet MHS de la Conférence des directeurs de la santé, Speichergasse 6, case postale 684, 3000, Berne 7.

La présente décision doit être notifiée par écrit sous pli recommandé, avec les motifs et indication des voies de recours, aux hôpitaux universitaires de Zurich, Bâle, Berne, Lausanne et Genève, aux hôpitaux cantonaux d'Argovie et de St-Gall, à l'hôpital régional de Lugano ainsi qu'aux cantons de Zurich, Bâle-Ville, Berne, Vaud, Genève, Argovie, St-Gall et Tessin. Les autres partenaires associés à la consultation sont informés par écrit.

21 juin 2011

Pour l'organe de décision MHS:

La présidente, Heidi Hanselmann

## **Annexe**

# **à la décision concernant la planification du domaine de médecine hautement spécialisée (MHS) du traitement hautement spécialisé des accidents vasculaires cérébraux**

---

### **Exigences à satisfaire par un centre de traitement<sup>1</sup>**

#### **1. Caractérisation**

En se basant sur les recommandations publiées par l'European Stroke Initiative (EUSI), par la commission allemande Stroke units et traitement aigu des AVC, et par la Brain Attack Coalition américaine, et en tenant compte de la situation suisse, le terme de «stroke unit» est défini comme suit:

*Une stroke unit est un lieu ou un parcours thérapeutique défini avec un algorithme de traitement, qui garantit un diagnostic, une surveillance et un traitement globaux des patients victimes d'un AVC par un personnel qualifié et en temps utile, et permet de prendre des mesures en vue d'une réadaptation précoce.*

Cette définition comporte ainsi des conditions structurelles («lieu» ou «parcours», transport et phase de réhabilitation), demande une orientation des processus («algorithme de traitement»), et formule l'objectif recherché («réadaptation»).

Chaque stroke unit doit répondre aux exigences générales (profil) décrites ci-après:

- Remplir les conditions en matière professionnelle, technique et de personnel afin d'identifier le syndrome neurologique déficitaire et l'étiologie sous-jacente, et afin d'évaluer le danger de complications, ainsi que de prévenir et de traiter celles-ci.
- Réalisation et administration de traitements (médicaux, interventionnels, chirurgicaux), même en urgence 24 h/24 et pendant 365 jours par an.
- Réadaptation neurologique et multidisciplinaire précoce.
- Planification de la réadaptation et suivi thérapeutique.
- Prévention secondaire spécifique.
- Formation continue et postgraduée.
- Assurance qualité.

#### **2. Qualité des structures**

L'hôpital doit disposer des ressources structurelles suivantes:

1. Disponibilité d'un service d'urgence interdisciplinaire 24 h/24.
2. Possibilité d'admission à tout moment (24 h/24) dans une unité de traitement définie et appropriée aux patients victimes d'un AVC.

<sup>1</sup> Rapport «Traitement hautement spécialisé des accidents vasculaires cérébraux en Suisse», du 3 mai 2011, page 17–18.

3. Lits de type intermediate care (surveillance 24 h/24, soins au lit du patient) y compris monitoring continu: ECG, pression artérielle, pouls, température, pulsoxymétrie (disponibilité 24 h/24), surveillance neurologique (disponibilité 24 h/24).
4. Intensive care unit (service de soins intensifs y compris possibilité de respiration artificielle) au sein de l'établissement.
5. Equipement de neuroradiologie (CT/IRM/DSA) au sein de l'établissement: scanner (disponibilité 24 h/24; dans les 25 min. suivant la demande), IRM(disponibilité 24 h/24), angio-graphie (DSA) avec possibilité de recanalisation endovasculaire (disponibilité en cas de besoin).
6. Equipement de neurosonologie avec écho-doppler extracrânien au lit du patient (disponibilité 24 h/24), doppler transcrânien avec disponibilité 24 h/24, échographie duplex disponible dans les 24 h au plus.
7. Analyses biologiques (coagulation, NFS, biochimie) (disponibilité 24 h/24) (résultats disponibles dans un délai max. de 45 min. après la prise de sang).
8. Echocardiographie: transthoracique (TTE) disponible sous 24 h, transœsophagienne (TEE) élective.

### 3. Exigences en matière de personnel

Le traitement dans une stroke unit suppose de disposer du personnel qualifié correspondant: neurologues connaissant l'évaluation et le traitement des AVC et disponibles 24 h/24, urgentistes présents 24 h/24 dans l'hôpital, réanimateurs, neurochirurgiens et neuroradiologues présents ou prêts à intervenir 24 h/24. Il importe par ailleurs que soit garantie la prise en charge par un personnel soignant qualifié, et qu'une équipe de réadaptation multidisciplinaire (comprenant notamment un médecin spécialisé en réadaptation, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes, des orthophonistes et des neuropsychologues) assure dès le début le traitement des déficits fonctionnels des patients.

### 4. Qualité des processus

Les indicateurs de qualité proposés se trouvent en annexe du rapport et sont basés sur les expériences allemande et américaine. De tels indicateurs devraient être recueillis pour tous les AVC aigus (< 7 jours entre le début des symptômes et l'admission à l'hôpital), tant ischémiques qu'hémorragiques. La tenue d'un registre des AVC fait partie intégrante du processus de qualité en ce qu'il permet une évaluation nationale et internationale des performances (benchmarking) entre les centres.

### 5. Nombre minimal de cas

Il existe déjà des normes concernant le nombre annuel de patients par stroke unit (voir tableau en annexe), mais néanmoins pas pour les prestations spécialisées. On propose qu'un *PSC réalise au moins 30 thrombolyses* par an et accueille et traite *150 patients* victimes d'un *AVC ischémique*. Un minimum de *50 thrombolyses et de 250 AVC ischémiques* est exigé pour un CSC.

## **6. Formation postgraduée et recherche**

De façon générale, les centres – en particulier les CSC – doivent participer activement à la formation continue et postgraduée, disposer d'une équipe suffisamment importante pour assurer la promotion de la relève, collaborer de façon formelle avec d'autres centres à la formation continue et postgraduée, et prendre part à des activités de recherche clinique. L'ensemble de ces activités doit être dûment documenté.

## **7. Accréditation**

L'accréditation des stroke centers doit être effectuée par une commission d'accréditation sous la direction de la société professionnelle correspondante (neurologie). Cette commission doit être composée d'experts en AVC, ainsi que de spécialistes en neurosciences et de membres de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM). Elle délivre des certificats ordinaires et conditionnels pour une durée limitée et selon des critères prédéfinis.