

	Neurochirurgie	Pathologie	Fréquence d'utilisation USI, personnel, produits (de 0 à 10)	Durée de mobilisation USI, personnel, produits (de 0 à 10)	Durée de mobilisation hospitalisation classique (de 0 à 10)
	SPECIALISME				
Degré d'urgence 1	Immédiat, aigu, risque vital ou menace sur un organe, un membre	<p><u>PATHOLOGIE/problématique</u></p> <p><i>Au niveau du crâne :</i> Hypertension intracrânienne, Coma, détérioration neurologique rapide. Traumatismes crâniens avec menace neurologique. Masses intracrâniennes avec risque d'engagement, y compris les tumeurs et les abcès cérébraux. Hématomes intracrâniens avec menace/ répercussions neurologiques. AVC ischémique malin. Hydrocéphalie aiguë.</p> <p><i>Au niveau du rachis :</i> Compression médullaire et déficits neurologiques induits par des fractures vertébrales, des hématomes et des tumeurs du rachis.</p>	10	10	10
			10	2	10

		<p>Hernie discale lombaire avec syndrome de la queue de cheval.</p> <p><u>INTERVENTIONS</u>  Trépanation- craniotomie  Mesure de la pression intracrânienne cérébrale -  Dérivation du liquide céphalo-rachidien.  Décompression médullaire et stabilisation de la colonne vertébrale, instrumentée ou non.</p>			
Degré d'urgence 2	<p>Aigu, état qui se détériore, potentiellement risque vital ou menace sur un organe ou un membre</p> <p>Intervention dans un délai se chiffrant en heures</p>	<p><u>PATHOLOGIE/problématique</u>  Pathologie de degré d'urgence 1 mais évoluant lentement ou relativement stable sans coma ou déficit médullaire très aigu.  Anévrisme intracrânien rompu.  Saignement d'une MAV.  Pathologie hypophysaire avec apoplexie.  Déficit radiculaire dû à une hernie discale lombaire ou cervicale.  Fractures vertébrales instables non déficitaires ou avec déficit modéré.  Implants infectés.</p>	<p>10</p> <p>10</p> <p>10</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p>	<p>10</p> <p>10</p> <p>10</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p>	<p>10</p> <p>7</p> <p>7</p> <p>7</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p>

		<p>Traumatisme ouvert d'un nerf périphérique ou du plexus.</p> <p>Interventions diagnostiques pour l'initiation d'un traitement: biopsie de l'artère temporale / biopsie musculaire.</p> <p>Spina bifida aperta.</p> <p><u>INTERVENTIONS</u></p> <p>Trépanation- craniotomie - Stérééotaxie</p> <p>Chirurgies trans-sphénoïdales ** (des précautions particulières !!)</p> <p>Dérivation du liquide céphalo-rachidien.</p> <p>Décompression médullaire et stabilisation de la colonne vertébrale, instrumentée ou non.</p> <p>Exploration des nerfs périphériques en cas de traumatisme ouvert.</p> <p>Procédures endovasculaires</p> <p>Biopsies pour troubles neurologiques (initiation d'un traitement en urgence)</p>	1	1	2
			0	0	0
			10	2	5
Degré d'urgence 3	Accélééré Intervention dans un délai	<u>PATHOLOGIE/problématique</u> Processus intracrâniens à évolution subaiguë , avec risque de séquelles			

	se chiffrant en jours	irréversibles dans un court laps de temps. (Tumeurs intracrâniennes, abcès, hématomes sous-duraux chroniques, Pathologie hypophysaire avec troubles de la vision,.....)	10	7	7
		Epilepsie incontrôlable.	8	2	2
		Craniosynostose avec élévation de la PIC.	7	3	5
		Processus tumorale rachidienne extra- ou intramédullaire avec évolution subaiguë.	10	1	2
		Syndromes de douleur incontrôlables : par exemple, du nerf trijumeau.	10	2	5
		Fistules de liquide céphalorachidien post-traumatiques, spontanées ou postopératoires.	8	2	5
		Douleurs incontrôlables dues à des phénomènes rachidiens dégénératifs , y compris une hernie discale.	5	2	5
		Dysfonctionnement d'une pompe pour médication intrathécale.	1	1	2
		Tumeurs des nerfs périphériques à potentiel malin.	0	0	2
		<u>INTERVENTIONS</u>	0	0	2

		<p>Trépanation – stéréotaxie -  Procédures trans-  sphénoïdales **  (précautions particulières!! )  Dérivation du liquide  céphalo-rachidien.  Chirurgie du rachis avec ou  sans instrumentation.  Radiochirurgie stéréotaxique  Révision d' une pompe pour  administration de  médicaments intrathécaux  Fin de vie d'un générateur  d'impulsions .  Exploration des nerfs  Infiltrations spinales.</p>			
Électif A	<p>Affection qui, si elle n'est  pas traitée dans un délai  de quelques mois, peut  entraîner des dommages  pour la santé  &lt; 3 mois  Soins à planifier, en tenant  compte de la capacité de  l'hôpital et de la flexibilité  nécessaire pour la  reconversion de capacité</p>	<p><u>PATHOLOGIE/problématique</u>  A.  Affection intracrânienne ou  spinale symptomatique,  mais à croissance lente, suivi  depuis un certain temps.  MAV – anévrisme / non-  rompus.  Troubles dégénératifs de la  colonne vertébrale qui  affectent le fonctionnement  quotidien.  Epilepsie.  Fin de vie Générateur  d'impulsions.</p>	<p>8  10  1 10  0  0</p>	<p>2  3  1 5  0  0</p>	<p>5  5  5 6  0  0</p>

		<p>Pathologie du nerf périphérique affectant le fonctionnement quotidien.</p> <p><u>INTERVENTIONS</u>  Trépanation - stéréotaxie  Procédures trans-sphénoïdales ** (des mesures de précautions supplémentaires !!)  Chirurgie du rachis avec ou sans instrumentation.  Systèmes de neuromodulation.  Neurolyse</p>			
Électif B	<p>Crise COVID-19  Vu le faible impact sur la santé, les soins peuvent être reportés sans planification immédiate.  &gt;3 mois</p>	<p><u>PATHOLOGIE/problématique</u>  Tremblement – dystonie :  DBS  Nouvelle admission pour neuromodulation - douleur chronique.  Pathologie hypophysaire avec uniquement répercussion endocrinologique.  Déformation de la colonne vertébrale - scoliose.  Déformation congénitale ou acquise du crâne corrigible.</p> <p><u>INTERVENTIONS</u>  Trépanation - stéréotaxie -</p>	<p>10</p> <p>0</p> <p>10</p> <p>8</p> <p>8</p>	<p>2</p> <p>0</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p>	<p>5</p> <p>0</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>

		Procédures trans- sphénoïdales ** (précautions particulières!! ) Chirurgie du rachis avec ou sans instrumentation. Systèmes de neuromodulation. Dénervations au niveau de la colonne vertébrale.			
--	--	--	--	--	--

Réserves :

- Document indicatif.
- Ceci reste de la responsabilité du clinicien qui doit tenir compte des spécificités (p. ex. comorbidités) du patient ainsi que de la capacité concrète actuelle et prévue et du contexte de sécurité de l'hôpital. La flexibilité de reconversion des capacités dans le cadre d'éventuelles nouvelles flambées de COVID-19 doit être prise en compte.
- Suppose l'ouverture de consultations avec seulement une réserve pour les mesures de sécurité (y compris un registre des moyens disponibles).
- Encourager à cet égard les téléconsultations pour le tri et les renvois par les MG dans le cas de patients dont les plaintes sont vagues.

Il nous faut assurément, comme dans l'exemple, une petite note explicative pour chaque colonne.

**Réserves** : cette liste est indicative et a pour but de fournir un appui. Il reste de la responsabilité du clinicien de tenir compte des spécificités (p. ex. comorbidités) du patient ainsi que de la capacité concrète actuelle et prévue et du contexte de sécurité de l'hôpital. La flexibilité de reconversion de capacité dans le cadre d'éventuelles nouvelles flambées de COVID-19 doit être prise en compte (voir réponse détaillée du Bureau du Conseil supérieur des médecins du 19.04.2020).

**La proposition suppose l'ouverture de consultations** sous réserve de garanties pour toutes les mesures de sécurité (y compris un registre des moyens disponibles).

Les téléconsultations sont encouragées, notamment pour le tri et les renvois par les MG dans le cas de patients dont les plaintes sont vagues.

## Explication du tableau :

\*PATHOLOGIE : il s'agit ici chaque fois, pour votre spécialité, d'une liste non limitative d'affections ou de groupes de pathologies spécifiques, classés si possible dans l'ordre de leur fréquence d'apparition.

\*\*INTERVENTIONS : concerne toutes les interventions diagnostiques et thérapeutiques, qu'elles nécessitent ou non une narcose.

° Degré d'urgence 1 :

Implique une urgence telle que l'établissement du diagnostic et le traitement sont prioritaires sur toute autre activité qui, au besoin, est arrêtée à cet effet (immédiatement).

°° Degré d'urgence 2

Se rapporte à toute intervention diagnostique ou thérapeutique qui doit pouvoir avoir lieu dès qu'elle est possible et qu'elle s'inscrit dans le programme. Si nécessaire, le planning de la journée (du jour même) doit être adapté ou allongé.

°°° Degré d'urgence 3

Se rapporte aux actes diagnostiques ou thérapeutiques qui doivent être planifiés le plus rapidement possible à court terme (< 1 semaine).

+ Électif A

Actes diagnostiques et thérapeutiques débouchant sur un plan de prise en charge de la maladie, éventuellement graduel, mais planifié de façon telle qu'il n'entraîne aucune diminution des chances pour le patient, compte tenu de la capacité du moment (avec priorité pour les degrés d'urgence 1, 2 et 3).

Mise en œuvre finale à évaluer et impérativement < 3 mois

++ Électif B

Actes diagnostiques et thérapeutiques n'impliquant aucun risque pour la santé à court ou moyen terme.

Les patients peuvent être vus pour avis même si une planification concrète n'est pas possible dans une période de 3 mois.

Ces actes peuvent toutefois avoir lieu en cas de surcapacité dans les établissements de soins.

En ce qui concerne les colonnes "fréquence" et "durée" attendue d'utilisation de l'USI et la durée d'hospitalisation, les modalités pratiques ad hoc devront être déterminées en parallèle par le médecin en chef en concertation en fonction des possibilités.

L'enquête vise seulement à obtenir un score entre 0 et 10 afin d'avoir une image plus précise des divers éléments.