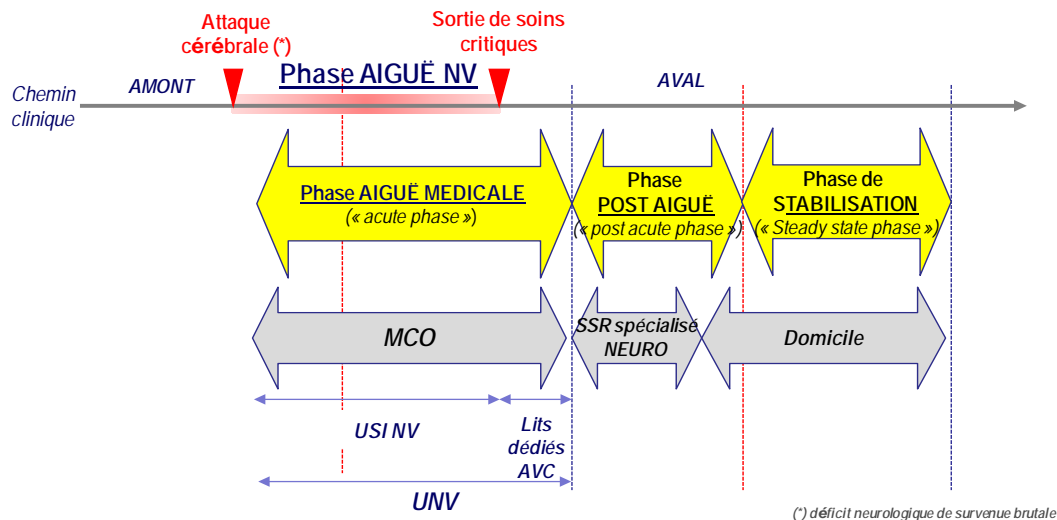


NOM DOCUMENT	BPF_AVC_ADULTE_PRISE_EN_CHARGE_AVAL	
TYPE	Bonne Pratique Fondamentale <input checked="" type="checkbox"/>	Procédure <input type="checkbox"/>
RÉDACTEUR	Jacques Trouvé	Médecin Urgentiste
ORGANISATION OU ÉTABLISSEMENT	Groupe régional AVC PACA	
STATUT	Validé <input checked="" type="checkbox"/>	Proposé / non validé <input type="checkbox"/>
DATE	25 juin 2014	Version : V1.0
PHASE (1)	Aiguë <input type="checkbox"/>	Post-aiguë <input checked="" type="checkbox"/> Stabilisation <input checked="" type="checkbox"/>
ETAPE	SSR et domicile	
RÉSUMÉ	Le document présente les principes d'organisation et de prise en charge des patients présentant un AVC lors des phases post-aiguë et de stabilisation.	
MOTS CLÉS	Projet thérapeutique, catégorisation, dossier régional commun, SSR	

(1) Phases du chemin clinique : définition



Sommaire

1. OBJECTIFS	3
2. PROFESSIONNELS CONCERNES	3
3. DESCRIPTION	4
3.1. PRINCIPES GENERAUX	4
3.2. PRISE EN CHARGE EN SSR.....	5
3.3. PRISE EN CHARGE A DOMICILE.....	7
3.4. ORGANISATION DU SUIVI POST-AVC.....	8
4. GLOSSAIRE.....	9
5. ANNEXE 1 : GRILLE COMMUNE REGIONALE DE CATEGORISATION	10
6. ANNEXE 2 : STRUCTURES MEDICOSOCIALES ALTERNATIVES AU RETOUR A DOMICILE A LA SUITE D'UN AVC	11
7. ANNEXE 3 : STRUCTURES MEDICOSOCIALES D'ORIENTATION OU DE REORIENTATION PROFESSIONNELLE A LA SUITE D'UN AVC.....	12
8. ANNEXE 4 : GROUPE REGIONAL AVC PACA.....	14

1. OBJECTIFS

L'objectif de ce document est de décrire les **bonnes pratiques fondamentales** (BPF) à mettre en œuvre, au sein des filières AVC de la région PACA, dans le cadre de **la prise en charge** des patients présentant un **AVC, au cours et au décours de leur hospitalisation en service de soins de suite et de réadaptation (SSR), lors des phases post-aiguë et de stabilisation.**

Le processus d'accueil du patient est décrit de la sortie de l'établissement de court séjour (MCO) au retour à domicile en intégrant le suivi post-AVC.

2. PROFESSIONNELS CONCERNES

- DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT DE SANTE
- MÉDECINS GÉNÉRALISTES
- MÉDECIN DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION
- NEUROLOGUE ET MÉDECIN D'UNV
- PERSONNEL PARAMÉDICAL DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION
- PERSONNEL PARAMÉDICAL EXERÇANT EN SERVICE DE MÉDECINE
- PERSONNEL PARAMÉDICAL D'UNV
- PRATICIENS EXERÇANT EN SERVICE DE MÉDECINE
- PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX
- PROFESSIONNELS DU SOCIAL

3. DESCRIPTION

3.1. Principes généraux

1. Tout patient victime d'un AVC doit bénéficier, après la phase aiguë et quel que soit le lieu de prise en charge :
 - d'un projet thérapeutique établi sur des critères médicaux fondés sur son état clinique, avec une réévaluation continue de ces propositions,
 - d'une rééducation et d'une réadaptation adaptée à ses besoins,
 - d'une aide à la réinsertion.

2. Le rôle des structures de SSR consiste à prendre en charge des patients **nécessitant des soins complexes ou importants et pluridisciplinaires** de rééducation et/ou de réadaptation préalablement à leur retour à domicile.

3. Caractéristiques d'un SSR spécialisé en maladies neurologiques :
 - présence de compétences médicales et paramédicales spécifiques avec :
 - un **médecin de MPR spécialisé** dans la prise en charge en rééducation et réadaptation fonctionnelle, **responsable médical** du service de MPR et assurant la **coordination médicale des soins**,
 - une **équipe de professionnels de santé formés** à la prise en charge des patients victimes d'AVC et pouvant comprendre les spécialités suivantes: masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, orthoprothésistes, neuropsychologues, psychomotriciens, assistants sociaux, psychologues,
 - existence de moyens matériels spécifiques constituant un véritable plateau technique de rééducation,

4. L'efficacité de la prise en charge dans la filière d'aval repose sur :
 - le repérage précoce et la qualification anticipée des besoins de rééducation,
 - l'initiation précoce de la rééducation,
 - la rationalisation des demandes de lits de SSR,
 - la coordination inter-établissements entre les secteurs MCO et SSR,
 - l'orientation optimisée des patients,
 - l'organisation du suivi en sortie de SSR.

5. Les informations nécessaires à la prise en charge du patient et à la coordination des soins entre les professionnels de santé sont renseignées via le ROR dans le dossier patient AVC régional commun.

3.2. Prise en charge en SSR

1. Une articulation étroite entre les services de MCO et de SSR est organisée dès la phase aiguë afin :
 - d'assurer **l'évaluation précoce** du patient par le médecin MPR avec l'initiation de la rééducation,
 - de prévenir au mieux les complications secondaires,
 - de mettre en place le plus rapidement possible le **projet de rééducation et de réadaptation** adapté à chaque patient,
 - de **fluidifier la filière d'aval** grâce à une **orientation optimisée** des **patients** (identification des "patients légers" et des "patients lourds") **le plus tôt possible**.
 2. **La prise en charge multidisciplinaire de rééducation** est débutée après une évaluation médicale et paramédicale par les professionnels de rééducation et de réadaptation, en fonction des besoins du patient avec la mise en place de séances :
 - de kinésithérapie,
 - d'ergothérapie,
 - d'orthophonie,
- Afin de ne pas retarder la prise en charge à 100 % lorsque les conditions médicales sont remplies, la procédure dérogatoire de prise en charge en ALD est engagée dès la prise en charge en MCO. Le protocole de soins est élaboré par la suite par le médecin traitant,
3. L'identification du **projet médico-social adapté** à chaque patient et son orientation en SSR sont basées sur :
 - la **sévérité des déficiences** et le **pronostic fonctionnel**: la grille régionale commune de catégorisation des patients établit 4 niveaux de gravité croissante et 6 paramètres individuels de complexité (cf. annexes),
 - les facteurs environnementaux :
 - évaluation des conditions familiales, sociales et matérielles,
 - analyse de l'offre de soins « de ville » (éventualité d'une prise en charge médicale dans le lieu de vie habituel),
 - les **caractéristiques spécifiques** de la structure de soins (SSR spécialisé ou non).
 4. Toute prise en charge en établissement de SSR :
 - suppose préalablement de recueillir le **consentement** du patient dont l'état clinique justifie une prise en charge en SSR spécialisé ou non,
 - est conditionnée par le niveau de déficit du patient :
 - déficit « **faible** » (*catégorie 1*) : prise en charge en SSR selon besoins ou retour d'emblée au domicile avec poursuite de la rééducation,
 - déficit de « **gravité moyenne** » (catégories 2 et 3) : prise en charge prioritairement en "SSR neuro",
 - **déficit « sévère »** (catégorie 4) : prise en charge en « SSR neuro » avant un éventuel retour à domicile,
 - fait l'objet via le ROR, d'une demande d'orientation dans le « registre de demande de places de SSR ».

5. L'orientation vers un **SSR « neuro »** nécessite que **l'état de santé** du patient soit

compatible avec une **rééducation intensive pluriquotidienne et multi-intervenants** en vue d'une récupération maximale. En l'absence de place en SSR "neuro", il est souhaitable d'orienter ce patient vers un SSR polyvalent puis de **réévaluer sa situation** avant d'envisager secondairement un transfert dans un SSR spécialisé.

6. Les patients orientés vers un SSR polyvalent présentent, soit :
 - une absence de consentement pour une prise en charge en SSR spécialisé,
 - des besoins et des capacités moindres de rééducation,
 - des polyopathologies nécessitant une prise en charge médicale importante,
 - un environnement de vie personnel qui ne permet pas d'envisager d'emblée un retour à domicile.

7. En SSR, les programmes de rééducation et de réinsertion :
 - bénéficient d'une réévaluation régulière du plan de soins interdisciplinaire individualisé auquel adhère le patient,
 - **associent étroitement la famille** et des proches du patient aux synthèses-bilans pluridisciplinaires qui jalonnent le séjour en MPR,
 - incluent des « permissions thérapeutiques » permettant la confrontation avec l'environnement personnel du patient,
 - préparent le retour à domicile avec :
 - des visites de l'ergothérapeute et de l'assistante sociale afin d'adapter au mieux l'environnement technique et social,
 - des **liaison-relais avec les acteurs du domicile** : médecin traitant, kinésithérapeute, orthophoniste, infirmier, services de soins à domicile, association de patients... ,
 - préparent **le suivi en sortie de SSR**, en hôpital de jour, en consultation externe, en SAMSAH... ,

8. En SSR, parallèlement aux soins de MPR, le patient bénéficie dans le cadre de sa **prise en charge médicale** :
 - de la poursuite du **bilan étiologique** initié en service de MCO,

 - de la prise en charge :
 - des facteurs de risque,
 - des comorbidités associées,
 - et des complications éventuelles associées,

 - d'une **éducation thérapeutique** ayant pour objectifs :
 - l'apprentissage et l'évaluation des connaissances du risque cardiovasculaire,
 - la connaissance de sa maladie et de ses traitements,
 - l'estime de soi,
 - l'auto-adaptation de son cadre et de son mode de vie à sa maladie,
 - la correction, sur le plan diététique, des principales erreurs alimentaires qualitatives,
 - la pratique d'un exercice physique pendant au moins 30 minutes par jour.

 - d'une **évaluation de sa situation socio-économique** indispensable aux personnes en **situation de handicap**, réalisée par une **assistante sociale** et permettant de manière individuelle :

- d'informer les patients sur les droits et recours possibles,
- d'initier les demandes pour l'ouverture des droits et des prestations.

Dans le cadre de ce bilan, le médecin de MPR, le personnel paramédical de SSR et l'assistante sociale réalisent un **bilan d'autonomie** permettant :

- d'évaluer les capacités et les participations du patient,
- de déterminer les aides techniques, les aménagements et les services les mieux adaptés au patient,
- de remplir un dossier de demande auprès de la MDPH ou de l'APA en vue de la prise en charge de ces dispositifs de compensation.

3.3. Prise en charge à domicile

Le retour à domicile :

1. La **continuité des soins et de la rééducation** doit être assurée pour permettre la meilleure récupération possible : l'objectif est d'optimiser l'autonomie du patient en fonction de ses capacités de réadaptation.
2. Le retour au domicile du patient doit :
 - préalablement à sa sortie du SSR, être précédé d'un **aménagement de son domicile**, après évaluation par un ergothérapeute,
 - être préparé, dans le cadre d'une démarche de réinsertion, par une intervention coordonnée en lien :
 - avec les aidants familiaux,
 - avec les acteurs hospitaliers et les professionnels intervenants en ambulatoire :
 - les professionnels de santé des « soins de ville »,
 - et les acteurs de « l'aide à domicile »,
3. Sur le plan sanitaire, le **médecin traitant** :
 - joue le rôle de **pivot dans l'organisation des soins** et la prise en charge du patient,
 - assure le **suivi par une évaluation régulière** du patient, ainsi que l'adaptation du traitement.
4. La mise en place des soins à domicile fait appel :
 - aux professionnels de santé libéraux (infirmière, kinésithérapeute, orthophoniste...),
 - éventuellement à une structure d'HAD ou à un réseau de soins (SSIAD, SAAD) pour les patients lourdement handicapés.
5. La **poursuite du processus de réadaptation** est réalisée en fonction des besoins :
 - en HDJ de MPR, pour une prise en charge spécifique avec des compétences non disponibles en secteur libéral,
 - par une équipe mobile de réadaptation ou en HAD de réadaptation,
 - par une rééducation en secteur libéral à domicile.
6. Le patient est informé et accompagné dans le cadre de la reprise de la conduite automobile, par le médecin qui en a la responsabilité.

Les alternatives au retour à domicile :

1. Les patients victimes d'AVC n'ayant plus leur autonomie et/ou nécessitant une surveillance médicale ou des soins peuvent être admis en institution, soit :
 - en l'absence de consentement du patient pour une prise en charge en SSR,
 - en cas d'impossibilité à retourner ou à rester à leur domicile.
2. Selon leur âge, leurs besoins de soins et d'accompagnement et leurs souhaits, il pourra être envisagé une orientation vers une structure telle que :
 - EHPAD
 - USLD
 - CAJ
 - MAS
 - FAM
 - SAMSAH
 - SAVS
 - ou vers une unité de soins pour patients en EVC et/ ou EPR.

3.4. Organisation du suivi post-AVC

1. Les objectifs du suivi post-AVC sont les suivants :
 - optimiser puis stabiliser la récupération fonctionnelle du patient,
 - permettre au patient de compenser ses situations de handicap,
 - prévenir, dépister et traiter les complications neurologiques et générales,
 - coordonner les actions avec la famille et/ou les aides de vie.
2. Le schéma d'organisation médicale du suivi post-AVC du patient à domicile attribue :
 - au médecin traitant, le rôle de coordonnateur de l'organisation des soins,
 - au **neurologue**, la prescription de la **prévention secondaire** la plus adaptée, en fonction de l'étiologie de l'AVC,
 - au **médecin de MPR**, la responsabilité de la mise en place des **traitements de rééducation et de réadaptation** les plus appropriés et du suivi du programme d'éducation thérapeutique,
 - au **gériatre**, l'expertise dans les cas de poly-pathologies lourdes et complexes nécessitant une **hiérarchisation des priorités thérapeutiques**.
3. Le calendrier du suivi post-AVC prévoit que tout patient victime d'un AVC bénéficie :
 - d'une consultation neurovasculaire à 3 mois, puis à 6 mois et 1 an de la sortie, afin d'évaluer :
 - le niveau d'handicap séquellaire (score de Rankin),
 - l'observance thérapeutique aux traitements des facteurs de risque,
 - l'impact sur le plan thymique et cognitif de l'AVC,
 - d'une **consultation de MPR recommandée à 6 mois, à 1 an puis tous les 2 ans**, et tant que les bilans des déficiences et de l'incapacité mettent en évidence une progression, afin :
 - d'évaluer les fonctions motrices, cognitives et végétatives,
 - de dépister des complications, d'évaluer le potentiel d'amélioration ou des

risques de dégradation,

· d'adapter le projet thérapeutique afin de pouvoir faire bénéficier le patient du matériel ou d'une aide technique spécifique et adaptée à ses besoins.

4. Les indications de ré hospitalisation en SSR ont pour objectifs de :
 - redynamiser la prise en charge ré éducative,
 - prendre en charge le patient en cas d'aggravation de son état clinique ou fonctionnel,
 - donner un répit aux aidants de la personne dépendante,
5. Si besoin, dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle du patient, les différents acteurs de cette ré insertion (cf. ANNEXE 3 - Liste des Structures de la réinsertion socio professionnelle), réalisent un bilan individuel dans le but d'établir un nouveau projet social et/ou professionnel.

4. GLOSSAIRE

- ALD : Affection de Longue Durée
- APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- CAJ : Centre d'Accueil de Jour
- EVC : Etat Végétatif Chronique
- EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
- EPR : Etat Pauci-Relationnel
- FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
- HAD : Hospitalisation A Domicile
- HDJ : Hôpital de jour
- ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources
- MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
- MDPH : Maison Départementale Du Handicap.
- MPR : Médecine Physique et de Réadaptation
- SAAD : Service d'Aide A Domicile
- SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
- SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
- SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- UEROS : Unité d'Evaluation, de Ré-entraînement et d'Orientation Sociale
- USLD : Unité de Soins de Longue Durée

5. ANNEXE 1 : Grille commune régionale de catégorisation

La grille commune régionale de catégorisation établit 4 niveaux de gravité croissante :

1. **Catégorie 1 : une seule déficience**, autonomie de marche, pas de besoin d'évaluation écologique : paralysie d'un bras (déficit moteur brachio-facial), trouble du langage isolé sans trouble de compréhension (aphasie motrice pure), trouble de la vision (Hémianopsie Latérale Homonyme), trouble isolé et incomplet de la sensibilité (ataxie thalamique discrète) ;
2. **Catégorie 2 : plusieurs déficiences** (hémiplégie complète et/ou aphasie et/ou négligence spatiale et/ou troubles de déglutition transitoires...) **ou déficit moteur du membre inférieur interdisant la marche**, potentiel de récupération, projet d'autonomie probable. Il s'agit d'AVC unilatéral ;
3. **Catégorie 3 : Plusieurs déficiences dont au moins des troubles des fonctions cognitives** (troubles de mémoire, du langage ou des fonctions exécutives) et / ou troubles du comportement, potentiel de récupération limité, projet d'autonomie partielle ou impossible. Il s'agit d'AVC hémisphériques totaux, bilatéraux ou multiples ;
4. **Catégorie 4 : accident gravissime** ; multiples déficiences associées (paralysies massives, troubles de l'éveil et de la communication, déficience respiratoire), aucun projet d'autonomie envisageable. Il s'agit d'états cliniques de locked-in-syndrome et d'état végétatifs ou pauci-relationnels (EVC-EPR) secondaires à des AVC bi-hémisphériques ou du tronc cérébral.

Chaque catégorie de patients est analysée selon 6 paramètres personnels ou environnementaux de complexité pouvant nécessiter des moyens supplémentaires spécifiques :

- a : déficiences sans difficulté surajoutée
- b : nécessité d'adaptation de l'environnement, sur le plan matériel
- c : inadaptation ou insuffisance du réseau médical
- d : difficultés sociales ou psycho-sociales
- e : pathologies médicales ayant une incidence fonctionnelle
- f : pathologies psychiatriques associées ayant une incidence fonctionnelle.

6. ANNEXE 2 : structures médicosociales alternatives au retour a domicile à la suite d'un AVC

Il n'existe pas de structures médicosociales identifiées spécifiquement pour la prise en charge d'une personne à la suite d'un AVC. L'accès aux structures médicosociales répond à deux impératifs : l'âge et selon le cas avoir une notification d'admission de la MDPH. Des dérogations d'âge peuvent donc être nécessaires : c'est le cas pour une entrée dans les structures pour personnes âgées (+ 60 ans)

TYPES DE STRUCTURES	OBSERVATIONS
PERSONNES AGEES	
HEBERGEMENT COLLECTIF	
FOYERS-LOGEMENTS	Admission possible après acceptation dossier national normalisé en fonction des possibilités d'accueil (places disponibles). Nécessite demande de dérogation pour les moins de 60 ans. Listes d'attente importantes selon le cas
MAISON DE RETRAITE	
USLD	
EHPAD	
FAMILLES D'ACCUEIL	
ENFANCE HANDICAPEE	
EDUCATION SPECIALISEE AVEC HEBERGEMENT POSSIBLE	
INSTITUT MEDICO EDUCATIF OU IME	Demande d'admission après notification MDPH suite décision CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées). Listes d'attente importantes selon le cas
ETABLISSEMENT ENFANTS ET ADOLESCENTS POLYHANDICAPES OU EEAP	
INSTITUT EDUCATION MOTRICE OU IEM	
CENTRE REEDUCATION MOTRICE OU CRM	
INSTITUT EDUCATION SENSORIELLE OU IES	
ADULTES HANDICAPES	
HEBERGEMENT	
ACCUEIL THERAPEUTIQUE	Demande d'admission après notification MDPH. Concerne les adultes de moins de 60 ans. Listes d'attente importantes
CENTRE HEBERGEMENT	
FOYER HEBERGEMENT TRAVAILLEURS HANDICAPES	
FOYER ECLATE	
FOYER ACCUEIL SPECIALISE (FAS)	
FOYER OCCUPATIONNEL (FO)	
FOYER ACCUEIL MEDICALISE (FAM)	
MAISON ACCUEIL SPECIALISEE (MAS)	

7. ANNEXE 3 : structures médicosociales d'orientation ou de réorientation professionnelle à la suite d'un AVC

La réinsertion sociale et professionnelle nécessite une approche globale de la situation de la personne victime d'un AVC et mobilise des acteurs pluridisciplinaires. L'accès aux structures de réinsertion professionnelle dépend de la situation antérieure de la personne victime d'un AVC ; dans tous les cas, il convient de se rapprocher de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Selon la situation, il convient de réaliser rapidement les démarches pour obtenir la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé pour accéder aux différentes aides possibles et bénéficier des dispositifs existants pour les personnes handicapées

INSERTION PROFESSIONNELLE	
Service ressources humaines de l'employeur	Analyse de la demande de retour à l'emploi et des modalités
Service de médecine professionnelle et préventive de l'employeur	Adaptation des postes de travail en lien avec les services RH
Service social de l'employeur	Analyse de la situation et élaboration du plan d'aide
Assistante sociale MDPH	Information du salarié sur les aides par rapport à sa situation globale
Travailleurs sociaux CCAS, CMP, CARSAT, MSA, etc.	Personnes ressources pour constitution dossier MDPH, lien avec l'assurance maladie, intermédiaire entre médecins du travail et médecins conseils
Association de gestion, de formation, et d'insertion des personnes handicapées ou AGEFIPH (acteur central de l'emploi des personnes handicapées)	Aide à la formation des travailleurs handicapés (adaptation emploi ou reconversion) et à l'aménagement du poste de travail Propose des aides à l'employeur pour faciliter le recrutement, l'insertion et le maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés
Réseau national CAP Emploi	Accompagnement des PH pour construire projet professionnel Accompagnement des employeurs pour intégration travailleurs handicapés
Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMSAH)	Conseil et accompagnement pour maintien dans l'emploi
Centre de réorientation professionnelle ou CRP	Nécessite notification MDPH et reconnaissance travailleur handicapé par la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées). Si non titulaire de l'AAH (allocation adulte handicapé) d'une rente d'accident du travail ou d'une pension d'invalidité
Centre de pré orientation ou CPO	
Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale ou UEROS	
Etablissement et service d'aide par le travail ou ESAT	
Entreprise adaptée	
Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées ADAPT	Trouver formation adaptée et accompagner les jeunes dans l'insertion professionnelle
Association TREMP LIN	180 entreprises accompagnent les jeunes handicapés dans leur insertion professionnelle
HANPLOI	Site de recrutement des personnes handicapées
HANDIJOB	Portail emploi pour les personnes handicapées (formations, stages, emplois)
Association HANDECO	Favorise l'emploi et la formation des personnes en situation de handicap
Association nationale de formation professionnelle des adultes AFPA	offres de stage de formation, de service en gestion de carrière et ressources humaines, conseils
Centre National d'Enseignement à Distance CNED	enseignement par correspondance
Association pour adultes et heunes handicapés APAJH	réseau départemental et local pour l'intégration sociale des personnes handicapées
Conservatoire National des Arts et Métiers CNAM	cours du soir, en journée, formations à distance, en alternance
Réseau GESAT	Réseau national de travail protégé et adapté

8. ANNEXE 4 : GROUPE REGIONAL AVC PACA

Ce document a été produit et validé par l'Instance Collégiale Régionale AVC. Il fait parti du référentiel commun unique et partagé des Bonnes Pratiques Fondamentales applicables pour la prise en charge des AVC en région PACA.

TITRE	NOM	PRENOM	FONCTION	ETABLISSEMENT
Docteur	AGUETTAZ	Pierre	Neuroradiologue	HP CLAIRVAL
Docteur	AUDIC	Frédérique	Pédiatre	AP-HM TIMONE
Docteur	BAR	Christian	Médecin Urgentiste	ORU PACA
Madame	BARES-FIOCCA	Alice	Délégué régional	FHP
Docteur	BONNEFOI	Bernadette	Neurologue	CH PAYS D'AIX
Docteur	BRUNEL	Hervé	Neuroradiologue	AP-HM TIMONE
Docteur	COMBAZ	Xavier	Neuroradiologue	HP CLAIRVAL
Professeur	DELARQUE	Alain	Médecin MPR	AP-HM TIMONE
Docteur	DI LEGGE	Silvia	Neurologue	CH PAYS D'AIX
Docteur	DOS RAMOS	Emmanuel	Médecin	ORU PACA
Docteur	DUMONT	Marie-Claude	Conseiller Médical DGARS	ARS PACA
Professeur	FAIVRE	Anthony	Neurologue	HIA Ste Anne
Professeur	FOURNIER-MEHOUAS	Manuella	Médecin MPR	CHU NICE
Professeur	GIRARD	Nadine	Neuroradiologue	AP-HM TIMONE
Docteur	JUST	Alain	Neurologue	CH HENRI DUFFAUT
Docteur	LACHAUD	Sylvain	Neurologue	CH CANNES
Docteur	LAKSIRI	Nadia	Neurologue	AP-HM TIMONE
Docteur	LE MOINE	Francis	Médecin MPR	UGECAM / FEDMER
Docteur	LEVY	Daniel	Médecin Urgentiste	SAMU 13
Docteur	LOUIS	Fabrice	Médecin Urgentiste	CH GRASSE
Docteur	MAHAGNE	Marie-Hélène	Neurologue	CHU NICE
Docteur	MAMINO	Christophe	Médecin Urgentiste	CH CANNES
Docteur	OSINGA	Sandrine	Médecin MPR	CRRF L'EAU VIVE
Docteur	PETITNICOLAS	Gil	Neurologue	CHITS HOPITAL FONT PRE
Monsieur	POPELER	Max	Ingénieur	ORU PACA
Docteur	RAMOS	Jean-Vincent	Médecin	CMR de Provence
Docteur	REY	Caroline	Neurologue	AP-HM TIMONE
Docteur	RICHELME	Christian	Neuropédiatre	HP CHU NICE LENVAL
Docteur	ROBINET	Emmanuelle	Neurologue	AP-HM TIMONE
Monsieur	STOSSKOPF	Jacques	Chargé de mission	ORU PACA
Monsieur	SZYMKOWICZ	Cyril	Directeur	HP CLAIRVAL
Docteur	TASHAN	Michel	Médecin Urgentiste	CHICAS GAP
Docteur	TURLAN	Jean Luc	Médecin MPR	UGECAM RHONE AZUR
Professeur	VITON	Jean-Michel	Médecin MPR	AP-HM TIMONE
Docteur	VIUDES	Gilles	Directeur	ORU PACA