

RÉFÉRENTIEL D'AUTO-ÉVALUATION DES PRATIQUES EN NEUROLOGIE

**Prise en charge hospitalière initiale
des personnes ayant fait
un accident vasculaire cérébral (AVC) :
admission aux urgences**

Juin 2005

Sommaire

I.	PROMOTEURS	3
II.	SOURCE.....	3
III.	CIBLE PROFESSIONNELLE	3
IV.	PATIENTS CONCERNÉS	3
V.	SÉLECTION DES DOSSIERS	3
VI.	OBJECTIFS DE QUALITÉ ÉVALUÉS	4
VII.	GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES	5
VIII.	GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE	8
IX.	PROTOCOLE	10
	IX.1. Le champ d'application	10
	IX.2. Les conditions d'inclusion des patients dans l'étude.....	10
	IX.3. Le type de l'étude	10
	IX.4. Les sources d'information et le mode de recueil des données	10
	IX.5. La taille de l'échantillon.....	10
	IX.6. La période d'évaluation	10
	IX.7. Le déroulement du recueil	10
X.	INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	12
	ANNEXE	13
I.	RAPPEL : GRADATION DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE (RPC)	13
II.	TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES CRITÈRES AUX RECOMMANDATIONS OU GUIDES DE BONNE PRATIQUE	14

I. PROMOTEURS

- Haute Autorité de santé (HAS)
- Société française neuro-vasculaire
- Société française de neurologie (SFN)

II. SOURCE

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral : aspects paramédicaux. Paris: Anaes; 2002.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Imagerie dans l'accident vasculaire cérébral aigu. Paris: Anaes; 2002.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge initiale des patients atteints d'accident vasculaire cérébral. Paris: Anaes; 2002.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral : aspects médicaux. Paris: Anaes; 2002.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Paris: Anaes; 2001.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient : amélioration de la qualité et de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations. Paris: Anaes; 2003.

III. CIBLE PROFESSIONNELLE

Le service d'urgences de tout établissement de santé qui prend en charge, au stade initial, des personnes ayant fait un accident vasculaire cérébral.

IV. PATIENTS CONCERNÉS

Tous les patients adultes (âge supérieur à 16 ans), présentant un AVC récent (inférieur à 15 jours) confirmé par l'imagerie cérébrale (scanner ou IRM).

Les conditions d'exclusion :

- les patients présentant une pathologie cérébrale autre qu'un infarctus ou une hémorragie cérébrale (ex. accident ischémique transitoire [AIT], hémorragie méningée, hémorragie intracrânienne traumatique, tumeur cérébrale, etc.) ;
- tout patient présent dans le service ou l'unité avant le début de l'étude.

V. SÉLECTION DES DOSSIERS

Il s'agit d'une évaluation prospective (au fur et à mesure que les patients se présentent dans le service d'urgences à compter de la date de début de l'étude).

VI. OBJECTIFS DE QUALITÉ ÉVALUÉS

S'assurer que les différents éléments du processus font l'objet d'une évaluation, à savoir :

- confirmer le diagnostic (posé sur les données de l'interrogatoire, de l'examen clinique et de l'imagerie) ;
- en préciser le mécanisme et la cause (une hémorragie cérébrale doit être éliminée avec certitude) ;
- débiter au plus tôt le traitement approprié ;
- éviter les complications immédiates, générales et neurologiques.

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en neurologie

N°	Critères	Source	OUI	NON	NA	Commentaires
6	Le centre de régulation et de réception des appels organise le transport.	Registre accueil urgences				
7	L'heure exacte d'arrivée aux urgences est notée (/ ___ / h / ___ / min).	Registre accueil urgences				
8	Le délai (calculé : 7-3) entre l'appel du 15 et l'arrivée aux urgences est inférieur à 1 heure.	Registre accueil urgences				
9	L'infirmier d'accueil et d'orientation identifie le patient présentant un AVC.	DP				
10	L'examen somatique est réalisé aux urgences.	DP				
11	L'heure de prise en charge du patient par l'infirmier des urgences est notée.	DP				
12	Les résultats des différents paramètres sont notés (pouls, TA, SaO ₂ , température).	DP				
13	L'ECG est réalisé dès le début de la prise en charge. Son analyse figure dans le dossier du patient.	DP				
14	Les signes de gravité de l'AVC sont notés (troubles de vigilance, insuffisance cardiaque, fièvre, hypoxie, hyperglycémie).	DP				
15	Un médecin de l'équipe de l'unité neuro-vasculaire est contacté par les urgences.	Registre accueil urgences				

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en neurologie

N°	Critères	Source	OUI	NON	NA	Commentaires
16	L'heure d'appel est notée.	Registre accueil urgences				
17	Une IRM cérébrale et/ou un scanner cérébral sont réalisés.	DP				
17 bis ⁶	L'IRM cérébrale et/ou le scanner cérébral sont réalisés dans un délai (calculé : 17-7) inférieur à une heure après l'arrivée dans l'établissement.					
18	Le patient est examiné par un médecin de l'équipe de l'unité neuro-vasculaire aux urgences ou avis téléphonique pris.	DP				
19	L'examen du médecin de l'UNV/USINV ou son avis téléphonique est noté dans le dossier.	DP				
20	L'heure exacte de cet examen (ou avis téléphonique) est notée (/___/ h/___/ min).	DP				
21	Le délai (calculé : 20-1) entre le début des symptômes et l'examen réalisé par le neurologue est inférieur ou égal à 3 heures.	DP				
22	Le délai (calculé : 20-1) entre le début des symptômes et l'examen réalisé par le neurologue est compris entre 3 et 6 heures.	DP				
23	Le patient est hospitalisé (/___/ h/___/ min).	Registre accueil urgences				
24	La durée (calculée : 23-7) du passage aux urgences est inférieure à 2 heures.	Registre accueil urgences				

⁶ Critère ajouté après l'expérimentation car jugé indispensable (non testé).

VIII. GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE

Critère 1 : L'heure de début des symptômes est notée.

L'heure de début des symptômes est soit l'heure précise, si elle est connue, soit celle où le patient a été vu pour la dernière fois sans déficit neurologique.

Les symptômes évocateurs de l'AVC sont décrits dans la RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 29. (Extrait : troubles neurologiques focaux d'installation soudaine, éventuellement associés à des troubles de la vigilance. Le déficit neurologique peut être maximum d'emblée ou s'accroître ... sur quelques minutes, quelques heures ... plus rarement quelques jours.)

Cette donnée permet les calculs de délais pour les critères 21 et 22.

NA si cette donnée ne peut **absolument pas** être recueillie. Ex. : cas d'une personne vivant seule, découverte à son domicile par sa femme de ménage.

Critère 2 : Le 15 a été contacté.

Critère 3 : L'heure d'appel de ce contact est notée.

Cette donnée permet le calcul du délai pour le critère 8.

NA si le 15 n'est pas contacté.

Critère 4 : Le service des urgences est contacté par le centre de régulation et de réception des appels.

Critère 5 : L'heure d'appel de ce contact est notée.

NA si les urgences n'ont pas été contactées.

Critère 6 : Le centre de régulation et de réception des appels organise le transport.

NA si le centre de régulation et de réception des appels n'a pas été contacté.

Critère 7 : L'heure exacte d'arrivée aux urgences est notée.

Cette donnée permet les calculs de délai pour les critères 8 et 24.

Critère 8 : Le délai (calculé : 7-3) entre l'appel du 15 et l'arrivée aux urgences est inférieur à 1 heure.

NA si la réponse a été **NON** pour le critère 3 et/ou pour le critère 7.

Critère 9 : L'infirmier d'accueil et d'orientation identifie le patient présentant un AVC.

Informations permettant l'identification de l'AVC : lettre médicale, information délivrée par le centre d'appel, signes cliniques.

NA s'il n'existe pas d'infirmier d'accueil et d'orientation.

Critère 10 : L'examen somatique est réalisé aux urgences.

Critère 11 : L'heure de prise en charge du patient par l'infirmier des urgences est notée.

Critère 12 : Les résultats des différents paramètres sont notés (pouls, TA, SaO₂, température).

*Si un paramètre n'a pas été contrôlé la réponse est **NON**.*

Critère 13 : L'ECG est réalisé dès le début de la prise en charge. Son analyse figure dans le dossier du patient.

*Si un élément manque, la réponse est **NON**.*

Critère 14 : Les signes de gravité de l'AVC sont notés : troubles de vigilance, insuffisance cardiaque, fièvre, hypoxie, hyperglycémie.

*Si un élément n'a pas été contrôlé la réponse est **NON**.*

Critère 15 : Un médecin de l'équipe de l'unité neuro-vasculaire est contacté par les urgences.

Ce spécialiste peut travailler dans l'établissement ou dans une autre structure.

Critère 16 : L'heure d'appel est notée.

Critère 17 : Une IRM cérébrale et/ou un scanner cérébral sont réalisés.

Si le diagnostic d'AVC n'a pas été confirmé par cet examen, le patient ne doit pas rentrer dans l'étude.

Critère 18 : Le patient est examiné par un médecin de l'équipe de l'unité neuro-vasculaire aux urgences ou avis téléphonique pris.

NA si le patient décède aux urgences avant l'examen.

Critère 19 : L'examen du médecin de l'UNV/USINV ou son avis téléphonique est noté dans le dossier.

NA si le patient décède avant l'examen du médecin de l'UNV/USINV ou l'avis téléphonique.

Critère 20 : L'heure exacte de cet examen (ou avis téléphonique) est notée.

Permet le calcul du délai pour les critères 21 et 22.

NA si le patient décède aux urgences avant l'examen.

Critère 21 : Le délai (calculé : 20-1) entre le début des symptômes et l'examen réalisé par le neurologue est inférieur ou égal à 3 heures.

NA si la réponse a été NON ou NA pour les critères 1 et 20.

Critère 22 : Le délai (calculé : 20-1) entre le début des symptômes et l'examen réalisé par le neurologue est compris entre 3 et 6 heures.

NA si la réponse a été NON ou NA pour les critères 1 et 20.

Critère 23 : Le patient est hospitalisé.

L'heure précisée permet le calcul du critère 24.

NA si le patient décède avant son hospitalisation.

Critère 24 : La durée (calculée : 23-7) du passage aux urgences est inférieure à 2 heures.

NA si le patient décède aux urgences dans les 2 heures.

IX. PROTOCOLE

IX.1. Le champ d'application

Le référentiel évalue le processus de prise en charge du patient suivant la filière :

- passage par les urgences de l'établissement.

IX.2. Les conditions d'inclusion des patients dans l'étude

Tous les patients adultes (âge supérieur à 16 ans), présentant un AVC récent (inférieur à 15 jours) confirmé par l'imagerie cérébrale (scanner ou IRM).

Les conditions d'exclusion :

- les patients présentant une pathologie cérébrale autre qu'un infarctus ou une hémorragie cérébrale (ex. accident ischémique transitoire [AIT], hémorragie méningée, hémorragie intracrânienne traumatique, tumeur cérébrale, etc.) ;
- tout patient présent dans le service ou l'unité avant le début de l'étude.

IX.3. Le type de l'étude

Il s'agit d'une évaluation prospective (au fur et à mesure que les patients se présentent à compter de la date de début de l'étude).

IX.4. Les sources d'information et le mode de recueil des données

Les informations sont recueillies à partir :

- du dossier du patient (dossier médical, infirmier) (DP) ;
- des registres d'accueil aux urgences ;
- d'une auto-évaluation réalisée par l'acteur du soin (AE).

Le recueil par auto-évaluation de l'acteur du soin est privilégié à chaque fois que cela est possible au moment même de la réalisation de l'acte. Cependant, il est souhaitable que, pour les hospitalisations motivées par un accident vasculaire cérébral, les informations figurent en routine dans le dossier du patient (DP). C'est pourquoi la consultation des dossiers est nécessaire à un remplissage exhaustif des grilles.

IX.5. La taille de l'échantillon

L'audit clinique porte au maximum sur 30 hospitalisations consécutives aux urgences de patients ayant fait un AVC confirmé par l'imagerie jusqu'à leur transfert dans un autre secteur d'activité MCO⁷ (court séjour UNV, neurologie, médecine, cardiologie, etc.).

IX.6. La période d'évaluation

La durée d'observation n'excède pas 6 semaines (même dans le cas où les 30 dossiers ne sont pas obtenus).

IX.7. Le déroulement du recueil

Au sein de l'établissement, les professionnels du groupe de travail définissent ensemble l'organisation du recueil.

⁷ MCO : médecine – chirurgie – obstétrique

Exemple d'organisation aux urgences

Afin de faciliter le recueil et d'en assurer son exhaustivité, le coordonnateur a préalablement informé les professionnels concernés par l'étude et les a formés au recueil. De l'implication des professionnels dépendent la facilité et la qualité du recueil.

Les professionnels disposent, au niveau du secrétariat d'accueil des urgences, de grilles de recueil vierges et de guides d'utilisation.

À tout nouveau dossier portant la mention « AVC aigu ou suspicion d'AVC aigu », la personne qui établit le dossier joint une grille de recueil (identifiée au nom du patient, date et heure d'entrée).

Le remplissage de la grille par les professionnels qui interviennent auprès du patient ne commence qu'après la confirmation du diagnostic par imagerie.

Les grilles des patients dont le diagnostic d'AVC n'est pas confirmé par l'imagerie sont retirées du dossier du patient.

Si les effectifs et la charge de travail le permettent, les grilles peuvent être renseignées après l'intervention par le professionnel.

Dans le cas contraire, le coordonnateur devra s'organiser avec les responsables des urgences (chef de service, cadre de santé) pour compléter les fiches à un autre moment à partir des dossiers du patient et des registres d'accueil.

Le coordonnateur suit l'évolution du recueil pendant la durée de l'étude et numérote les grilles incluses dans l'ordre chronologique d'arrivée. Il fait cesser l'étude dès que 30 patients sont inclus dans l'étude.

Les grilles sont conservées par le coordonnateur qui en assure la confidentialité.

X. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

- **Que pensez-vous de vos résultats (points forts de votre pratique et points à améliorer) ? Sont-ils conformes à ce que vous attendiez ?**

- **Comment expliquez-vous, pour certains critères d'évaluation, les éventuels écarts observés ?**

- **Quelles actions d'amélioration allez-vous mettre en place ?**

- **Comment allez-vous réévaluer la situation ?**

Un dispositif de suivi doit être défini pour s'assurer de l'efficacité et de la pérennisation des améliorations apportées et maintenir la vigilance des professionnels.

Deux types de mesure de la qualité sont possibles :

- un nouvel audit portant sur l'ensemble des critères ou ciblé sur les critères les plus déficitaires ;
- l'utilisation d'indicateurs permettant de suivre en routine ou en permanence la qualité de la pratique.

Les indicateurs feront l'objet d'un tableau de bord, instrument de pilotage et d'aide à la décision.

ANNEXE

I. RAPPEL : GRADATION DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE (RPC)

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Paris: Anaes; 2000.

NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE FOURNI PAR LA LITTÉRATURE	GRADE DES RECOMMANDATIONS
<p>Niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Essais comparatifs randomisés de forte puissance ▪ Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ▪ Analyse de décision basée sur des études bien menées 	<p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">Preuve scientifique établie</p>
<p>Niveau 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Essais comparatifs randomisés de faible puissance ▪ Études comparatives non randomisées bien menées ▪ Études de cohorte 	<p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">Présomption scientifique</p>
<p>Niveau 3</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Études cas-témoins 	<p style="text-align: center;">C</p>
<p>Niveau 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Études comparatives comportant des biais importants ▪ Études rétrospectives ▪ Série de cas ▪ Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale) 	<p style="text-align: center;">Faible niveau de preuve scientifique</p>

En l'absence de précision, les recommandations proposées reposent sur un accord professionnel (AP) au sein du groupe de travail ou du groupe de lecture.

Si aucune mention ne figure dans la case « grade de la RPC » le critère correspond à un propos général visant à donner un caractère opérationnel au critère d'évaluation.

II. TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES CRITÈRES AUX RECOMMANDATIONS OU GUIDES DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge hospitalière initiale des personnes ayant fait un AVC : admission aux urgences

N°	CRITÈRES	RPC OU GUIDE	GRADE DE LA RPC
1	L'heure de début des symptômes est notée.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 18	AP
2	Le 15 a été contacté.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 19	AP
3	L'heure d'appel de ce contact est notée.		
4	Le service des urgences est contacté par le centre de régulation et de réception des appels.		
5	L'heure d'appel de ce contact est notée.		
6	Le centre de régulation et de réception des appels organise le transport.		
7	L'heure exacte d'arrivée aux urgences est notée.		
8	Le délai entre l'appel du 15 et l'arrivée aux urgences est inférieur à 1 heure.		
9	L'infirmier d'accueil et d'orientation identifie le patient présentant un AVC.		
10	L'examen somatique est réalisé aux urgences.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 11, 19	AP
11	L'heure de prise en charge du patient par l'infirmier des urgences est notée.		
12	Les résultats des différents paramètres sont notés (pouls, TA, SaO ₂ , température).	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 19	AP
13	L'ECG est réalisé dès le début de la prise en charge. Son analyse figure dans le dossier du patient.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 34	AP
14	Les signes de gravité de l'AVC sont notés (troubles de vigilance, insuffisance cardiaque, fièvre, hypoxie, hyperglycémie).	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 11, 12, 19	AP
15	Un médecin de l'équipe de l'unité neuro-vasculaire est contacté par les urgences.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 18	AP
16	L'heure d'appel est notée.		

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en neurologie

N°	CRITÈRES	RPC OU GUIDE	GRADE DE LA RPC
17	Une IRM cérébrale et/ou un scanner cérébral sont réalisés.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 7 RPC Anaes 2002 AVC Imagerie de l'AVC pages 68, 69	A (scanner) B (IRM)
18	Le patient est examiné par un médecin de l'équipe de l'unité neuro-vasculaire aux urgences ou avis téléphonique pris.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 18	AP
19	L'examen du médecin de l'UNV/USINV ou son avis téléphonique est noté dans le dossier.		
20	L'heure exacte de cet examen (ou avis téléphonique) est notée.		
21	Le délai entre le début des symptômes et l'examen réalisé par le neurologue est inférieur ou égal à 3 heures.		
22	Le délai entre le début des symptômes et l'examen réalisé par le neurologue est compris entre 3 et 6 heures.		
23	Le patient est hospitalisé.		
24	La durée du passage aux urgences est inférieure à 2 heures.		