

## **RÉFÉRENTIEL D'AUTO-ÉVALUATION DES PRATIQUES EN NEUROLOGIE**

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

**admission directe du patient  
en UNV ou en USINV**

## 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 .....	11
	IX.1. Le champ d'application.....	11
	IX.2. Les conditions d'inclusion des patients dans l'étude.....	11
	IX.3. Le type de l'étude .....	12
	IX.4. Les sources d'information et le mode de recueil des données .....	12
	IX.5. La taille de l'échantillon.....	12
	IX.6. La période d'évaluation .....	12
	IX.7. Le déroulement du recueil .....	12
X.	INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	14
	ANNEXES .....	15
I.	RAPPEL : GRADATION DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE (RPC) .....	15
II.	TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES CRITÈRES AUX RECOMMANDATIONS OU GUIDES DE BONNE PRATIQUE .....	16

## 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

L'unité neuro-vasculaire 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 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.

## VII. GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES

**Prise en charge hospitalière initiale des personnes ayant fait un AVC : Admission directe du patient en UNV et/ou USINV ou transfert en provenance d'un autre établissement**

NOM :	Prénom :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ÉTIQUETTE
Date de naissance : ___/___/___	Âge : ___ ans	Date d'admission en UNV/USINV : ___/___/___	
Mode de sortie : domicile <input type="checkbox"/>	court séjour <input type="checkbox"/>	SSR <sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	transfert dans un autre EDS <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> décès <input type="checkbox"/>
(ou HAD <sup>3</sup> ou maison de retraite)		autre <input type="checkbox"/>	Précisez : .....
Numéro de grille : __		Identification du coordonnateur de l'audit clinique : .....	

N°	Critères	Source	OUI	NON	NA <sup>4</sup>	Commentaires
1	L'heure de début des symptômes est notée (/ ___ / h / ___ / min).	DP <sup>5</sup>				
2	Le 15 a été contacté.	DP				
3	L'heure d'appel du 15 est notée (/ ___ / h / ___ / min).	DP				
4	L'heure d'appel du contact avec le médecin de l'UNV/USINV, en vue d'une admission, est notée (/ ___ / h / ___ / min).	Registre accueil UNV				
5	Le centre de régulation et de réception des appels organise le transport vers l'établissement de santé (imagerie ou UNV/USINV).	Registre accueil UNV				

<sup>1</sup> SSR : soins de suite et réadaptation

<sup>2</sup> EDS : établissement de santé

<sup>3</sup> HAD : hospitalisation à domicile

<sup>4</sup> NA : non applicable

<sup>5</sup> DP : dossier patient

## Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en neurologie

N°	Critères	Source	OUI	NON	NA	Commentaires
6	L'heure exacte d'arrivée dans l'établissement de santé (UNV/USINV ou imagerie) est notée (/ ___ / h / ___ / min).	Registre accueil UNV				
7	Le patient fait l'objet d'un passage initial dans le service d'imagerie (IRM ou à défaut scanner cérébral).	DP				
8	Le délai (calculé : 6-3) entre l'appel du 15 et l'arrivée dans l'établissement de santé (imagerie ou UNV/USINV) est inférieur à 1 heure.	DP				
9	L'heure exacte de l'examen clinique du patient réalisé par le médecin de l'équipe neuro-vasculaire est notée (/ ___ / h / ___ / min).	DP				
10	Le délai (calculé : 9-1) entre le début des symptômes et l'examen clinique réalisé par un médecin de l'équipe d'UNV/USINV est inférieur ou égal à 3 heures.	DP				
11	Le délai (calculé : 9-1) entre le début des symptômes et l'examen clinique réalisé par un médecin de l'équipe d'UNV/USINV est compris entre 3 et 6 heures.	DP				
12	L'heure de prise en charge du patient par l'infirmier est notée.	DP				
13	Les résultats des différents paramètres sont notés (pouls, TA, SaO <sub>2</sub> , température).	DP				
14	L'ECG est réalisé dès le début de la prise en charge. Son analyse figure dans le dossier du patient.	DP				
15	Une IRM cérébrale et/ou un scanner cérébral sont réalisés (/ ___ / h / ___ / min) dans un délai (calculé : 15-6) inférieur à 1 heure après l'arrivée dans l'établissement.	DP				
16	Le patient (ou la personne qu'il a désignée) est informé des bénéfices et des risques des traitements envisagés.	DP				
17	En cas d'infarctus cérébral, une thrombolyse par voie intraveineuse est mise en œuvre (/ ___ / h / ___ / min).	DP				
18	La mise en œuvre de la thrombolyse est effectuée dans le délai (calculé : 17-1) de 3 heures après le début de l'AVC.	DP				
19	En phase aiguë, le patient est inclus dans un protocole thérapeutique de recherche clinique (loi Huriet).	DP				

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en neurologie

N°	Critères	Source	OUI	NON	NA	Commentaires
20	En cas d'infarctus cérébral et en l'absence de thromolyse, un traitement par l'aspirine (160-300 mg) est prescrit au patient dans un délai inférieur à 24 heures.	DP				
21	En cas de thromolyse et en l'absence d'hémorragie secondaire le malade est mis sous aspirine 24 à 48 heures après.	DP				
22	En cas d'infarctus cérébral un Doppler cervical et un Doppler transcrânien sont réalisés.	DP				
23	Les Doppler sont réalisés dans un délai inférieur à 48 heures.	DP				
24	En cas d'infarctus cérébral une échographie cardiaque transthoracique et si nécessaire transœsophagienne est réalisée.	DP				
25	L'échographie cardiaque est réalisée dans un délai inférieur à 3 jours.	DP				
26	Le dossier du patient est discuté dans le cadre d'une réunion pluridisciplinaire.	DP				
27	Le dossier mentionne que le patient et/ou son entourage sont associés au projet de sortie.	DP				
28	Le dossier mentionne que le médecin de ville est informé de la sortie ou du décès du patient.	DP				
29	Le dossier mentionne que le patient quitte le service avec les fiches de synthèse des infirmiers.	DP				
30	Le dossier mentionne que le patient quitte le service avec les fiches de synthèse des masseurs-kinésithérapeutes.	DP				
31	Le dossier mentionne que le patient quitte le service avec les fiches de synthèse des orthophonistes.	DP				
32	En cas de transfert, le patient quitte l'établissement avec son compte rendu d'hospitalisation.	DP				
33	En cas de retour à domicile ou de décès, le compte rendu d'hospitalisation est adressé au médecin de ville dans un délai inférieur ou égal à 8 jours.	DP				
34	À la sortie, le dossier mentionne la délivrance d'un rendez-vous de suivi avec un médecin responsable de la prise en charge du patient (neurologue, médecin de réadaptation, gériatre, médecin traitant, etc.).	DP				

## VIII. GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE

Cette grille ne concerne pas les patients qui transitent par les urgences de l'établissement, mais elle peut concerner ceux qui ont été transférés d'un autre établissement de santé.

**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 10, 11, 18.*

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

**Critère 2** : Le 15 a été contacté.

**NA** si le patient a été transféré d'un autre établissement.

**Critère 3** : L'heure d'appel du 15 est notée.

*Cette donnée permet le calcul de délai pour le critère 8.*

**NA** si le 15 n'a pas été contacté.

**Critère 4** : L'heure d'appel du contact avec le médecin de l'UNV/USINV, en vue d'une admission, est notée.

*L'information est notée dans un registre.*

**NA** si l'appel n'a pas été donné.

**Critère 5** : Le centre de régulation et de réception des appels organise le transport vers l'établissement de santé (imagerie ou UNV/USINV).

**NA** si le centre n'a pas été contacté.

**Critère 6** : L'heure exacte d'arrivée dans l'établissement de santé (UNV/USINV ou imagerie) est notée.

*Cette heure concerne aussi bien l'arrivée dans le service d'imagerie que dans l'UNV/USINV.*

*Cette donnée permet le calcul de délai pour les critères 8 et 15.*

**Critère 7** : Le patient fait l'objet d'un passage initial dans le service d'imagerie (IRM ou à défaut scanner cérébral).

**Critère 8** : Le délai (calculé : 6-3) entre l'appel du 15 et l'arrivée dans l'établissement de santé (imagerie ou UNV/USINV) est inférieur à 1 heure.

**NA** si la réponse au critère 3 et/ou au critère 6 a été NON.



**Critère 9 :** L'heure exacte de l'examen clinique du patient réalisé par le médecin de l'équipe neuro-vasculaire est notée.

*Cette donnée permet le calcul de délai pour les critères 10 et 11.*

**Critère 10 :** Le délai (calculé : 9-1) entre le début des symptômes et l'examen clinique réalisé par un médecin de l'équipe d'UNV/USINV est inférieur ou égal à 3 heures.

**NA** si la réponse au critère 1 a été NON ou NA.

**Critère 11 :** Le délai (calculé : 9-1) entre le début des symptômes et l'examen clinique réalisé par un médecin de l'équipe d'UNV/USINV est compris entre 3 et 6 heures.

**NA** si la réponse au critère 1 a été NON ou NA.

**Critère 12 :** L'heure de prise en charge du patient par l'infirmier est notée.

**Critère 13 :** Les résultats des différents paramètres sont notés (pouls, TA, SaO<sub>2</sub>, température).

**NON** si un élément manque.

**Critère 14 :** L'ECG est réalisé dès le début de la prise en charge. Son analyse figure dans le dossier du patient.

**NON** si un élément manque.

**Critère 15 :** Une IRM cérébrale et/ou un scanner cérébral sont réalisé(s) (/\_\_\_/ h/\_\_\_/ min) dans un délai (calculé : 15-6) inférieur à 1 heure après l'arrivée dans l'établissement.

*L'heure de réalisation de l'IRM et/ou du scanner est inscrite sur les clichés.*

*La réalisation de l'imagerie est un critère d'inclusion.*

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

**Critère 16 :** Le patient (ou la personne qu'il a désignée) est informé des bénéfices et des risques des traitements envisagés.

*Le dossier mentionne cette information.*

**Critère 17 :** En cas d'infarctus cérébral, une thrombolyse par voie intraveineuse est mise en œuvre (/\_\_\_/ h/\_\_\_/ min).

**NA** si hémorragie cérébrale.

**NA** si contre-indication à la thrombolyse.

**Critère 18 :** La mise en œuvre de la thrombolyse est effectuée dans le délai (calculé : 17-1) de 3 heures après le début de l'AVC.

**NA** s'il n'y a pas eu de thrombolyse.

**NA** si la réponse au critère 1 a été NON ou NA.

**NA** si le patient décède dans l'UNV/USINV avant la fin de ce délai.

**Critère 19 :** En phase aiguë, le patient est inclus dans un protocole thérapeutique de recherche clinique (loi Huriet).

**NA** s'il n'existe pas de protocoles.

**NON** s'il existe des critères de non-inclusion dans les protocoles thérapeutiques.

**Critère 20 :** En cas d'infarctus cérébral et en l'absence de thrombolyse, un traitement par l'aspirine (160-300 mg) est prescrit au patient dans un délai inférieur à 24 heures.

*NA si le patient est sous AVK, sous héparine à dose hypocoagulante.*

*NA si le patient a bénéficié d'une thrombolyse dans un délai inférieur à 24 heures.*

*NA si le patient est dans un protocole thérapeutique de recherche clinique contre-indiquant l'aspirine dans les 24 premières heures.*

**Critère 21 :** En cas de thrombolyse et en l'absence d'hémorragie secondaire le malade est mis sous aspirine 24 à 48 heures après.

*NA si pas de thrombolyse.*

**Critère 22 :** En cas d'infarctus cérébral, un Doppler cervical et un Doppler transcrânien sont réalisés.

*NA si hémorragie cérébrale.*

*NA si le patient décède dans l'UNV/USINV avant la fin de ce délai.*

**Critère 23 :** Les Doppler sont réalisés dans un délai inférieur à 48 heures.

*NA si les Doppler n'ont pas été réalisés.*

*NA si hémorragie cérébrale.*

*NA si le patient décède dans l'UNV/USINV avant la fin de ce délai.*

**Critère 24 :** En cas d'infarctus cérébral une échographie cardiaque transthoracique et si nécessaire transœsophagienne est réalisée.

*NA si hémorragie cérébrale.*

*NA si le patient décède dans l'UNV/USINV avant la réalisation de l'examen.*

**Critère 25 :** L'échographie cardiaque est réalisée dans un délai inférieur à 3 jours.

*NA si l'échographie n'a pas été réalisée.*

*NA si le patient décède dans l'UNV/USINV avant la fin de ce délai.*

**Critère 26 :** Le dossier du patient est discuté dans le cadre d'une réunion pluridisciplinaire.

*Les disciplines représentées sont au minimum : médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux.*

*NA si le patient décède dans l'UNV/USINV avant qu'une réunion n'ait eu lieu.*

**Critère 27 :** Le dossier mentionne que le patient et/ou son entourage sont associés au projet de sortie.

*NA si le patient décède dans l'UNV/USINV.*

**Critère 28 :** Le dossier mentionne que le médecin de ville est informé de la sortie ou du décès du patient.

*NA dans le cas où le patient n'a pas de médecin de ville.*

**Critère 29 :** Le dossier mentionne que le patient quitte le service avec les fiches de synthèse des infirmiers.

*NA si le patient n'est pas sorti à la fin de l'étude.*

*NA si le patient décède dans l'UNV/USINV.*

*NA si des soins infirmiers ne sont pas nécessaires.*

**Critère 30 :** Le dossier mentionne que le patient quitte le service avec les fiches de synthèse des masseurs-kinésithérapeutes.

*NA si le patient n'est pas sorti à la fin de l'étude.*

*NA si le patient décède dans l'UNV/USINV.*

*NA si des séances de masso-kinésithérapie ne sont pas nécessaires.*

**Critère 31 :** Le dossier mentionne que le patient quitte le service avec les fiches de synthèse des orthophonistes.

*NA si le patient n'est pas sorti à la fin de l'étude.*

*NA si le patient décède dans l'UNV/USINV.*

*NA si des séances d'orthophonie ne sont pas nécessaires.*

**Critère 32 :** En cas de transfert, le patient quitte l'établissement avec son compte rendu d'hospitalisation.

*NA si le patient n'est pas sorti à la fin de l'étude.*

*NA si le patient décède dans l'UNV/USINV.*

*NA en cas de retour à domicile.*

**Critère 33 :** En cas de retour à domicile ou de décès, le compte rendu d'hospitalisation est adressé au médecin de ville dans un délai inférieur ou égal à 8 jours.

*NA si le patient n'est pas sorti à la fin de l'étude.*

*NA en cas de transfert.*

**Critère 34 :** À la sortie, le dossier mentionne la délivrance d'un rendez-vous de suivi avec un médecin responsable de la prise en charge du patient (neurologue, médecin de réadaptation, gériatre, médecin traitant, etc.).

*NA si le patient n'est pas sorti à la fin de l'étude.*

*NA si le patient décède dans l'UNV/USINV.*

## **IX. PROTOCOLE**

### **IX.1. Le champ d'application**

Le référentiel évalue le processus de prise en charge du patient suivant la filière : admission directe du patient en UNV/USINV.

### **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, kinésithérapeute, orthophoniste, psychologue, travailleur social, etc.) (DP) ;
- des registres d'accueil en UNV et/ou USINV.

Le recueil par auto-évaluation (AE) 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 en UNV/USINV de patients ayant fait un AVC pendant la période d'observation et jusqu'à leur transfert dans un autre secteur d'activité MCO<sup>6</sup> (court séjour, 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.

---

<sup>6</sup> MCO : médecine – chirurgie – obstétrique

Exemple d'organisation en UNV/USINV

*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 de l'UNV/USINV, 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 (auto-évaluation).*

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

*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 ou au terme des 6 semaines.*

*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.*

## ANNEXES

### 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 LITTERATURE	GRADE DES RECOMMANDATIONS
<p><b>Niveau 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Essais comparatifs randomisés de forte puissance</li> <li>▪ Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés</li> <li>▪ Analyse de décision basée sur des études bien menées</li> </ul>	<p><b>A</b></p> <p>Preuve scientifique établie</p>
<p><b>Niveau 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Essais comparatifs randomisés de faible puissance</li> <li>▪ Études comparatives non randomisées bien menées</li> <li>▪ Études de cohorte</li> </ul>	<p><b>B</b></p> <p>Présomption scientifique</p>
<p><b>Niveau 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Études cas-témoins</li> </ul>	<p><b>C</b></p>
<p><b>Niveau 4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Études comparatives comportant des biais importants</li> <li>▪ Études rétrospectives</li> <li>▪ Série de cas</li> <li>▪ Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)</li> </ul>	<p>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 directe du patient en UNV et/ou USINV ou transfert en provenance d'un autre établissement

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 du 15 est notée.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 19	AP
4	L'heure d'appel du contact avec le médecin de l'UNV/USINV, en vue d'une admission, est notée.		
5	Le centre de régulation et de réception des appels organise le transport vers l'établissement de santé (imagerie ou UNV/USINV).		
6	L'heure exacte d'arrivée dans l'établissement de santé (UNV/USINV ou imagerie) est notée.		
7	Le patient fait l'objet d'un passage initial dans le service d'imagerie (IRM cérébrale ou à défaut scanner cérébral).		
8	Le délai entre l'appel du 15 et l'arrivée dans l'établissement de santé (imagerie ou UNV/USINV) est inférieur à 1 heure.		
9	L'heure exacte de l'examen clinique du patient réalisé par le médecin de l'équipe neuro-vasculaire est notée.		
10	Le délai entre le début des symptômes et l'examen clinique réalisé par un médecin de l'équipe d'UNV/USINV est inférieur ou égal à 3 heures.		
11	Le délai entre le début des symptômes et l'examen clinique réalisé par un médecin de l'équipe d'UNV/USINV est compris entre 3 et 6 heures.		
12	L'heure de prise en charge du patient par l'infirmier est notée.		



## Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en neurologie

N°	CRITÈRES	RPC OU GUIDE	GRADE DE LA RPC
13	Les résultats des différents paramètres sont notés (pouls, TA, SaO <sub>2</sub> , température).	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 19	AP
14	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
15	Une IRM cérébrale et/ou un scanner cérébral sont réalisés dans un délai inférieur à 1 heure après l'arrivée dans l'établissement.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 10, 30 RPC Anaes 2002 AVC Imagerie de l'AVC pages 68, 69	A (scanner) B (IRM)
16	Le patient (ou la personne qu'il a désignée) est informé des bénéfices et des risques des traitements envisagés.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 95 Manuel d'accréditation des établissements de santé – version 1999 Références DIP 5a - OPC 4d	AP
17	En cas d'infarctus cérébral, une thrombolyse par voie intraveineuse est mise en œuvre.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 80	A
18	La mise en œuvre de la thrombolyse est effectuée dans le délai de 3 heures après le début de l'AVC.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 80	A
19	En phase aiguë, le patient est inclus dans un protocole thérapeutique de recherche clinique (loi Huriet).		
20	En cas d'infarctus cérébral et en l'absence de thrombolyse, un traitement par l'aspirine (160-300 mg) est prescrit au patient dans un délai inférieur à 24 heures.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 14, 20	A
21	En cas de thrombolyse et en l'absence d'hémorragie secondaire le malade est mis sous aspirine 24 à 48 heures après.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 14, 20	A
22	En cas d'infarctus cérébral un Doppler cervical et un Doppler transcrânien sont réalisés.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 34 RPC Anaes 2002 AVC Imagerie de l'AVC pages 67, 68	AP
23	Les Doppler sont réalisés dans un délai inférieur à 48 heures.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 34 RPC Anaes 2002 AVC Imagerie de l'AVC pages 67, 68	AP

**Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en neurologie**

N°	CRITÈRES	RPC OU GUIDE	GRADE DE LA RPC
24	En cas d'infarctus cérébral une échographie cardiaque transthoracique et si nécessaire transoesophagienne est réalisée.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 34 RPC Anaes 2002 AVC Imagerie de l'AVC pages 67, 68	AP
25	L'échographie cardiaque est réalisée dans un délai inférieur à 3 jours.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 34 RPC Anaes 2002 AVC Imagerie de l'AVC pages 67, 68	AP
26	Le dossier du patient est discuté dans le cadre d'une réunion pluridisciplinaire.	Guide Anaes 2001 Préparation de la sortie du patient RPC Anaes 2002 AVC place des UNV page 16 Manuel d'accréditation des établissements de santé ANAES - version 1999 OPC 4e	AP
27	Le dossier mentionne que le patient et/ou son entourage sont associés au projet de sortie.	Guide Anaes 2001 Préparation de la sortie du patient	
28	Le dossier mentionne que le médecin de ville est informé de la sortie ou du décès du patient.	Guide Anaes 2001 Préparation de la sortie du patient	
29	Le dossier mentionne que le patient quitte le service avec les fiches de synthèse des infirmiers.	Guide Anaes 2001 Préparation de la sortie du patient	
30	Le dossier mentionne que le patient quitte le service avec les fiches de synthèse des masseurs-kinésithérapeutes.	Guide Anaes 2001 Préparation de la sortie du patient	

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en neurologie

N°	CRITÈRES	RPC OU GUIDE	GRADE DE LA RPC
31	Le dossier mentionne que le patient quitte le service avec les fiches de synthèse des orthophonistes.	Guide Anaes 2001 Préparation de la sortie du patient	
32	En cas de transfert le patient quitte l'établissement avec son compte rendu d'hospitalisation.	Guide Anaes 2001 Préparation de la sortie du patient	
33	En cas de retour à domicile ou de décès le compte rendu d'hospitalisation est adressé au médecin de ville dans un délai inférieur ou égal à 8 jours.	Guide Anaes 2001 Préparation de la sortie du patient	
34	À la sortie, le dossier mentionne la délivrance d'un rendez-vous de suivi avec un médecin responsable de la prise en charge du patient (neurologue, médecin de réadaptation, gériatre, médecin traitant, etc.).		