



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES**

# Prise en charge initiale d'un Accident Ischémique Transitoire récent

Séries de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des  
pratiques

**Février 2007**



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques !

### THÈME : PRISE EN CHARGE INITIALE D'UN PATIENT CONSULTANT POUR DES SYMPTÔMES D'ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE (AIT)

#### PROBABLE DATANT DE MOINS D'UNE SEMAINE

(EXERCICE HOSPITALIER OU PRISE EN CHARGE COMPLÈTE EN AMBULATOIRE)

### BUT DE LA DÉMARCHÉ : DIMINUER LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ PAR ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC) CHEZ LES PATIENTS AYANT RÉCEMMENT EU UN AIT

Ne retenez parmi les objectifs et les critères de qualité (☐) proposés ci-dessous que ceux qui correspondent le mieux à vos priorités et aux spécificités de la démarche d'amélioration de la qualité dans laquelle vous souhaitez vous engager. Adaptez éventuellement le format final.

Pour plus de précisions sur chacun des critères proposés, merci de consulter les justifications et consignes d'utilisation.

#### OBJECTIF : POSER RAPIDEMENT LE DIAGNOSTIC D'AIT.

- Symptôme(s) identifié(s) correspondant à la définition d'un AIT probable
- Recherche de l'ancienneté (date et heure si possible) et de la durée des symptômes
- Confirmation à l'examen clinique de la disparition des troubles neurologiques
- Obtention en urgence<sup>1</sup> d'une imagerie cérébrale (IRM si disponible ou scanner sans injection de produit de contraste)

#### OBJECTIF : RÉALISER UN PREMIER BILAN ÉTIOLOGIQUE DE L'AIT.

- Recherche d'une arythmie cardiaque à l'interrogatoire et à l'auscultation
- Réalisation d'un ECG en urgence<sup>1</sup>
- Recherche d'une sténose des vaisseaux du cou en urgence<sup>1</sup> soit par un écho-Doppler (avec si possible Doppler transcrânien), soit par angio-RM ou par angioscanner spiralé couplé au scanner cérébral (en fonction des disponibilités)
- Obtention des examens biologiques en urgence<sup>1</sup> (ils comprennent au minimum : hémogramme, VS, CRP, ionogramme, glycémie, créatininémie, temps de Quick, TCA)

#### OBJECTIF : METTRE EN PLACE LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE\* UN TRAITEMENT DE PRÉVENTION SECONDAIRE PAR L'ASPIRINE (GRADE A).

- Traitement par aspirine en urgence<sup>1,2</sup> et en l'absence de contre-indication prouvée
- Dose de charge de 160-300 mg pour le traitement par aspirine
- Information du patient des risques potentiels d'AVC à brève échéance et de la nécessité de rappeler dès l'apparition d'un signe neurologique suspect

<sup>1</sup> La notion d'urgence doit être comprise comme « le plus rapidement possible ». Date, heure approximative et durée des premiers signes cliniques doivent figurer dans le dossier du patient. Tout délai ou retard dans la réalisation de l'imagerie doit être justifié dans le dossier du patient.

<sup>2</sup> Après obtention des résultats de l'imagerie cérébrale. Si celle-ci ne peut être obtenue en urgence, le bénéfice attendu de l'aspirine est considéré comme supérieur au risque d'aggravation d'un éventuel saignement intracrânien. Date et heure d'obtention des résultats d'examens doivent figurer dans le dossier du patient.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques

### **PRISE EN CHARGE INITIALE D'UN PATIENT CONSULTANT POUR DES SYMPTÔMES D'AIT PROBABLE DATANT DE MOINS D'UNE SEMAINE** (PREMIER RECOURS AVEC ORIENTATION VERS UNE PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE)

Ne retenez parmi les objectifs et les critères de qualité (☐) proposés ci-dessous que ceux qui correspondent le mieux à vos priorités et aux spécificités de la démarche d'amélioration de la qualité dans laquelle vous souhaitez vous engager. Adaptez éventuellement le format final.

Pour plus de précisions sur chacun des critères proposés, merci de consulter les justifications et consignes d'utilisation.

#### **OBJECTIF : POSER RAPIDEMENT LE DIAGNOSTIC D'AIT**

- Symptôme(s) identifié(s) correspondant à la définition d'un AIT probable
- Recherche de l'ancienneté (date et heure si possible) et de la durée des symptômes

#### **OBJECTIF : ADRESSER LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE LE PATIENT VERS UNE PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE**

- Information du patient des risques potentiels d'AVC à brève échéance et de la nécessité de consulter immédiatement pour une prise en charge spécialisée
- Patient adressé immédiatement vers une prise en charge spécialisée

# Sommaire

---

<b>Sommaire</b> .....	<b>4</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Rappel sur les critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques</b> ..	<b>5</b>
<b>2. Contexte d'application des critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques concernant l'AIT</b> .....	<b>5</b>
<b>Utilisation des critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Objectif : Poser rapidement le diagnostic d'AIT</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Objectif : Réaliser un premier bilan étiologique « de débrouillage » de l'AIT</b> .....	<b>8</b>
<b>3. Objectif : Mettre en place le plus rapidement possible un traitement de prévention secondaire par aspirine</b> .....	<b>9</b>
<b>4. Objectif : Adresser le plus rapidement possible le patient vers une prise en charge spécialisée (cas d'une prise en charge de premier recours)</b> .....	<b>10</b>
<b>Participants</b> .....	<b>11</b>
<b>Résumé de la méthodologie d'élaboration</b> .....	<b>12</b>
<b>Fiche descriptive</b> .....	<b>13</b>

## Introduction

---

### 1. Rappel sur les critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques

Les critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques constituent des éléments simples et opérationnels de bonne pratique. Ils permettent d'évaluer, par leur mesure, la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient, et d'améliorer les pratiques notamment par la mise en œuvre et le suivi d'actions visant à faire converger, si besoin, la pratique réelle vers une pratique de référence. Leur détermination et leur sélection procèdent d'une démarche d'élaboration basée sur les preuves (*Evidence-Based Medicine ou EBM*) qui prend en compte les meilleures références disponibles, la pratique des professionnels et l'interface avec les patients.

Ces critères doivent être inclus dans des démarches d'amélioration de la qualité. Leur utilisation peut se faire à visée prospective ou rétrospective, en fonction du type d'action ou de programme choisi.

Dans ce cadre, les professionnels ne retiendront, parmi les objectifs et les critères de qualité proposés, que ceux qui correspondent le mieux à leurs priorités et aux spécificités des démarches dans lesquelles ils souhaitent s'engager. Les critères de qualité choisis doivent illustrer une part significative de l'activité du professionnel ou de(s) l'équipe(s) et il doit exister un potentiel d'amélioration de qualité ou de sécurité du fait par exemple de l'observation de dysfonctionnements récents, du fait de l'existence d'une hétérogénéité de pratiques (si tant est que celle-ci soit préjudiciable au patient ou au système de santé) ou d'une pratique nouvellement recommandée.

Leur présentation peut être retravaillée en fonction des besoins et de l'utilisation prévue (par exemple sous la forme d'une grille d'analyse des pratiques ou d'une fiche mémo ou encore par inclusion de certains des items dans une base d'analyse de la pratique).

### 2. Contexte d'application des critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques concernant l'AIT

Les critères de qualité concernent la prise en charge initiale de patients présentant des signes d'AIT probable datant de moins d'une semaine. Le but principal de la démarche est de diminuer la morbidité et la mortalité par AVC chez ces patients. Les critères de qualité sont donc centrés sur la nécessité d'une prise en charge rapide, en pratique dans la journée, au plus tard dans les 24 heures où l'AIT est diagnostiqué.

Le document propose deux ensembles de critères de qualité à utiliser en fonction du choix du médecin ou de la structure recevant le patient de prendre en charge complètement le patient ou d'adresser le patient pour une prise en charge spécialisée ou vers un autre service. Cette décision dépend notamment de sa capacité à obtenir les examens dans la journée.

# Utilisation des critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques

Les critères de qualité présentés dans ce document ont été déterminés par un groupe d'experts selon la méthode de la HAS<sup>1</sup>. Certains des membres du groupe ont à ce titre participé, en mai 2004, aux recommandations de l'Anaes sur la « Prise en charge diagnostique et traitement immédiat de l'accident ischémique transitoire de l'adulte ». Sauf mention explicite, les critères proposés ont été extraits de ces recommandations.

La justification et les modalités d'utilisation des critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques sont détaillées ci-dessous. Ils ont été regroupés objectif par objectif. En cas de difficulté, il est indiqué de se reporter aux recommandations ou à l'argumentaire des recommandations (téléchargeables sur le site Internet de l'HAS).

## 1. Objectif : Poser rapidement le diagnostic d'AIT

**AIT - définition :** Episode bref de dysfonction neurologique dû à une ischémie focale cérébrale ou rétinienne, dont les symptômes cliniques durent typiquement moins d'1 heure, sans preuve d'infarctus aigu.

### 1.1. Symptôme(s) identifié(s) correspondant à la définition d'un AIT probable

*Justification du choix du critère :* Le diagnostic d'AIT est un diagnostic clinique rétrospectif qui repose initialement sur l'interrogatoire approfondi du patient et de son entourage ; la qualité du diagnostic dépend donc de la qualité de l'interrogatoire réalisé par le praticien et de sa connaissance des signes devant faire évoquer en première intention un AIT.

*Précision concernant l'utilisation du critère :* Le symptôme retenu doit faire partie de la liste des symptômes d'AIT probable précisée dans l'encadré ci-dessous.

**Symptômes d'AIT probable :** Installation rapide, habituellement en moins de 2 minutes, de l'un ou de plusieurs des symptômes suivants :

**1. Symptômes évocateurs d'un AIT carotide :**

- cécité monoculaire ;
- aphasie ;
- troubles moteurs et/ou sensitifs unilatéraux touchant la face et/ou les membres.

**2. Symptômes évocateurs d'un AIT vertébro-basilaire :**

- troubles moteurs et/ou sensitifs bilatéraux ou à bascule d'un épisode à l'autre ; touchant la face et/ou les membres ;
- hémianopsie latérale homonyme (HLH) ou cécité corticale<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>ces symptômes traduisent le plus souvent une ischémie du territoire carotide mais en l'absence d'autres signes il n'est pas possible de trancher entre une atteinte carotide et vertébro-basilaire.

<sup>2</sup>la HLH peut être observée également dans les AIT carotides

D'autres symptômes dits « d'AIT possibles » sont compatibles avec le diagnostic d'AIT. Cependant, s'ils sont isolés, ils doivent faire évoquer en première intention d'autres diagnostics. En revanche, si ces symptômes s'associent entre eux ou aux symptômes ci-dessus, que ce soit de façon concomitante ou successive, alors l'AIT doit être considéré comme probable.

**Symptômes d'AIT possible :**

- vertige et perte d'équilibre ;
- symptômes sensitifs isolés ne touchant qu'une partie d'un membre ou qu'une hémiface ;
- diplopie ;
- dysarthrie ;
- troubles de la déglutition ;
- *drop-attack*.

À titre informatif, les diagnostics différentiels qui doivent conduire à ne pas évoquer en première intention un diagnostic d'AIT figurent dans l'argumentaire des recommandations « Prise en charge diagnostique et traitement immédiat de l'accident ischémique transitoire de l'adulte » - Anaes- Mai 2004

**1.2. Recherche de l'ancienneté (date et heure si possible) et de la durée des symptômes**

*Justification du choix du critère :* La durée des symptômes est un élément indicatif important pour porter le diagnostic d'AIT car dans la plupart des cas les symptômes sont de courte durée (< 1 heure dans 2/3 des cas). Noter cependant qu'il s'agit d'un élément indicatif dans la nouvelle définition de l'AIT qui repose avant tout sur l'absence d'infarctus cérébral, l'imagerie cérébrale étant donc nécessaire au diagnostic positif d'AIT.

La prise en charge doit être d'autant plus rapide que l'AIT est plus récent afin de prévenir les AVC survenant précocement après l'épisode d'AIT (2,5 à 5% des cas à 48 h., 5 à 10% à 1 mois).

Par « AIT récent », on entend des symptômes ayant régressé depuis moins d'une semaine. Pour les suspicions d'AIT plus ancien, la prise en charge est identique mais moins urgente.

*Précision d'utilisation du critère :* Si la date et l'heure de survenue et la durée des symptômes ont été recherchés (auprès du patient et/ou de son entourage) mais ne peuvent pas être précisés, on considère que l'on satisfait à ce critère.

**1.3. Confirmation à l'examen clinique de la disparition des troubles neurologiques.**

*Justification du choix du critère :* La régression complète des signes déficitaires focaux est particulièrement importante car s'il persiste des signes neurologiques à l'examen, le patient doit être considéré comme ayant, jusqu'à preuve du contraire, un AVC constitué. La prise en charge hospitalière, si possible en Unité Neuro-Vasculaire (UNV), doit alors être la plus rapide possible afin de préserver les chances du patient de bénéficier d'une fibrinolyse.

**1.4. Obtention en urgence d'une imagerie cérébrale (IRM si disponible ou scanner sans injection de produit de contraste)**

*Justification du choix du critère :* La réalisation d'une imagerie cérébrale, préférentiellement une IRM de diffusion (au minimum), est nécessaire au diagnostic afin de s'assurer de l'absence d'infarctus cérébral, critère nécessaire selon la nouvelle définition. Elle peut par ailleurs apporter des arguments en faveur du terrain vasculaire et faciliter ainsi le diagnostic positif d'AIT, parfois difficile au vu des nombreux diagnostics différentiels. Elle permet également d'éliminer certains diagnostics différentiels, au premier rang desquels un saignement intracrânien, particulièrement important à rechercher car contre-indiquant le traitement par aspirine.

*Précision d'utilisation du critère :* La notion d'urgence dans le cadre d'un AIT récent est difficile à définir. Il s'agit en effet d'une démarche de prévention vis à vis d'un risque de complications majeures (mort ou handicap par AVC) qui surviennent dans près de 5 %

des cas dans les 48 heures suivant l'AIT. Plus l'AIT est récent, plus l'urgence se justifie. Dans ce contexte, l'imagerie cérébrale et l'instauration du traitement par aspirine (sauf contre-indications, cf. Paragraphe 2.1 et 3.) doivent être réalisés « le plus rapidement possible ». Tout délai ou retard dans la réalisation de l'imagerie cérébrale doit être justifié dans le dossier du patient.

En l'absence de données dans la littérature et d'information sur l'état des pratiques en France et dans un premier temps, il apparaît raisonnable de convenir dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles que le délai entre la réalisation de l'imagerie cérébrale et le début des signes cliniques doit être inférieur à 12 heures (en deçà si cela est possible) et au grand maximum inférieur à 24 heures si l'AIT s'est produit le soir (en deçà si cela est possible). Ce délai peut être réduit pour prendre en compte les spécificités de la démarche d'amélioration de la qualité dans laquelle s'engagent les professionnels et, le cas échéant, des données ou résultats observés (individuels et collectifs).

## **2. Objectif : Réaliser un premier bilan étiologique « de débrouillage » de l'AIT**

### **2.1. Recherche d'une arythmie cardiaque à l'interrogatoire et à l'auscultation. Réalisation d'un ECG en urgence**

*Justification du choix du critère* : Les troubles du rythme cardiaque, notamment la fibrillation auriculaire, sont des causes fréquentes d'AIT, d'origine embolique. Comme ils nécessitent une prise en charge thérapeutique spécifique, ils doivent être systématiquement recherchés afin d'adapter le traitement anti-thrombotique de prévention de l'AVC.

*Précision d'utilisation du critère* : La notion d'urgence doit être appréciée de la même manière que pour l'imagerie cérébrale (Cf. paragraphe 1.4). Tout délai ou retard dans la réalisation de l'examen doit être justifié dans le dossier du patient.

### **2.2. Recherche d'une sténose des vaisseaux du cou en urgence soit par un échodoppler (avec si possible Doppler transcrânien), soit par Angio-RM ou par angioscanner spiralé couplé au scanner cérébral (en fonction des disponibilités)**

*Justification du choix du critère* : L'athérosclérose des vaisseaux à destination cérébrale est une cause fréquente d'AIT. Elle nécessite une prise en charge thérapeutique spécifique et doit donc être systématiquement recherchée afin d'adapter le traitement.

*Précision d'utilisation du critère* : La notion d'urgence doit être appréciée de la même manière que pour l'imagerie cérébrale (Cf. paragraphe 1.4). Tout délai ou retard dans la réalisation de l'examen doit être justifié dans le dossier du patient.

### **2.3. Obtention des examens biologiques en urgence (ils comprennent au minimum : hémogramme, VS, CRP, Ionogramme, glycémie, créatininémie, temps de Quick, TCA)**

*Justification du choix du critère* : Ce bilan biologique simple vise à rechercher des causes rares d'AIT et des facteurs de risques cardiovasculaires. Il permet également de rechercher des contre-indications au traitement par aspirine.

*Précision d'utilisation du critère* : La notion d'urgence doit être appréciée de la même manière que pour l'imagerie cérébrale (Cf. paragraphe 1.4). Tout délai ou retard dans la réalisation des examens doit être justifié dans le dossier du patient.



### **3. Objectif : Mettre en place le plus rapidement possible un traitement de prévention secondaire par aspirine**

Il n'y a pas *stricto sensu* de traitement de l'AIT. Le but de la prise en charge initiale est d'instaurer au plus vite un traitement par aspirine afin d'éviter la survenue d'un AVC. Il s'agit en réalité d'un traitement anti-thrombotique préventif. Le traitement sera ensuite adapté, dans les meilleurs délais, à l'étiologie suspectée de l'AIT, en fonction des résultats du bilan étiologique.

#### **3.1. Traitement par aspirine en urgence et en l'absence de contre-indication prouvée.**

**Dose de charge de 160-300mg pour le traitement par aspirine.**

*Justification du choix des critères* : L'aspirine, à dose anti-agrégante, a démontré son efficacité en prévention des récives (niveau de preuve 1, recommandation de grade A). En cas de traitement préexistant par aspirine, la dose de charge doit être adaptée. La présence d'un saignement intracrânien, diagnostic différentiel d'AIT, contre-indique le traitement par aspirine. En cas de cardiopathie emboligène, la nature du traitement anti-thrombotique doit être adaptée.

*Précision d'utilisation des critères* : La notion d'urgence doit être appréciée de la même manière que dans le paragraphe 1.4 et comprise comme « juste après l'imagerie cérébrale » (en l'absence de contre-indications). Ce critère correspond à la meilleure pratique si l'imagerie cérébrale a pu être obtenue en urgence. Si l'imagerie cérébrale n'est pas faisable en urgence (en ambulatoire et à l'hôpital), le bénéfice attendu de l'aspirine est considéré comme supérieur au risque d'aggravation d'un éventuel saignement. Tout délai ou retard dans la réalisation de l'imagerie cérébrale doit être justifié dans le dossier du patient. Cette prise en charge « à l'aveugle » n'est cependant pas à favoriser si l'imagerie cérébrale est possible. Elle doit rester exceptionnelle.

En cas de contre-indication à l'aspirine, le critère de prescription en urgence d'un traitement par aspirine n'est pas à prendre en compte. En cas de traitement préexistant par aspirine, le critère portant sur la dose de charge n'est pas à prendre en compte.

#### **3.2. Information du patient des risques potentiels d'accident vasculaire cérébral (AVC) à brève échéance et de la nécessité de rappeler dès l'apparition d'un signe neurologique suspect.**

*Source* : RPC "Information des patients – recommandations destinées aux médecins" – anaes – 2001.

Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

*Justification du choix du critère* : La bénignité apparente des AIT, du fait du caractère totalement régressif des symptômes, justifie d'informer les patients des risques de complications graves liés à la survenue d'un AVC (mort, handicap majeur) afin de justifier la demande d'examen et la mise en route du traitement en urgence et de convaincre le patient de leur utilité. S'il sort prématurément de l'hôpital ou si la prise en charge est ambulatoire, il est également important, qu'il sache l'importance de rappeler en urgence (de préférence le centre 15), de l'apparition de signes neurologiques.

#### **4. Objectif : Adresser le plus rapidement possible le patient vers une prise en charge spécialisée (cas d'une prise en charge de premier recours)**

##### **4.1. Information du patient des risques potentiels d'AVC à brève échéance et de la nécessité de consulter en urgence pour une prise en charge spécialisée**

*Justification du choix du critère* : Le patient doit pouvoir bénéficier rapidement (dans la journée selon l'avis du groupe de travail, maximum 24 heures après le début des signes, le plus tôt possible restant la meilleure chose) des examens nécessaires (IRM ou scanner, ECG, écho-Doppler des vaisseaux du cou, biologie standard) afin de recevoir aussi rapidement que possible un traitement de prévention de l'AVC. Il existe un risque de complications majeures (mort ou handicap par AVC) qui surviennent dans près de 5 % des cas dans les 48 heures suivant l'AIT. Plus l'AIT est récent, plus l'urgence se justifie.

##### **4.2. Patient adressé immédiatement vers une prise en charge spécialisée**

*Source* : Accord professionnel du groupe de travail

*Justification du choix du critère* : Idem que pour le critère précédent.

## Participants

---

### Groupe de travail

Dr Jean-François Albucher, neurologue,  
Toulouse  
Dr Michel Almeras, radiologue, Le Mans  
Pr François Becker, angiologue, Chamonix  
M. Frédéric de Bels, adjoint au chef de service,  
HAS  
Pr Claude Conri, interniste, Bordeaux  
Dr Nikita De Vernejoul, chef de projet, HAS  
Dr Thierry Denolle, cardiologue, Dinard  
Dr Jérôme Dobias, médecin généraliste, Paris  
Dr Patrice Dosquet, chef de service, HAS  
Dr Philippe Dupont, urgentiste, Saintes

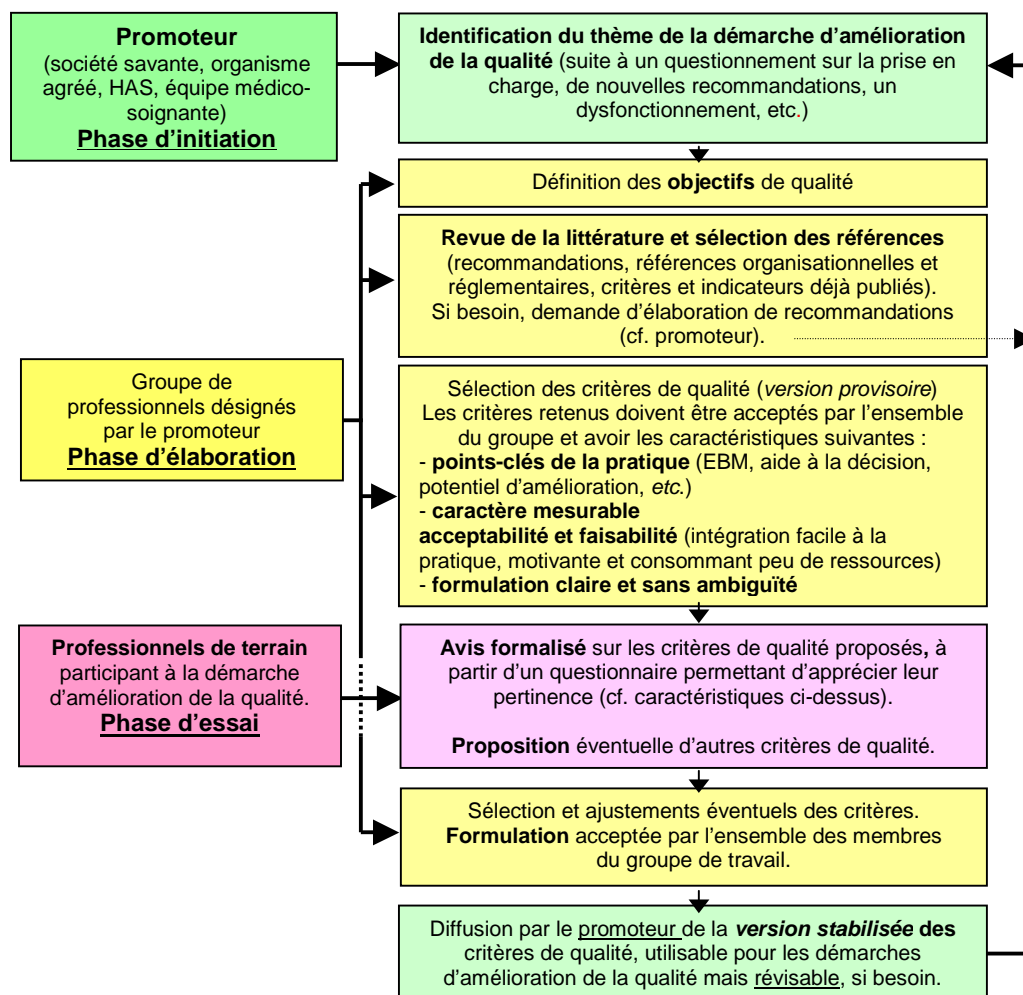
Dr Yves Filloux, médecin généraliste,  
Champniers  
Pr Dominique Huas, médecin généraliste,  
Nanterre  
Dr Pierre Le Mauff, médecin généraliste,  
Talence  
Dr Philippe Martel, chef de projet, HAS  
Pr Jean-Louis Mas, neurologue, Paris  
Mme Catherine Mayault, chef de projet, HAS  
Dr François Mounier-Vehier, neurologue, Lens  
Dr Thierry Rusterholtz, chef de projet, HAS

### Participants à la phase d'essai

Dr Yves Alberge, radiologue, Castres  
Dr Lionel Anxo, médecin généraliste, Plaisir  
Dr Charles Artaud-Macari, urgentiste, Le Chesnay  
Dr Marina Baietto, angiologue, Montluçon  
Dr Eric Bodiguel, neurologue, Bourges  
Dr Nicolas Coudray, cardiologue, Cagnes-sur-Mer  
Dr Patrick Froger, médecin généraliste, Saint-Jean de Muzols  
Dr Sophie Humblot, interniste, Strasbourg  
Dr Claire Le Hello, médecin vasculaire, Caen  
Dr Jean-Luc Perrard, médecin généraliste, Chomerac  
Dr Corinne Salama, angiologue, Paris  
Dr Valérie Wolff, neurologue, Strasbourg

## Résumé de la méthodologie d'élaboration

Le déroulement complet de la méthode d'élaboration des critères de qualité est schématisé ci-dessous. La méthode précise est détaillée dans le guide méthodologique « Élaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles » publié par la HAS en mai 2007 ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).



Déroulement général de la méthode d'élaboration de critères de qualité.

## Fiche descriptive

<b>TITRE</b>	<i>« Prise en charge initiale d'un patient consultant pour des symptômes d'AIT probable datant de moins d'une semaine »</i>
<b>Type de document</b>	Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles
<b>Date de parution</b>	Mai 2007
<b>But de la démarche</b>	Diminuer la morbidité et la mortalité par AVC chez ces patients
<b>Objectif(s) de qualité et de sécurité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poser rapidement le diagnostic d'AIT</li> <li>▪ Adresser le plus rapidement possible le patient vers une prise en charge spécialisée</li> <li>▪ Réaliser un premier bilan étiologique « de débrouillage » de l'AIT</li> <li>▪ Mettre en place le plus rapidement possible un traitement de prévention secondaire par aspirine</li> </ul>
<b>Nombres de critères d'évaluation</b>	11 pour l'exercice hospitalier ou la prise en charge complète en ambulatoire, 4 pour la prise en charge de premier recours avec orientation vers un prise en charge spécialisée
<b>Professionnel(s) concerné(s)</b>	Médecins généralistes, urgentistes, internistes, neurologues, radiologues, biologistes
<b>Promoteur</b>	Haute Autorité de santé, service des recommandations professionnelles
<b>Pilotage du projet</b>	Dr Philippe Martel, Dr Thierry Rusterholtz, Dr Nikita de Vernejoul, M. Frédéric de Bels
<b>Auteurs du document</b>	Membres du groupe de travail, avis des participants à la phase test (Cf. liste des participants)
<b>Validation</b>	Avis de la Commission évaluation des stratégies de santé de la HAS Validation par le Collège de la HAS en février 2007
<b>Disponibilité</b>	<b>Téléchargeable gratuitement sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a></b>
<b>Documents d'accompagnement</b>	Recommandations pour la pratique clinique : « Prise en charge diagnostique et traitement immédiat de l'accident ischémique transitoire de l'adulte » (Haute Autorité de santé, 2004).  Fiche de synthèse, recommandations et argumentaire téléchargeables gratuitement sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a>