

PRISE EN CHARGE DES AVC
Audit de pratiques : Prévention des complications
(ACC5 AVCprév)

Préambule

Ce document est issu des audits cliniques réalisés en 2005 lors de l'élaboration des référentiels : « prise en charge hospitalière initiale des personnes ayant fait un accident vasculaire cérébral », en partenariat HAS/SFNV. Les critères ont été actualisés en prenant en compte les différentes publications et recommandations internationales.

Le processus de prise en charge hospitalière d'un patient souffrant d'accident vasculaire cérébral (AVC) a été segmenté pour aboutir à **sept audits cliniques ciblés** (ACC) répondant à des objectifs particuliers :

un audit clinique est ciblé sur :

- **l'organisation de la filière neurovasculaire (audit organisationnel).**

Cinq audits cliniques ciblés portent sur les **pratiques professionnelles** à différentes phases du processus de prise en charge :

- **accueil aux urgences ;**
- **traitements à la phase aiguë et prévention secondaire ;**
- **prévention des complications ;**
- **préparation de la sortie du patient (projet de sortie et continuité des soins).**

Les audits cliniques réalisés en 2004-2005 ont montré que l'amélioration du processus de prise en charge des AVC passait par l'amélioration des délais de prise en charge. C'est pourquoi

un audit clinique est ciblé sur :

- **les délais de prise en charge pluriprofessionnelle des AVC.**

En fonction du contexte de l'établissement et des objectifs poursuivis, il est possible de centrer son étude sur un ou plusieurs éléments du processus.

Il est vivement conseillé de réaliser l'audit organisationnel de la filière neurovasculaire avant les autres audits cliniques ciblés.

L'objectif qualité/sécurité de l'audit clinique ciblé sur la prévention des complications pour les patients atteints d'Accident Vasculaire Cérébral est :

Réduire la morbidité liée à l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et la dépendance du patient.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES
PRISE EN CHARGE DES AVC
Audit de pratiques : Prévention des complications
(ACC5 AVCprév)

Etablissement	Site
Pole	Service
Prénom : Nom :	Age : Sexe : M F
OU	
Etiquette	Numéro de la grille : __
Nom et fonction de l'évaluateur :	
Date de l'évaluation : _ _ _ _ _	

OBJECTIF : Réduire la morbidité liée à l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et la dépendance du patient.

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
1	L'installation du patient fait l'objet d'une prescription médicale.				
2	La surveillance neurologique paramédicale est réalisée à la fréquence prescrite.				
3	Les troubles de la déglutition ont été recherchés, en particulier avant de débiter l'alimentation orale.				
4	La prévention de l'encombrement bronchique et des pneumopathies d'inhalation est réalisée.				
5	La prévention des complications thromboemboliques veineuses est réalisée.				
6	En cas d'antécédents ulcéreux, la prévention de l'hémorragie digestive est réalisée.				
7	L'état nutritionnel du patient fait l'objet d'une évaluation dans les 48 heures qui suivent son admission.				
8	Un apport calorique adéquat est assuré au plus tard dans les 48 h qui suivent l'admission.				
9	La prévention des complications cutanées est réalisée.				
10	La prise en charge de la douleur (évaluation et traitement) est réalisée.				
11	La recherche et la prise en charge des troubles psychoaffectifs sont réalisées.				

NA : Non Applicable (voir le guide d'utilisation)

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL
PRISE EN CHARGE DES AVC
Audit de pratiques : Prévention des complications
(ACC5 AVCprév)

Principe : En cas de réponse **(NA)** Non Applicable ou **NON**, l'explication ou la justification doit apparaître dans les commentaires.

Critère 1 L'installation du patient fait l'objet d'une prescription médicale.

La prescription médicale est adaptée aux risques du patient. Elle précise le type d'installation (en particulier le positionnement du tronc et du membre atteint), la nécessité ou non d'un décubitus et la fréquence des mobilisations en fonction des données cliniques et biologiques du patient.

L'installation réalisée dans le cadre d'un protocole ne dispense pas de la prescription médicale.

NON : - Si l'installation du patient ne fait pas l'objet d'une prescription médicale.

- Si cette information ne figure pas dans le dossier du patient.

NA n'est pas autorisé car un patient présentant une aphasie isolée ou une ischémie cérébrale sans déficit peut devoir rester allongé.

Critère 2 La surveillance neurologique paramédicale prescrite est réalisée.

Cette surveillance est capitale. Toute modification de paramètres ou de signes cliniques doit être signalée au médecin et retrouvée dans le dossier du patient.

Les items de surveillance recommandés sont : surveillance neurologique (à l'aide d'une échelle), pouls, pression artérielle, glycémie, SaO₂, température.

NON : - Si un élément manque.

- Si cette information ne figure pas dans le dossier du patient.

Critère 3 Les troubles de la déglutition ont été recherchés, en particulier avant de débiter l'alimentation orale.

NON : - Si les troubles de la déglutition n'ont pas été recherchés avant le premier apport oral (même une simple prise médicamenteuse).

- Si cette information ne figure pas dans le dossier du patient alors qu'elle a été recherchée.

Critère 4 La prévention de l'encombrement bronchique et des pneumopathies d'inhalation est réalisée.

La liberté des voies aériennes supérieures doit être assurée (matériel d'aspiration disponible dès l'arrivée du patient, patient mis en PLS en cas de nausée à l'admission, aspirations trachéales réalisées en cas d'encombrement, kinésithérapie respiratoire prescrite en cas d'encombrement).

NON : - Si la prévention de ces complications n'est pas réalisée

- Si cette information ne figure pas dans le dossier du patient alors que les soins préventifs sont réalisés.

NA si le patient a récupéré totalement.

Critère 5 La prévention des complications thromboemboliques veineuses est réalisée.

OUI : - Si une HBPM a été prescrite à dose préventive dans les 24 h qui suivent l'admission en cas d'infarctus cérébral, ou dans les 48 h en cas d'hémorragie cérébrale, chez un patient ayant un déficit persistant du membre inférieur ou restant alité.

- Si une contention élastique des membres inférieurs a été mise en place en attendant l'administration de l'HBPM ou en cas de contre-indication à celle-ci.

- Si la mobilisation des membres inférieurs a été réalisée par le masseur-kinésithérapeute

NON : - Si la prévention des complications thromboemboliques n'est pas réalisée alors que le patient est alité ou présente un déficit persistant d'un membre inférieur.

- Si cette information ne figure pas dans le dossier du patient alors que les soins préventifs sont réalisés.

Critère 6 En cas d'antécédents ulcéreux, la prévention de l'hémorragie digestive est réalisée.

OUI : - Si le dossier mentionne que le patient a des antécédents ulcéreux et qu'il a reçu un traitement antiulcéreux.

NON : - Si ce risque n'a pas été recherché

- Si aucun traitement préventif n'est instauré alors que la notion d'antécédents ulcéreux figure dans le dossier.

- Si cette information ne figure pas dans le dossier du patient.

NA si le patient n'a pas d'antécédents ulcéreux connus.

Critère 7 L'état nutritionnel du patient fait l'objet d'une évaluation dans les 48 heures qui suivent son admission.

L'évaluation de l'état nutritionnel doit être réalisée par un soignant entraîné, à l'aide de l'Index de Masse Corporelle (IMC) et de l'albuminémie dans les 48 heures qui suivent l'admission. (IMC= Poids en Kg/Taille en m²).

OUI si un calcul de l'index de masse corporelle (IMC) et un dosage de l'albuminémie ont été réalisés dans les 48 h après l'admission du patient.

NON si l'un des deux éléments d'appréciation de l'état nutritionnel ne figure pas dans le dossier du patient.

Critère 8 Un apport calorique adéquat est assuré au plus tard dans les 48 h qui suivent l'admission.

OUI si, en fonction de l'état nutritionnel du patient, une alimentation (orale, par sonde nasogastrique ou parentérale) est débutée au plus tard 48 heures après l'hospitalisation.

NON si le patient ne reçoit aucun apport calorique significatif (une perfusion de sérum glucosé n'est pas considérée comme un apport calorique significatif).

Critère 9 La prévention des complications cutanées est réalisée.

Sont préconisés les soins d'hygiène et de confort, la surveillance des points d'appui et des zones à risque, la mobilisation active et passive, les changements de positions toutes les deux à trois heures, la surveillance de l'état d'hydratation et de la nutrition, de l'élimination urinaire et du transit.

Cette surveillance et ces soins s'accompagnent également d'utilisation, selon les besoins, de matériels adaptés.

Une installation rapide au fauteuil est préconisée selon l'état hémodynamique et neurologique.

NON : - si les soins de prévention des risques cutanés ne sont pas réalisés.

- si cette information ne figure pas dans le dossier du patient alors que les soins préventifs sont réalisés.

Critère 10 La prise en charge de la douleur (évaluation et traitement) est réalisée.

L'évaluation de la douleur doit être systématique et réalisée à l'aide d'échelles validées.

OUI : - S'il existe dans le dossier la trace d'au moins une évaluation de la douleur.

- Si un antalgique a été administré en cas de douleur.

NON : - Si l'évaluation de la douleur n'est pas réalisée.

- Si la prise en charge de la douleur n'est pas réalisée alors que le dossier mentionne des signes de douleur du patient.

- Si cette information ne figure pas dans le dossier du patient.

Critère 11 La recherche et la prise en charge des troubles psychoaffectifs sont réalisées.

L'ensemble de l'équipe, aidée si besoin de l'orthophoniste, d'un psychologue, ..., doit être en mesure de reconnaître et de prendre en charge les troubles émotionnels et comportementaux accompagnant l'AVC (Exemple : symptômes dépressifs : apathie, manque d'intérêt, pleurs, irritabilité, perte d'appétit, comportement régressif).

NON : - si la recherche de troubles psychologiques n'est pas réalisée

- si le dossier mentionne des troubles psychoaffectifs sans prise en charge psychologique et/ou sans traitement.

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLE
PRISE EN CHARGE DES AVC
Audit de pratiques : Prévention des complications
ACC5 AVCprév

1. Le champ d'application

L'évaluation s'applique à tous les services recevant des personnes ayant fait un Accident Vasculaire Cérébral : UNV, USINV, Urgences, Réanimation, services de Neurologie, Médecine Générale, Cardiologie, ou tout autre service de court séjour.

2. Les critères d'inclusion

Tous les patients adultes (âge supérieur à 16 ans) présentant un Accident Vasculaire Cérébral récent (diagnostic confirmé par imagerie cérébrale Scanner ou IRM).

Critères d'exclusion :

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

3. Le type d'étude

Inclusion prospective de tous les patients hospitalisés dans l'unité qui évalue ses pratiques, à partir d'une date fixée au préalable.

Evaluation rétrospective sur dossier.

4. Les sources et les modes de recueil des données

Le recueil des données est placé sous la responsabilité du coordonnateur de l'audit clinique dans l'établissement, il en assure la conservation et la confidentialité.

Le coordonnateur de l'audit est chargé de vérifier la qualité des données : exhaustivité, exactitude, précision et cohérence des données.

A chaque patient pris en charge correspond une grille de recueil.

5. La taille de l'échantillon

Pour être représentatif, l'échantillon doit être de 30 hospitalisations pour Accident Vasculaire Cérébral.

6. La période d'évaluation

L'évaluation se déroule sur une période de six semaines maximum (même si le nombre de 30 dossiers n'est pas atteint).

TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES CRITERES AUX RECOMMANDATIONS OU GUIDES DE BONNE PRATIQUE
PRISE EN CHARGE DES AVC
Prévention des complications

N°	Critères	Recommandation source	Grade de la recommandation
1	L'installation du patient fait l'objet d'une prescription médicale.	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects médicaux - Anaes-septembre 2002, pages 13, 53. Mac Closkey JC, Bulechek GM. Classification des interventions de soins infirmiers. CISI-NIC. Paris : Ed Masson ; N° 0840 page 489, N° 0846 page 491.	Accord professionnel
2	La surveillance neurologique paramédicale est réalisée à la fréquence prescrite.	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects médicaux - Anaes-septembre 2002, pages 11,18, 37. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects paramédicaux - Anaes-septembre 2002, pages 7, 8. Mac Closkey JC, Bulechek GM. Classification des interventions de soins infirmiers. CISI-NIC. Paris :Ed Masson ; N°2620 page 432 N°6680 page 549.	Accord professionnel
3	Les troubles de la déglutition ont été recherchés, en particulier avant de débiter l'alimentation orale.	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects médicaux - Anaes-Septembre 2002, pages 12, 19 ,44. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects paramédicaux - Anaes-septembre 2002, page 10. Institut for Clinical Systems Improvement - Diagnosis and Initial Treatment of Ischemic Stroke – February 2006. Mac Closkey JC, Bulechek GM. Classification des interventions de soins infirmiers. CISI-NIC. Paris :Ed Masson ; N°3200 page 315 N°1860 page 518.	Grade B

4	La prévention de l'encombrement bronchique et des pneumopathies d'inhalation est réalisée.	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects médicaux - Anaes-septembre 2002, pages 8, 11,12 Mac Closkey JC, Bulechek GM. Classification des interventions de soins infirmiers. CISI-NIC. Paris : Masson ; 2000 N°3350 Page 533.	Grade B
5	La prévention des complications thromboemboliques veineuses est réalisée.	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects médicaux - Anaes-septembre 2002, pages 13, 20, 52. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects paramédicaux - Anaes-septembre 2002, pages 9,11. Institut for Clinical Systems Improvement - Diagnosis and Initial Treatment of Ischemic Stroke – February 2006. Mac Closkey JC, Bulechek GM. Classification des interventions de soins infirmiers. CISI-NIC. Paris : Masson ; 2000 N°4110 Page 280 N°6654 Page 544.	Accord professionnel
6	En cas d'antécédents ulcéreux, la prévention de l'hémorragie digestive est réalisée.	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects médicaux - Anaes-septembre 2002, pages 13,52. Mac Closkey JC, Bulechek GM. Classification des interventions de soins infirmiers. CISI-NIC. Paris : Masson ; 2000 N°2300 Page 401 N°2380 Page 410.	Accord professionnel
7	L'état nutritionnel du patient fait l'objet d'une évaluation dans les 48 heures qui suivent son admission.	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects paramédicaux - Anaes-septembre 2002, page 12. Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés Anaes septembre 2003 – Service recommandations professionnelles Mac Closkey JC, Bulechek GM. Classification des interventions de soins infirmiers. CISI-NIC. Paris : Masson ; 2000 N°1160 Page 445	Grade B

8	Un apport calorique adéquat est assuré au plus tard dans les 48 h qui suivent l'admission.	Institut for Clinical Systems Improvement - Diagnosis and Initial Treatment of Ischemic Stroke – February 2006. Mac Closkey JC, Bulechek GM. Classification des interventions de soins infirmiers. CISI-NIC. Paris : Masson ; 2000 N°1050 Page 102 N°1056 Page 103.	Accord professionnel
9	La prévention des complications cutanées est réalisée.	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects paramédicaux - Anaes-septembre 2002, pages 12, 13. Institut for Clinical Systems Improvement - Diagnosis and Initial Treatment of Ischemic Stroke – February 2006. Mac Closkey JC, Bulechek GM. Classification des interventions de soins infirmiers. CISI-NIC. Paris : Masson ; 2000 N°3540 Page 292.	Grade C
10	La prise en charge de la douleur (évaluation et traitement) est réalisée.	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects paramédicaux - Anaes-septembre 2002, page 13. Mac Closkey JC, Bulechek GM. Classification des interventions de soins infirmiers. CISI-NIC. Paris : Masson ; 2000 N°1400 Page 447 N°0224 page 301.	Accord professionnel
11	La recherche et la prise en charge des troubles psychoaffectifs sont réalisées.	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects paramédicaux - Anaes-septembre 2002, page 13. Mac Closkey JC, Bulechek GM. Classification des interventions de soins infirmiers. CISI-NIC. Paris : Masson ; 2000 N°5270 Page 563 N°5220 Page 355 N°4976 page 164 N°5240 page 184 N°4976 Page 164 N°5420 page 564 N°4920 page 254.	Accord professionnel