

PRISE EN CHARGE DES AVC
Audit de pratiques : Traitements de la phase aiguë et rééducation précoce
(ACC4 AVCttt)

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 critère concernant la mise en œuvre de la kinésithérapie s'appuie sur la recommandation publiée par l'ANAES en 2000 : « le dossier du patient en masso-kinésithérapie ».

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.

Les critères qui concernent les traitements de la phase aiguë et de la prévention de la récurrence ont été sélectionnés au sein des audits « prise en charge en UNV », « prise en charge médicale dans une unité de soins » et « prise en charge paramédicale dans une unité de soins ». Les objectifs qualité de cet audit clinique ciblé sont :

- mettre en œuvre dès le début de la prise en charge les thérapeutiques de la phase aiguë ;
- mettre en œuvre dès que possible la rééducation précoce.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES
PRISE EN CHARGE DES AVC
 Audit de pratiques: Traitements de la phase aiguë et rééducation précoce
 (ACC4 AVCttt)

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 : Mettre en œuvre dès le début de la prise en charge les thérapeutiques de la phase aiguë et la rééducation précoce.

OQS1 Mettre en œuvre les thérapeutiques de la phase aiguë dès le début de la prise en charge					
N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
1	L'hypertension artérielle est respectée.				
2	En cas d'infarctus cérébral, un traitement thrombolytique est institué dans un délai < 3 h.				
3	Le patient est perfusé avec du sérum salé isotonique.				
4	En cas d'infarctus cérébral, un traitement par aspirine (160 à 300 mg/j) est prescrit dans les délais recommandés.				
5	En cas de température > 37,5°C, une cause est recherchée et un traitement antipyrétique prescrit.				
6	En cas de glycémie > 10 mmol/l (1,8 g/l), une insulinothérapie est débutée.				
OQS 2 Mettre en œuvre la rééducation précoce dès le début de la prise en charge					
7	En cas de trouble de la motricité et/ou de la sensibilité et/ou d'encombrement bronchique, une prise en charge kinésithérapique est mise en œuvre.				
8	En cas de trouble du langage ou d'héminégligence, une prise en charge orthophonique est mise en œuvre.				

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

OQS : Objectif Qualité Sécurité

**GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL
PRISE EN CHARGE DES AVC**

Audit de pratiques: Traitements de la phase aiguë et rééducation précoce
(ACC4 AVCttt)

Critère 1 : L'hypertension artérielle est respectée.

OUI : - s'il n'est pas prescrit de nouveau traitement hypotenseur (hormis la poursuite d'un éventuel traitement antérieur) tant que la pression artérielle est $\leq 220/120$ mm Hg en cas d'infarctus cérébral ou $\leq 185/110$ mm Hg en cas d'hémorragie ;

- ou si un nouveau traitement hypotenseur est prescrit après au moins deux mesures de pression artérielle $> 220/120$ mm Hg en cas d'infarctus cérébral ou $> 185/110$ mm Hg en cas d'hémorragie.

NA : si thrombolyse ou signes d'insuffisance cardiaque.

Critère 2 : En cas d'infarctus cérébral, un traitement thrombolytique est institué dans un délai inférieur à 3h.

OUI : si un traitement par rtPA est administré par voie intraveineuse dans un délai de moins de 3 heures après le début des symptômes (patient asymptomatique moins de 3 heures avant le début d'administration du thrombolytique).

NON : - si le traitement a été administré plus de 3 h après le début des symptômes,
- ou s'il n'a pas été administré de rtPA alors que le patient s'est présenté à l'hôpital moins de 3 h après le début des symptômes ;

- ou si le dossier ne mentionne pas pourquoi l'heure de début ne peut être précisée.

NA : - si hémorragie cérébrale,

- ou si infarctus cérébral hospitalisé plus de 3 h après le début des symptômes,

- ou si le dossier stipule que l'heure de début clinique ne peut vraiment pas être précisée, même en interrogeant l'entourage ;

- ou si contre-indication à une thrombolyse.

Critère 3 : Le patient est perfusé avec du sérum salé isotonique.

NA si patient non perfusé ou si insuffisance cardiaque.

Critère 4 : En cas d'infarctus cérébral, un traitement par aspirine (160 à 300 mg/j) est prescrit dans les délais recommandés.

OUI : si l'aspirine est prescrite à la dose de 160 à 300 mg/j dans un délai :

- < 24 h après l'admission en l'absence de thrombolyse ;

- de 24 à 48 h après le début des symptômes en cas de thrombolyse.

NA : - si hémorragie cérébrale ;

- si traitement anticoagulant avant l'hospitalisation ;

- si dissection artérielle, thrombose veineuse cérébrale ou source cardio-embolique à haut risque justifiant un traitement anticoagulant ;

- si contre-indication à l'aspirine.

Critère 5 : En cas de température $> 37,5^{\circ}\text{C}$, une cause est recherchée et un traitement antipyrétique prescrit.

La recherche d'une cause nécessite au minimum un examen clinique noté dans le dossier du patient.

NA : si aucune mesure de température n'est $> 37,5^{\circ}\text{C}$.

Critère 6 : En cas de glycémie > 10 mmol/l (1,8 g/l), une insulinothérapie est débutée.

NON : si aucune insulinothérapie n'est prescrit en cas de glycémie > 10 mmol/l, ou si aucune mesure de la glycémie n'est réalisée après la glycémie d'admission.

NA : si aucune mesure de glycémie n'est > 10 mmol/l.

Critère 7 : En cas de trouble de la motricité et/ou de la sensibilité et/ou d'encombrement bronchique, une prise en charge kinésithérapique est mise en œuvre.

Le lever au fauteuil et la kinésithérapie doivent être le plus précoces possible.

OUI : si le dossier de prise en charge de la kinésithérapie comporte au minimum :

- le nom du kinésithérapeute ;
- le bilan initial du kinésithérapeute ;

NON : si le dossier du patient ne comporte pas de dossier de kinésithérapie alors que le patient souffre de troubles de la motricité et/ou de la sensibilité et/ou d'encombrement bronchique.

NA : s'il n'existe ni déficit moteur, ni déficit sensitif, ni encombrement bronchique.

Critère 8 : En cas de trouble du langage ou d'héminégligence, une prise en charge orthophonique est mise en œuvre.

OUI : si le dossier du patient comporte au minimum un bilan par l'orthophoniste.

NON : si, malgré l'existence d'un trouble du langage ou d'héminégligence, le dossier du patient ne comporte pas de bilan orthophonique, même s'il existe une trace du passage de l'orthophoniste auprès du malade.

NA : s'il n'existe ni trouble du langage, ni héminégligence.

**PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLE :
PRISE EN CHARGE DES AVC**
Audit de pratiques: Traitements de la phase aiguë et rééducation précoce
(ACC4 AVCttt)

1. Le champ d'application

L'évaluation concerne tout service de court séjour prenant en charge des patients souffrant d'AVC en phase aiguë.

2. Les critères d'inclusion

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

Critères d'exclusion :

- les patients présentant une pathologie cérébrale autre qu'un infarctus ou une hémorragie cérébrale (ex. : accident ischémique transitoire [AIT] sans infarctus visible par IRM, 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

Les données correspondant aux critères de l'audit sont recueillies rétrospectivement dans le dossier du patient (observation médicale, fiches de prescription, feuilles de surveillance et de relevés de soins).

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

5. La taille de l'échantillon

Pour être représentatif, l'échantillon doit comporter 30 dossiers.

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
PRISE EN CHARGE DES AVC
 Traitements de la phase aiguë et rééducation précoce

N°	Critères	Recommandation source	Grade de la recommandation
1	L'hypertension artérielle est respectée	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects médicaux - Anaes-septembre 2002, p.41 Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke - 2005 Guidelines Update. Stroke 2005, vol.36 p. 1582.	Grade C
2	En cas d'infarctus cérébral, un traitement thrombolytique est institué dans un délai <3h.	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects médicaux - Anaes-septembre 2002, p.80. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke - 2005 Guidelines Update. Stroke 2005, vol.36 pp.917-918.	Grade A
3	Le patient est perfusé avec du sérum salé isotonique.	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects médicaux - Anaes-septembre 2002, p.45.	Accord professionnel
4	En cas d'infarctus cérébral, un traitement par aspirine (160 à 300 mg/j) est prescrit dans les délais recommandés.	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects médicaux - Anaes-septembre 2002, pp.65 et 80. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke - 2005 Guidelines Update. Stroke 2005, vol.36 p. 919.	Grade A
5	En cas de température > 37,5°C, une cause est recherchée et un traitement antipyrétique prescrit.	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects médicaux - Anaes-septembre 2002, p.43.	Accord professionnel
6	En cas de glycémie > 10 mmol/l (1,8 g/l), une insulinothérapie est débutée.	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects médicaux - Anaes-septembre 2002, p.45.	Accord professionnel
7	En cas de trouble de la motricité et/ou de la sensibilité et/ou d'encombrement bronchique, une prise en charge kinésithérapique est mise en œuvre.	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects paramédicaux - Anaes-septembre 2002, p.14.	Accord professionnel

8	En cas de trouble du langage ou d'héminégligence, une prise en charge orthophonique est mise en œuvre.	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC. Aspects paramédicaux - Anaes-septembre 2002, p.15.	Grade A
----------	--	--	---------