

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

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

**prise en charge médicale  
dans une unité de soins**

## 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.....	11
IX.4.	Les sources d'information et le mode de recueil des données .....	11
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

Les professionnels médicaux de tout établissement de santé qui prend en charge, au stade initial, des personnes ayant fait un accident vasculaire. L'étude peut être réalisée en UNV, en neurologie, en médecine, en cardiologie ou tout autre service de court séjour qui prend en charge des patients ayant fait un AVC.

## 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 ou l'unité, 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 : PEC médicale dans une unité de soins

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ M  F  ÉTIQUETTE

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_ ans Date d'hospitalisation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lieu d'hospitalisation UHCD<sup>1</sup>  USINV<sup>2</sup>  UNV<sup>3</sup>  neurologie  médecine  autre  Précisez : .....

Mode de sortie : domicile  court séjour  SSR<sup>4</sup>  décès  autre  Précisez : .....

(ou HAD<sup>5</sup> ou maison de retraite)

Numéro de grille : \_ \_ Identification du coordonnateur de l'audit clinique : .....

N°	Critère	Source	OUI	NON	NA <sup>6</sup>	Commentaires
1	L'état de vigilance évalué à l'aide d'une échelle est noté dans le dossier.	DP <sup>7</sup>				
2	L'examen neurologique évalué à l'aide d'une échelle est noté dans le dossier.	DP				
3	La recherche des troubles de la déglutition, avant d'autoriser l'alimentation orale, est notée dans le dossier.	DP				
4	Les résultats de l'examen somatique et des différents paramètres sont notés dans le dossier.	DP				
5	L'évolution des paramètres est notée dans le dossier.	DP				
6	Les résultats du bilan biologique sont analysés.	DP				

<sup>1</sup> UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

<sup>2</sup> USINV : unité de soins intensifs neuro-vasculaire

<sup>3</sup> UNV : unité neuro-vasculaire

<sup>4</sup> SSR : soins de suite et réadaptation

<sup>5</sup> HAD : hospitalisation à domicile

<sup>6</sup> NA : non applicable

<sup>7</sup> DP : dossier patient

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en neurologie

N°	Critère	Source	OUI	NON	NA	Commentaires
7	L'ECG est réalisé dès le début de la prise en charge. Son analyse figure dans le dossier du patient.	DP				
8	Le rythme de la surveillance de l'état de vigilance et de l'état neurologique à effectuer par l'équipe paramédicale est prescrit ou fait l'objet de protocoles.	Planif. des soins				
9	Le rythme de la surveillance des différents paramètres de surveillance à réaliser par l'équipe paramédicale est prescrit ou fait l'objet de protocoles.	Planif. des soins				
10	Le type d'AVC (ischémie ou hémorragie) est précisé par l'imagerie cérébrale.	DP				
11	En cas d'infarctus cérébral la pression artérielle est respectée (jusqu'à 220 mmHg pour la systolique/120 mmHg pour la diastolique), sauf si une fibrinolyse est réalisée ou si le patient présente des signes d'insuffisance cardiaque.	DP				
12	En cas d'accident ischémique artériel constitué de moins de 3 heures, un traitement thrombolytique est institué en l'absence de contre-indication.	DP				
13	En cas d'hémorragie cérébrale, la pression artérielle est respectée (jusqu'à 185 mmHg pour la systolique/110 mmHg pour la diastolique).	DP				
14	En cas de température > 37,5° une cause est recherchée et un traitement antipyrétique prescrit.	DP				
15	En cas de glycémie > 10 mmoles/l, une insulinothérapie est débutée.	DP				
16	En cas de perfusion, le sérum physiologique est utilisé en évitant une surcharge sodée.	DP AE				
17	Le patient (ou la personne qu'il a désignée) est informé sur son état de santé et sur les soins qui lui sont proposés.	DP				
18	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.	DP				
19	En cas de thrombolyse et en l'absence d'hémorragie secondaire un traitement par l'aspirine est institué dans les 24 à 48 heures après la fin de la thrombolyse.	DP				
20	En cas d'hospitalisation dans un service non spécialisé en neurologie, une consultation ou un avis auprès d'un neurologue ou d'un médecin compétent en pathologie neuro-vasculaire est demandé.	DP				
21	La prévention des complications thrombo-emboliques est prescrite ou fait l'objet d'un protocole.	DP				
22	La prévention de l'encombrement bronchique et des pneumopathies d'inhalation est prescrite ou fait l'objet d'un protocole.	DP				

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en neurologie

N°	Critère	Source	OUI	NON	NA	Commentaires
23	La bonne installation du patient est prescrite ou fait l'objet d'un protocole.	DP				
24	En cas d'antécédents ulcéreux, la prévention de l'hémorragie digestive est prescrite ou fait l'objet d'un protocole.	DP				
25	Les modifications du comportement du patient sont notées dans le dossier.	DP				
26	En cas d'infarctus cérébral artériel les explorations ultrasonores cervicales sont réalisées dans un délai inférieur à 48 heures.	DP				
27	En cas d'infarctus cérébral artériel les explorations ultrasonores transcrâniennes sont réalisées dans un délai inférieur à 48 heures.	DP				
28	En cas d'infarctus cérébral artériel une échographie cardiaque est réalisée dans un délai inférieur à 3 jours.	DP				
29	En cas de déficit moteur et/ou sensitif et/ou d'encombrement bronchique une prescription de kinésithérapie est effectuée.	DP				
30	En cas de trouble du langage ou d'héminégligence une prescription d'orthophonie est effectuée.	DP				
31	L'état du patient fait l'objet d'une évaluation régulière en présence des membres de l'équipe.	DP				
32	Le dossier mentionne que le patient et son entourage sont associés au projet de sortie.	DP				
33	Le dossier mentionne que le médecin de ville est informé de la sortie du patient.	DP				
34	En cas de transfert le patient sort avec son compte rendu d'hospitalisation (CRH).	DP				
35	En cas de retour à domicile ou de décès, le CRH est envoyé au médecin de ville dans un délai inférieur ou égal à 8 jours.	DP				
36	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

**Critère 1** : L'état de vigilance évalué à l'aide d'une échelle est noté dans le dossier.

Score de Glasgow (<http://www.strokecenter.org/trials/scales/glasgowoutcome.html>)

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

**Critère 2** : L'examen neurologique évalué à l'aide d'une échelle est noté dans le dossier.

Échelle NIHSS (<http://www.strokecenter.org/trials/scales/nihss.htm>)

Echelle d'Orgogozo (<http://www.strokecenter.org/trials/scales/orgogozo.htm>)

**Critère 3** : La recherche des troubles de la déglutition, avant d'autoriser l'alimentation orale, est notée dans le dossier.

**NA** si le patient décède avant que l'alimentation ne soit envisagée.

**NA** si le patient présente des troubles de la vigilance.

**Critère 4** : Les résultats de l'examen somatique et les différents paramètres (pouls, TA, SaO<sub>2</sub>, glycémie capillaire, température, diurèse) sont notés dans le dossier.

Répondre **NON** si un des éléments est absent.

**Critère 5** : L'évolution des paramètres est notée dans le dossier.

**Critère 6** : Les résultats du bilan biologique sont analysés.

Bilan minimum : NFS, plaquettes, fibrine, INR, TP TCA glycémie, ionogramme sanguin, urée, créatininémie).

Il peut s'agir du bilan réalisé aux urgences ou dans un autre établissement.

**Critère 7** : 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**.

Il peut s'agir d'un ECG réalisé aux urgences ou dans un autre établissement.

**Critère 8** : Le rythme de la surveillance de l'état de vigilance et de l'état neurologique à effectuer par l'équipe paramédicale est prescrit ou fait l'objet de protocoles.

**Critère 9** : Le rythme de la surveillance des différents paramètres de surveillance à réaliser par l'équipe paramédicale est prescrit ou fait l'objet de protocoles.

Font l'objet de la prescription : pouls, TA, SaO<sub>2</sub>, glycémie capillaire, température, diurèse.

Répondre **NON** si le rythme de la surveillance d'un des paramètres n'est pas renseigné.

**Critère 10** : Le type d'AVC (ischémie ou hémorragie) est précisé par l'imagerie cérébrale.

Critère d'inclusion. La réponse est obligatoirement OUI.

Si le diagnostic d'AVC n'a pas été confirmé le patient est exclu de l'étude.



**Critère 11 :** En cas d'infarctus cérébral la pression artérielle est respectée (jusqu'à 220 mmHg pour la systolique/120 mmHg pour la diastolique), sauf si une fibrinolyse est réalisée ou si le patient présente des signes d'insuffisance cardiaque.

*NA s'il ne s'agit pas d'un infarctus cérébral.*

*NA en cas de fibrinolyse, d'insuffisance cardiaque ou de dissection de l'aorte.*

**Critère 12 :** En cas d'accident ischémique artériel constitué de moins de 3 heures, un traitement thrombolytique est institué en l'absence de contre-indication.

*NA si le patient n'est pas hospitalisé en UNV/USINV.*

**Critère 13 :** En cas d'hémorragie cérébrale, la pression artérielle est respectée (jusqu'à 185 mmHg pour la systolique/110 mmHg pour la diastolique).

*NA s'il ne s'agit pas d'hémorragie cérébrale.*

*NA en cas d'insuffisance cardiaque.*

**Critère 14 :** En cas de température > 37,5° une cause est recherchée et un traitement antipyrétique prescrit.

*NA si la température est normale.*

*NON si un élément manque.*

**Critère 15 :** En cas de glycémie > 10 mmol/l, une insulinothérapie est débutée.

*NA si la glycémie est normale.*

**Critère 16 :** En cas de perfusion, le sérum physiologique est utilisé en évitant une surcharge sodée. Précautions d'utilisation en cas d'insuffisance cardiaque.

*NA si le patient n'est pas perfusé.*

*NA si le patient décède dans le service d'hospitalisation avant la pose de perfusion.*

**Critère 17 :** Le patient (ou la personne qu'il a désignée) est informé sur son état de santé et sur les soins qui lui sont proposés.

*Le dossier mentionne cette information.*

**Critère 18 :** 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 été traité par un thrombolytique.*

**Critère 19 :** En cas de thrombolyse et en l'absence d'hémorragie secondaire un traitement par l'aspirine est institué dans les 24 à 48 heures après la fin de la thrombolyse.

*NA si la thrombolyse n'a pas été instituée.*

**Critère 20 :** En cas d'hospitalisation dans un service non spécialisé en neurologie, une consultation ou un avis auprès d'un neurologue ou d'un médecin compétent en pathologie neuro-vasculaire est demandé.

*NA si le patient est hospitalisé dans un service spécialisé en neurologie.*

**Critère 21 :** La prévention des complications thrombo-emboliques est prescrite ou fait l'objet d'un protocole.

*Même dans le cadre d'un protocole, une trace de la prescription doit apparaître dans le dossier du patient.*

**Critère 22** : La prévention de l'encombrement bronchique et des pneumopathies d'inhalation est prescrite ou fait l'objet d'un protocole.

*Même dans le cadre d'un protocole, une trace de la prescription doit apparaître dans le dossier du patient.*

**Critère 23** : La bonne installation du patient est prescrite ou fait l'objet d'un protocole.

**NA** si le patient ne présente plus de déficit neurologique.

**Critère 24** : En cas d'antécédents ulcéreux, la prévention de l'hémorragie digestive est prescrite ou fait l'objet d'un protocole.

**NA** si aucun antécédent ulcéreux.

*Même dans le cadre d'un protocole, une trace de la prescription doit apparaître dans le dossier du patient.*

**Critère 25** : Les modifications du comportement du patient sont notées dans le dossier.

**Critère 26** : En cas d'infarctus cérébral artériel les explorations ultrasonores cervicales sont réalisées dans un délai inférieur à 48 heures.

**NA** s'il s'agit d'une pathologie autre qu'un infarctus cérébral.

**NA** si le patient décède dans le service d'hospitalisation avant la réalisation des examens.

**Critère 27** : En cas d'infarctus cérébral artériel les explorations ultrasonores transcrâniennes sont réalisées dans un délai inférieur à 48 heures.

**NA** s'il s'agit d'une pathologie autre qu'un infarctus cérébral.

**NA** si le patient décède dans le service d'hospitalisation avant la réalisation des examens.

**Critère 28** : En cas d'infarctus cérébral artériel une échographie cardiaque est réalisée dans un délai inférieur à 3 jours.

**NA** s'il s'agit d'une pathologie autre qu'un infarctus cérébral.

**NA** si le patient décède dans le service d'hospitalisation avant la fin de ce délai.

**Critère 29** : En cas de déficit moteur et sensitif et/ou d'encombrement bronchique une prescription de kinésithérapie est effectuée.

**NA** si le patient ne présente aucun déficit.

**Critère 30** : En cas de trouble du langage ou d'héminégligence une prescription d'orthophonie est effectuée.

**NA** si le patient ne présente pas ces symptômes.

**NA** si le patient présente des troubles de la vigilance.

**Critère 31** : L'état du patient fait l'objet d'une évaluation régulière en présence des membres de l'équipe.

*L'équipe est composée au minimum de : médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux.*

*L'évaluation a lieu au minimum une fois par semaine.*

**NA** si le patient décède dans le service d'hospitalisation avant qu'une évaluation ait pu avoir lieu.

**Critère 32 :** Le dossier mentionne que le patient et son entourage sont associés au projet de sortie.  
*NA si le patient décède dans le service d'hospitalisation avant que la sortie soit envisagée.*

**Critère 33 :** Le dossier mentionne que le médecin de ville est informé de la sortie du patient.  
*NA dans le cas où le patient n'a pas de médecin de ville.*

**Critère 34 :** En cas de transfert le patient sort avec son compte rendu d'hospitalisation (CRH).  
*NA si le patient n'est pas sorti à la fin de l'étude.*  
*NA si le patient décède dans l'unité.*

**Critère 35 :** En cas de retour à domicile ou de décès, le CRH est envoyé au médecin de ville dans un délai inférieur ou égal à 8 jours.  
*NA si le patient n'a pas de médecin de ville.*  
*NA si la sortie n'a pas encore été envisagée (dans le cas où le patient est entré dans l'étude dans les derniers jours de l'audit clinique).*

**Critère 36 :** 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 le service d'hospitalisation.*

## **IX. PROTOCOLE**

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

Le référentiel évalue les aspects médicaux de la prise en charge individuelle du patient en unité d'hospitalisation (court séjour UNV, neurologie, médecine, cardiologie, etc.).

### **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 supports de planification des soins (planif. des soins) ;
- 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 de patients ayant fait un AVC pendant la période d'observation et jusqu'à la sortie du secteur d'activité MCO<sup>8</sup> (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.

---

<sup>8</sup> MCO : médecine – chirurgie – obstétrique

Exemple d'organisation en unité d'hospitalisation

*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 de l'unité d'hospitalisation, de grilles de recueil vierges et de guides d'utilisation.*

*Pour tout patient entrant dans l'unité d'hospitalisation avec un diagnostic d'« AVC aigu ou suspicion d'AVC aigu », le professionnel qui prend initialement en charge le patient joint à son dossier 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'unité d'hospitalisation (chef de service, cadre de santé) pour compléter les fiches à un autre moment à partir des dossiers du patient (DP) et des supports internes à l'unité d'hospitalisation (ex. : planification des soins).*

*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 LITTÉRATURE	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 : PEC médicale dans une unité de soins

N°	CRITÈRES	RPC OU GUIDE	GRADE DE LA RPC
1	L'état de vigilance évalué à l'aide d'une échelle est noté dans le dossier.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 11, 18, 37	AP
2	L'examen neurologique évalué à l'aide d'une échelle est noté dans le dossier.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 11, 18, 37	AP
3	La recherche des troubles de la déglutition, avant d'autoriser l'alimentation orale, est notée dans le dossier.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 12, 19, 44	B
4	Les résultats de l'examen somatique et des différents paramètres sont notés dans le dossier.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 11, 19	AP
5	L'évolution des paramètres est notée dans le dossier.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 11, 19, 38	AP
6	Les résultats du bilan biologique sont analysés.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 35, 45	AP
7	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 pages 19, 34, 38	AP
8	Le rythme de la surveillance de l'état de vigilance et de l'état neurologique à effectuer par l'équipe paramédicale est prescrit ou fait l'objet de protocoles.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 11	AP
9	Le rythme de la surveillance des différents paramètres de surveillance à réaliser par l'équipe paramédicale est prescrit ou fait l'objet de protocoles.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 11, 19, 38	AP
10	Le type d'AVC (ischémie ou hémorragie) est précisé par l'imagerie cérébrale.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 30	A
11	En cas d'infarctus cérébral la pression artérielle est respectée (jusqu'à 220/120), sauf si une fibrinolyse est réalisée ou si le patient présente des signes d'insuffisance cardiaque.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 12, 20, 39, 41	C
12	En cas d'accident ischémique artériel constitué de moins de 3 heures, un traitement thrombolytique est institué en l'absence de contre-indication.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 12, 20, 39, 41	C



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

N°	CRITÈRES	RPC OU GUIDE	GRADE DE LA RPC
13	En cas d'hémorragie cérébrale, la pression artérielle est respectée (jusqu'à 185/110).	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 12, 20, 40, 41	C
14	En cas de température > 37,5° une cause est recherchée et un traitement antipyrétique prescrit.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 12, 19, 43	AP
15	En cas de glycémie > 10 mmoles/l, une insulinothérapie est débutée.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 13, 19, 45	AP
16	En cas de perfusion, le sérum physiologique est utilisé en évitant une surcharge sodée.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 13, 19, 45	AP
17	Le patient (ou la personne qu'il a désignée) est informé sur son état de santé et sur les soins qui lui sont proposés.	Manuel d'accréditation des établissements de santé – Anaes - version 1999 - DIP 4b	
18	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, 65	A
19	En cas de thrombolyse et en l'absence d'hémorragie secondaire, un traitement par l'aspirine est institué dans un délai de 24 à 48 heures après la thrombolyse.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 14, 20, 65	A
20	En cas d'hospitalisation dans un service non spécialisé en neurologie, une consultation ou un avis auprès d'un neurologue ou d'un médecin compétent en pathologie neuro-vasculaire est demandé.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 18	AP
21	La prévention des complications thrombo-emboliques est prescrite ou fait l'objet d'un protocole.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 13, 20, 52	AP
22	La prévention de l'encombrement bronchique et des pneumopathies d'inhalation est prescrite ou fait l'objet d'un protocole.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 12, 42	B
23	La bonne installation du patient est prescrite ou fait l'objet d'un protocole.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 13, 53	AP
24	En cas d'antécédents ulcéreux, la prévention de l'hémorragie digestive est prescrite ou fait l'objet d'un protocole.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 13, 52	AP
25	Les modifications du comportement du patient sont notées dans le dossier.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 13, 52	AP

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en neurologie

N°	CRITÈRES	RPC OU GUIDE	GRADE DE LA RPC
26	En cas d'infarctus cérébral artériel les explorations ultrasonores cervicales sont réalisées dans un délai inférieur à 48 heures.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 34	AP
27	En cas d'infarctus cérébral artériel les explorations ultrasonores transcrâniennes sont réalisées dans un délai inférieur à 48 heures.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 34	AP
28	En cas d'infarctus cérébral artériel une échographie cardiaque est réalisée dans un délai inférieur à 3 jours.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 34	AP
29	En cas de déficit moteur et/ou sensitif et/ou d'encombrement bronchique une prescription de kinésithérapie est effectuée.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 13, 53 RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 16, 27	AP
30	En cas de trouble du langage ou d'héminégligence une prescription d'orthophonie est effectuée.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 13, 53 RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 16, 27	AP
31	L'état du patient fait l'objet d'une évaluation régulière en présence des membres de l'équipe.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 9, 27 Manuel d'accréditation des établissements de santé – Anaes - version 1999 - OPC 4e	AP
32	Le dossier mentionne que le patient et son entourage sont associés au projet de sortie.	Guide Anaes 2001 Préparation de la sortie du patient	
33	Le dossier mentionne que le médecin de ville est informé de la sortie du patient.	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
34	En cas de transfert le patient sort avec son compte rendu d'hospitalisation (CRH).	Guide Anaes 2001 Préparation de la sortie du patient	
35	En cas de retour à domicile ou de décès, le CRH est envoyé au médecin de ville dans un délai inférieur ou égal à 8 jours.	Guide Anaes 2001 Préparation de la sortie du patient	
36	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.).		