

Annexe 2

**Travaux de la HAS pour l'amélioration des pratiques
professionnelles dans
la prise en charge de l'AVC**



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Accident vasculaire cérébral : Amélioration des pratiques professionnelles

Travaux en cours à la Haute Autorité de Santé Juin 2009

**Programmes Pilotes
Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins**

**Armelle Desplanques – Marie Erbault
Patrice Dosquet - Raymond Le Moign**

**Contribution au rapport du comité de pilotage ministériel
« Prévention et prise en charge de l'accident vasculaire cérébral »
Coordonné par Mme Elisabeth Fery-Lemonnier**

- I. Publications 2009-2010 pour l'amélioration des pratiques professionnelles
- II. Programme Pilote et Groupe de coopération pour l'amélioration des pratiques professionnelles:

Synthèse

Investie depuis de nombreuses années sur l'AVC, avec de nombreux travaux scientifiques publiés dès 2002 avec les sociétés savantes et organisations professionnelles (cf annexe 1), la HAS a développé en 2008-2009 des travaux permettant de disposer des éléments de bonne pratique sur l'ensemble de la filière de la prise en charge, depuis les premiers signes d'alerte (**recommandations sur la phase précoce de l'AVC à paraître juin 2009**), jusqu'à la prévention post AVC (**recommandations de mai 2009 sur la prévention post AVC**).

Dans le cadre de ses missions d'amélioration et d'évaluation des pratiques professionnelles, de la qualité et de la sécurité des soins, la HAS a lancé fin 2008 avec les professionnels de santé un **programme pilote d'amélioration des pratiques professionnelles prévu sur 2009-2012** en plusieurs phases (i) 2009 --2010 élaboration des outils d'implémentation et d'évaluation des bonnes pratiques (ii) 2010 – 2011 mise en œuvre par les organisations professionnelles (iii) 2012 mesure d'impact et d'évolution des pratiques et adaptation.

Ce programme d'amélioration des pratiques professionnelles sur l'AVC, portant sur l'ensemble de la filière AVC - coordonné par le Service Programmes Pilotes de la Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins - est développé en cohérence avec le comité de pilotage AVC du Ministère de la Santé et des Sports, avec notamment la **production pour fin 2009 d'un kit d'une trentaine d'indicateurs de pratique clinique** pour la prise en charge du patient depuis les premiers signes jusqu'à 1 an après l'AVC .

La publication par la HAS d'un socle partagé de **30 indicateurs de pratique clinique** sur l'ensemble de la filière est prévue fin 2009, et **divers outils d'amélioration des pratiques** seront développés en 2009-2010, tels que des procédures de prise en charge des AVC aux urgences ou en dehors des services spécialisés - outil d'aide à la décision en EHPAD, protocoles de soins médicaux et paramédicaux, évaluation et prévention des complications immédiates... **Le réexamen de la spécialité Actilyse* par la Commission de la Transparence** sera programmée si l'AMM est modifiée ou si le Ministère saisit la HAS à cette fin. **Des recommandations sur la prise en charge en SSR** pourraient faire l'objet d'un partenariat ou d'un accompagnement méthodologique et d'un label de la HAS.

En novembre 2008, Mme la Ministre de la Santé a confié à Mme le Docteur Elisabeth Fery-Lemonnier la coordination du **Comité de pilotage ministériel « Prévention et prise en charge de l'AVC »**. Afin d'assurer la cohérence entre les travaux de la HAS sur les pratiques professionnelles, en particulier le programme pilote de la HAS, et les travaux du Ministère, la HAS participe au comité de pilotage ainsi qu'aux quatre groupes de travail mis en place par le Comité de pilotage depuis novembre 2008. Les travaux de ce Comité de pilotage doivent faire l'objet d'un rapport final en juin 2009.

Le document présent fait le point sur les travaux en cours sur l'AVC à la HAS en juin 2009, et est destiné à contribuer au rapport final de juin 2009 du Comité de pilotage AVC du Ministère de la Santé et des Sports.

I. Publications 2009 - 2010 pour l'amélioration des pratiques professionnelles

I.1. Prise en charge de l'AVC de l'alerte à la mise en route du traitement adapté au mécanisme de l'AVC (Recommandation de pratique clinique)

Recommandation débutée en 2008 en cours de finalisation, présentée au Collège de la HAS le 27 mai 2009, seront disponibles à la fin du premier semestre 2009 (cf annexe 1).

I.2. Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire (Critères de qualité)

Publication janvier 2009 www.has-sante.fr

I.3. Veille bibliographique sur AVC

L'intégralité des publications ANAES/HAS portant sur l'AVC a été transmise au comité de pilotage.

Une recherche des **recommandations internationales jusqu'en mai 2009** a été réalisée par la HAS et transmise au le Comité de pilotage. (cf annexe 1).

De plus, les résultats de la **veille documentaire** effectuée par le service documentation de la HAS sur ce thème sont systématiquement transmis au Comité de pilotage à partir des sources documentaires suivantes : les bases de données : Medline (via Pubmed), The Cochrane library, les revues scientifiques : Annals of Internal Medicine, Archives of Internal Medicine, British Medical Journal, Canadian Medical Association Journal, JAMA, Lancet, New England Journal of Medicine, Stroke, Presse Médicale, Prescrire

Autres sources : APM, revue de presse HAS, veille documentaire sur les sites des agences internationales d'évaluation (NICE (UK) SIGN (UK), AHRQ (USA), ICSI (USA) etc)

I.4. Prise en charge de l'AVC en SSR 2009-2010

Les professionnels de santé ont identifié le besoin de **recommandations pour la prise en charge en rééducation des patients présentant un AVC** - après la sortie de la phase aiguë, en soins de suite et réadaptation ou au domicile.

Un projet de recommandation pourrait être piloté par la SOFMER et les professions paramédicales : masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, infirmiers et orthoptistes. Ce projet pourra faire l'objet d'un partenariat avec la HAS fin 2009, ou d'un accompagnement méthodologique et d'une attribution de label

II. Programme Pilote pour l'amélioration des pratiques professionnelles: indicateurs de pratique clinique et outils d'amélioration

II.1. Synthèse 2009-2010

Les programmes pilotes sont développés pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, sur la base de 3 principes : une approche par thématique clinique de santé publique, une démarche participative associant les acteurs du soin et le patient, une méthode de travail centrée sur la résolution des problèmes cliniques. Ces programmes conduits de façon pluriannuelle sont développés avec les professionnels en plusieurs phases : analyse de la thématique, élaboration des outils, mise en œuvre et mesure d'impact, avec des rapports publics réguliers.

Un programme pilote AVC 2009-2012 pour l'amélioration des pratiques professionnelles a été lancé fin 2008 avec les professionnels de santé en plusieurs phases (i) 2009 --2010 élaboration des outils d'implémentation et d'évaluation des bonnes pratiques (ii) 2010 – 2011 mise en œuvre par les organisations professionnelles (iii) 2012 mesure d'impact et d'évolution des pratiques et adaptation.

Un groupe de coopération pluridisciplinaire et pluri professionnel a été constitué à l'initiative de la HAS, en relation avec les organisations professionnelles, sociétés savantes, collèges de bonnes pratiques... et comportant les différents professionnels médecins et para médicaux impliqués dans la filière de prise en charge des AVC depuis le début des symptômes jusqu'à 1 an après la survenue d'un AVC.

Les réunions de travail des 15 décembre 2008, 2 mars 2009, 24 avril 2009 et 29 mai 2009 ont permis de définir les axes stratégiques du programme pilote : développer des indicateurs de pratique clinique et des outils d'amélioration (protocoles, mémos...) sur l'ensemble de la filière de prise en charge de l'AVC, depuis les signes d'alerte jusqu'au suivi à 1 an. Les prochaines réunions sont programmées les 25 juin 2009 et 24 septembre 2009.

La publication de l'ensemble des indicateurs de pratique clinique AVC est prévue fin 2009, après validation de toutes les parties prenantes sur l'ensemble de la filière. Des échanges réguliers avec le Comité de pilotage permettent d'assurer la cohérence et la non redondance des travaux.

La publication des divers d'outils d'amélioration (protocoles, procédures, ...) est prévue courant 2009-2010.

II.2. Groupe de coopération

Démarche participative

Association Française pour la Recherche et l'Evaluation en Kinésithérapie, Association des Infirmiers de Neurologie, Association Nationale des Ergothérapeutes, Collège Français de Médecine d'Urgence, Collège pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles en Imagerie Médicale, Collège National Professionnel de Cardiologie, Collège Professionnel des Gériatres Français, Conseil National de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes, Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs, Fédération Française des Organismes de formation continue en Masso- Kinésithérapie, Fédération Française de Neurologie, Fédération Nationale des Orthophonistes, Regroupement des Sociétés Savantes de Médecine Générale, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, Société Française de Cardiologie, Société Française de Documentation et de Recherche en médecine Générale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie, Société Française de Médecine Générale, Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation, Société Française de Médecine d'Urgence, Société Française de Neurologie, Société Française de Neuro-Vasculaire, Société Française de Radiologie, Société de Réanimation de Langue Française, Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs, Syndicat National des Orthoptistes, Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'Evaluation en Orthophonie, Union Nationale pour la Recherche et l'Information en Orthoptie, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, Agence Régionale d'Hospitalisation Rhône-Alpes, Institut National de Veille Sanitaire, Association des Neurologues Libéraux de Langue Française

Contributeurs

M.H. Abadie, P. Arnould, C. Arquizan, V. Assuérus, E. Bernardy, P.E. Bollaert, M. Brun, JM. Bunel, C. Busseuil, JM. Caire, M.F. Clenet, A. Cohen, C. Confavreux, A. Cook, P. Corne, L. D'Araujo, T. De Broucker, A. De Lesdain, C. De Peretti, E. Delezie, F. Dolveck, S. Dubourdiou, J.L. Ducassé, E. Ellie, C. El Khoury, MD. Flavigny, M. Freisz, P. Gatignol, M. Giroud, O. Godefroy, P. Goldstein, A. Gouhier, B. Guiraud-Chaumeil, C. Guiraud-Chaumeil, C. Henault, P. Hertgen, E. Hinglais, MC. Jars-Guinestre, C. Jeandel, N. Joyeux, S. Kirscher, P. Krolak-Salmon, X. Leclerc, J.Y. Lemerle, D. Leys, Y. L'Hermitte, J.J. Magnies, L. Martinez-Almoyna, O. Mayer, J.F. Meder, C. Mekies, J. Miguères, T. Moulin, J.P. Neau, B. Nemitz, H. Outin, J.Y. Pelissier, E. Perchicot, L. Pierot, S. Porthault-Chatard, C. Raffy, F. Reyman, C. Rey-Quinio, T. Rousseau, T. Rusterholtz, F. Scheck, P. Segaud, A. Steib, F. Srour, J.F. Thebaut, J. Trauchessec, M. Verny, F. Woimant, A. Yelnik, V. Zingale, M. Zuber

HAS : référents : A. Desplanques, M. Erbault et : L. Banaei, E. Blondet, S. Buscail, A. D'Andon A.E. Develay, P. Dosquet, L. Degos, V. Izard, M. Laurence, R. Le Moign, M. Plétan, N. Riolacci,

Invités

E. Fery-Lemonnier, L. Lebrun, J. Leroyer, D. de Penanster, Z. Bessa, P. Dhote-Burger

II.3. Premières conclusions sur les indicateurs de pratique clinique

Indicateurs en cours de réflexion sur l'ensemble de la filière :

De l'alerte à la prise en charge en ES ± Thrombolyse

1. Le service est impliqué dans la filière de prise en charge de l'AVC et à ce titre dispose et met en œuvre des protocoles de prise en charge référencés et validés
2. Taux d'appel du 15 en première intention
3. Taux de contact entre le médecin régulateur du SAMU ou médecin du SAU et le médecin de l'UNV
4. Taux de patients orientés en UNV
5. Taux de réalisation du score NIHSS (SAU, SMUR)
6. Evaluation des contre indications ou de l'absence d'indication de prise en charge en réanimation
7. Délai survenue des symptômes – thrombolyse
 - a. Délai survenue des symptômes – admission
 - b. Délai admission - thrombolyse
 - c. Délai survenue des symptômes – imagerie
 - d. Délai imagerie - thrombolyse
8. Délai 1er contact médical – thrombolyse
 - a. Délai 1er contact médical admission
 - b. Délai de réalisation de l'imagerie pour les patients éligibles à la thrombolyse (1er contact – imagerie)
 - c. Délai imagerie thrombolyse
9. Taux de réalisation de l'IRM
10. Taux de réalisation de l'IRM pour les patients éligibles à la thrombolyse
11. Taux d'examen d'imagerie interprété immédiatement et compte rendu écrit du radiologue
12. Taux de patients éligibles à la thrombolyse lors du premier contact médical (début des symptômes < 3h) et avec confirmation d'AVC et ayant bénéficié de la thrombolyse

Prise en charge en phase aiguë (7 1ers jours)

1. Le service est impliqué dans la filière de prise en charge de l'AVC et à ce titre dispose et met en œuvre des protocoles de prise en charge référencés et validés
2. Délai médian de consultation pour évaluation en rééducation
3. Délai médian de consultation pour prise en charge en rééducation
4. Evaluation des contre indications ou de l'absence d'indication de prise en charge en réanimation
5. Taux de prescription appropriée d'aspirine
6. Taux de dépistage des troubles de la déglutition
 - a. Taux de pneumopathies d'inhalation
7. Taux de positionnement
 - a. Taux de syndromes épaule / main
8. Taux de sondage urinaire à demeure inappropriés
9. Taux de prescriptions médicamenteuses inappropriées (corticoïdes, héparine efficace, vaso dilatateurs cérébraux)
10. Taux de traitement approprié par Kaskadil pour AVC hémorragique et délai de mise en route du traitement
11. Taux de dépistage des facteurs de risque (facteurs de risque à définir)
12. Taux de dépistage des troubles cognitifs
13. Taux d'explorations fonctionnelles complémentaires réalisées (ECG, Echographie cardiaque, exploration des vaisseaux)
14. Taux de diagnostic étiologique de l'AVC posé
15. Taux de traitement de sortie de phase aiguë

a. Anticoagulant	c. Statines
b. Anti-thrombotiques	d. Réduction tensionnelle

Orientation

1. Taux d'évaluation du pronostic et des besoins de rééducation par un médecin rééducateur et/ou un gériatre
2. Taux d'évaluation des besoins de rééducation et de réadaptation par des professionnels de rééducation
3. Taux de projets de soins élaborés entre membres de l'équipe, patient, entourage
4. Taux de projets de vie élaborés entre membres de l'équipe, patient, entourage
5. Taux de patients pour lesquels la conduite à tenir après la sortie de l'hospitalisation en aiguë est définie
6. Taux de comptes rendus pluridisciplinaire et pluriprofessionnels établis
7. Taux de contact établi entre la structure de prise en charge et les professionnels libéraux
8. Taux de courrier de sortie précisant les traitements de sortie, les complications possibles et le nom et les coordonnées téléphonique de la personne référente de la filière
9. Taux de patient orienté dans la structure souhaitée
10. Délai de prise en charge dans la structure post aiguë

Prise en charge en SSR

1. Le service dispose d'un protocole d'éducation et de formation des patients et de l'entourage
2. Taux de projets de soins mis en œuvre
3. Taux de projets de soins réévalué et adapté
4. Taux d'évaluation des déficiences, de l'activité et de la participation au début de la prise en charge en SSR
5. Taux d'évaluation des déficiences, de l'activité et de la participation à la sortie du SSR
6. Taux de courrier de sortie précisant les traitements de sortie, les complications possibles et le nom et les coordonnées téléphonique de la personne référente de la filière
7. Taux d'expertise du lieu de vie avant sortie au domicile

Prise en charge 1ère année post AVC au domicile, en EHPAD, en SLD (sortie directe de MCO ou sortie de SSR)

1. Taux de projets de soins mis en œuvre
2. Taux de projets de vie mis en œuvre
3. Taux de projets de soins réévalué et adapté
4. Taux de projets de vie réévalué et adapté
5. Taux d'évaluation des déficiences, de l'activité et de la participation à 3 mois, à 6 mois, à 1 an, 1 fois/an si nécessaire
6. Taux d'information des signes évocateurs d'AVC et de la nécessité d'appeler le 15 en cas de survenue de ces signes
7. Taux de mesure de la pression artérielle
8. Taux de pression artérielle équilibrée
9. Taux d'évaluation des éléments de tolérance et d'observance au traitement de suivi post AVC médicamenteux et rééducation
10. Taux de consultation avec un neurologue la 1ère année
11. Taux de réalisation d'un bilan lipidique et glucidique
12. Taux de traitement approprié par anti agrégants plaquettaires à un an
13. Taux de traitement approprié par statine à un an
14. Taux de correspondance médecin traitant – neurologue
15. Taux d'évaluation du suivi d'une alimentation équilibrée et pauvre en sel
16. Taux d'information sur les risques de la consommation excessive d'alcool
17. Taux de suivi du poids
18. Taux de recherche de l'exposition au tabac

II.4. Premières conclusions sur les outils d'amélioration

Sont en cours de réflexion pour la phase 1 - de l'alerte à l'imagerie – 2 outils :

- Protocoles de prise en charge aux urgences (Dr C.El Khoury)
- Conduite à tenir en EHPAD (Pr M.Verny)

Sont en cours de réflexion pour la phase 2 : phase aiguë hospitalière (7 jours) – les protocoles suivants :

Parmi les protocoles identifiés comme nécessaires pour les professionnels de santé prenant en charge les AVC en dehors des services spécialisés :

- soins médicaux et paramédicaux (TA, t°, SaO₂, gly/insuline, état neurologique, PMTE) de l'AVC aux diverses étapes de prise en charge
- information des familles et des patients
- priorisation de l'accès à l'imagerie, réalisation et durée de l'imagerie
- nutrition
- craniectomie en urgence
- chirurgie carotidienne
- recherche des troubles de la déglutition
- évaluation et prévention des complications immédiates (troubles de la déglutition, encombrement, escarres, positionnement/épaule-main, rétention aiguë d'urines) Pr Pelissier
- Protocole d'accord avec service de réanimation identifié : critères d'admission en réanimation (discussion entre médecin prenant en charge le patient UNV, SAU, Régulateur précocement)
 - Patients admis directement en réanimation,
 - patient s'aggravant après admission

Est en cours de réflexion pour la phase 3 - Traitement de sortie de la phase aiguë et Orientation – le protocole suivant :

- Protocole de sortie au domicile directement après la phase aiguë, intégrant la notion de visite au domicile par un professionnel de l'équipe de soins en aigu lorsque le patient présente encore un déficit.

Est en cours de réflexion pour la phase 4 - Traitement de sortie de la phase aiguë et Orientation – le protocole suivant :

- Protocole de sortie au domicile comportant une expertise du lieu de vie et intégrant la possibilité de visite au domicile par un professionnel de l'équipe de soins lorsque le patient présente encore un déficit.
- Elaboration d'un outil d'évaluation du patient portant sur les déficiences, l'activité et la participation et pouvant être utilisé à différentes étapes de la prise en charge, sortie de la phase aiguë, en SSR, au domicile. Cet outil devrait permettre de mesurer les progrès ou détériorations du patient durant toute la prise en charge.