

EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE PROFESSIONNELLES 2009 – 2014

- Journée de la SFNV 2009 : session thématique prise en charge thérapeutique, évaluation institutionnelle, évaluation filière ; présentation des recommandations HAS et sociétés savantes
- **CNOMK**
- **Collège des Orthophonistes**
- **Association Nationale des Ergothérapeutes**
- Améliorer la qualité de la prise en charge des AVC chez des patients âgés hospitalisés en médecine gériatrique, analyse de différentes organisations (AP-HP Pitié Salpêtrière, CHU Reims, Hôpital des Charpennes Villeurbanne)
- Amélioration de la filière intra hospitalière de prise en charge des AVC (CHU Dijon)
- Mise en place d'un réseau opérationnel régional de prise en charge des AVC en Picardie (CHU Amiens)
- Enquête jour donné 2008 SFNV – SFMU

UN ESPACE THEMATIQUE SUR WWW.HAS-SANTE.FR

La rubrique programmes pilotes propose sur le site de la HAS un espace dédié à l'amélioration de la prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC).

Cet espace met à la disposition des professionnels de santé et du public :

- Les indicateurs de pratique clinique et l'ensemble des recommandations
- Les retours d'expérience des professionnels, des interviews et les travaux du Symposium HAS BMJ 2010 relatifs à l'AVC (Stroke Corner)
- Le bilan 2010 du programme AVC 2009-2014, avec 1 brochure par étape de prise en charge)

A SUIVRE 2009 ... 2010

Une réunion thématique dédiée à l'amélioration de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux sera organisée. Les professionnels impliqués dans la prise en charge des AVC viendront partager leur expérience clinique, les problèmes rencontrés, les actions et pistes d'amélioration des pratiques ainsi que les mesures d'impact clinique.

HAS

2 avenue du Stade de France - 93218 SAINT DENIS LA PLAINE CEDEX
Tél. 01 55 93 70 00 Fax. 01 55 93 74 00
www.has.sante.fr

© Haute Autorité de Santé
Avril 2009

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

PROGRAMME AVC

« Ensemble, améliorons les pratiques de prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral »

Document de travail

Bilan 2010

ÉTAPE 2

LA PHASE AIGUE HOSPITALIERE

Chaque année en France, environ 130 000 personnes sont atteintes d'accident vasculaire cérébral, dont 25% sont âgées de moins de 65 ans.

Avec 30 000 personnes lourdement handicapées et 40 000 décès chaque année, l'AVC est la 1^{ère} cause de handicap acquis non traumatique, la 2^{nde} cause de démence et la 3^{ème} cause de mortalité.

Une prise en charge immédiate, puis adaptée tout au long du parcours du patient permet de diminuer la mortalité et le handicap.

L'objectif de ce programme conduit avec les professionnels de santé est de réduire la mortalité et le handicap liés aux accidents vasculaires cérébraux en agissant sur les 3 étapes de la prise en charge :

- ① des signes d'alerte à l'hôpital
- ② la phase aiguë hospitalière
- ③ la première année après l'AVC

CE QUE L'ON SAIT

Lors d'un AVC une **surveillance neurologique** rapprochée est réalisée afin de suivre l'évolution des signes du patient en particulier dans les 48h premières heures, période la plus évolutive.

La réalisation **d'examen complémentaires**, biologie, imagerie cérébrale et vasculaire, explorations cardiaques, a pour objet de rechercher la cause de l'AVC et mettre en œuvre le traitement le plus adapté.

La pneumopathie d'inhalation est une complication touchant environ 30% des patients victimes d'AVC. Elle peut être significativement diminuée par le **dépistage des troubles de la déglutition**.

Un bilan des séquelles est réalisé dans les premiers jours suivant l'AVC afin de mettre en place une **rééducation adaptée**. Le patient peut présenter des déficits moteurs, liés au langage ou à la vue nécessitant une rééducation fonctionnelle, orthophonique et/ou orthoptique.

L'orientation du patient après la sortie du service d'aigu, en établissement de soins de suite et réadaptation (SSR), hospitalisation à domicile (HAD) ou au domicile, doit lui permettre de bénéficier d'une rééducation adaptée à ses besoins et à ses capacités. Cette rééducation permettra au patient de récupérer au mieux de ses déficits.

Le retour direct au domicile du patient, surtout s'il nécessite de la rééducation est **préparé en lien avec les professionnels intervenant en ambulatoire**. La continuité des soins et de la rééducation est ainsi assurée pour permettre la meilleure récupération possible. Les aménagements éventuels du domicile sont préconisés à l'issue de l'expertise du lieu de vie préalablement à la sortie.

**Le handicap résiduel peut être diminué par une rééducation adaptée dès la phase aiguë et poursuivie après la sortie.
Le patient est orienté vers le lieu lui offrant les meilleures chances de récupération.**

En cas d'AIT (AVC dont les signes régressent spontanément dans la première heure le plus souvent) les examens complémentaires en vue de prescrire un traitement adapté sont réalisés en urgence car le risque de faire un infarctus cérébral dans les 24h est important.

CHIFFRES REPERES*

La prise en charge des AVC s'organise autour de l'Unité Neuro Vasculaire (UNV) qui assure une expertise neurologique. Pour que tous les patients bénéficient de cette expertise, ils doivent être pris en charge dans des services appartenant à la filière et mettant en œuvre des protocoles de soins validés par la filière.

30% des infarctus cérébraux ont fait un AIT dans le mois précédent et 10% des AIT se compliquent d'un infarctus cérébral dans les 3 mois qui suivent l'AIT.

Une prise en charge spécialisée et adaptée permet une réduction du handicap et de la mortalité de 20%.

* Rapport Prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux - juin 2009 - www.sante.gouv.fr

OBJECTIFS PRIORITAIRES D'AMELIORATION DES PRATIQUES

- **Prévenir les récurrences précoces et tardives d'AVC**
- **Prévenir les complications en particulier les pneumopathies d'inhalation**
- **Mettre en œuvre une rééducation adaptée le plus rapidement possible dès la phase aiguë**
- **Orientation en post aigu adaptée aux besoins du patient**

NOUVELLES REFERENCES PROFESSIONNELLES 2010 - 2014

Des indicateurs de pratique clinique partagés et consensuels élaborés par l'ensemble des professions intervenant dans la prise en charge des AVC permettent d'améliorer et de suivre l'évolution des pratiques en se basant sur les éléments essentiels de la prise en charge hospitalière :

- le patient, victime d'infarctus cérébral, a-t-il un traitement par aspirine durant la phase aiguë ?
- **le patient a-t-il une prescription d'héparine à dose efficace ?**
- dans quel délai le patient pris en charge dans les 48h pour AIT a-t-il une exploration des vaisseaux du cou ?
- des explorations fonctionnelles complémentaires sont réalisées dans les 7 jours suivant l'AVC ?
- le patient a-t-il une évaluation des besoins et une prise en charge en rééducation ? Dans quel délai ?
- le patient a-t-il une pneumopathie suite à une fausse route alimentaire ?
- des troubles cognitifs sont-ils recherchés ?
- le projet de soins du patient est-il établi en concertation par l'équipe, le patient et son entourage ?
- la proposition d'orientation du patient est-elle basée sur une évaluation médicale du pronostic et des besoins ?
- le patient est-il orienté selon la proposition d'orientation optimale ?
- le projet de vie du patient est-il établi avec expertise du lieu de vie ?
- un contact est-il établi entre l'hôpital et les professionnels libéraux ?
- le patient a-t-il un traitement approprié y compris de ses facteurs de risque à la sortie ?
- le courrier de sortie précise les coordonnées du référent de la filière ?
- quel est le délai entre la décision d'orientation et le transfert ?

Ces IPC ont été développés sur la base de nombreuses recommandations et références professionnelles

- Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC (RBP - 2002)
- Imagerie de l'AVC aigu (2002)
- Prise en charge diagnostique et traitement immédiat de l'AIT de l'adulte (2004)
- Prise en charge initiale des personnes ayant fait un AVC : admission aux urgences, admission directe en UNV ou USINV prise en charge médicale dans une unité de soins, prise en charge para médicale dans une unité de soins, Audits cliniques (HAS - 2005)
- Prise en charge initiale d'un patient consultant pour des symptômes d'AIT probable datant de moins d'une semaine (2007)
- Orientation des patients atteints d'AVC – Conférence d'experts (SOFMER, SFNV, SFGG - 2009)
- Protocoles de prise en charge des AVC en phase aiguë (SFNV - 2010)