

Critères de qualité pour la certification des **Stroke Units**

Sommaire

Précisions terminologiques	2
Note explicative sur l'évaluation des critères de qualité	3
Domaines visés par les critères de qualité A-G	4
A Fonctions de direction	4
B Personel spécialisé	5
C Infrastructure	7
D Méthodes diagnostiques	8
E Procédés de traitement et monitoring	9
F Formation postgraduée et recherche	11
G Chiffres-indices et indicateurs	12

Version I

Remarque:

Ce texte est une traduction de la version originale allemande.

Par souci de lisibilité, les termes génériques seront utilisés à défaut de termes épicènes; ils s'appliquent bien entendu aux hommes et aux femmes de manière égale.

Précisions terminologiques

Les termes suivants reviennent à de nombreuses reprises dans le catalogue des critères de qualité:

Stroke Team: *le personnel médical qui travaille régulièrement pour et avec les patients du Stroke Center ou de la Stroke Unit est qualifié de « Stroke team »*

Stroke Unit: *une Stroke Unit (SU) est une unité de soins localement circonscrite et fonctionnellement homogène d'un hôpital, conçue pour prendre en charge les patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Elle dispose des postes de traitement monitorisés et non monitorisés. Les prestations sont toutes fournies sur un seul site*

Stroke Center: *un Stroke Center (SC) comprend une stroke unit (SU) et élargit le concept de SU à des prestations structurales, neuroradiologiques et neurochirurgicales spéciales. Les prestations sont toutes fournies sur un seul site.*

Evaluation: *par évaluation, on entend dans ce document que a) l'efficacité d'une activité (par exemple un traitement médical) est régulièrement contrôlée par des mesures définies, b) les résultats sont comparés à une valeur de référence, c) des mesures sont prises en cas d'écart par rapport à la valeur de référence, et d) les mesures prises et l'activité sont de nouveau contrôlées. Cette procédure correspond également au cycle du Plan-Do-Check-Act (PDCA) visant à la gestion de la qualité.*

Note explicative sur l'évaluation des critères de qualité

XY	Le numéro du critère de qualité apparaît sur fond gris: le critère (norme) doit être rempli pour obtenir la certification (critère impératif). En cas de non-conformité, l'institution peut se voir imposer un délai limité.
-----------	---

Les critères sur fond gris sont obligatoires (critères impératifs)

Évaluation: les critères de qualité sont évalués par des points de deux façons différentes :

Soit les critères sont dits remplis («oui») versus non remplis («non»).

Non = 0 point et oui = 3 points

Ceci figure dans la colonne «Note» sous la forme: **0/3**

Soit les critères sont notés sur une échelle continue :

0 point = critère non présent

1 point = présent de façon minimale

2 points = rempli en majorité

3 points = complètement rempli

Ceci figure dans la colonne «Note» sous la forme: **0/1/2/3**

Domaines visés par les critères de qualité A-G

A Fonctions de direction

N°	Critères d'évaluation	Note	
A 1	La direction médicale de la Stroke Unit est confiée à un neurologue expérimenté. ¹	0/3	
A 2	La consultation ambulatoire pour les patients victimes d'un AVC est dirigée par un neurologue expérimenté. ¹ Cette prestation peut également être fournie dans un Stroke Center ou bien par un médecin du Stroke Center. ^{2,3}	0/3	
A 3	La gestion des lits de la Stroke Unit incombe au neurologue de garde. ¹	0/3	

¹ Un spécialiste en neurologie (spécialiste FMH en neurologie ou équivalent) avec une expertise avérée dans le traitement des AVC et au moins 2 ans d'expérience dans le traitement des maladies cérébrovasculaires dans un hôpital de centre.

² En cas de coopération avec un Stroke Center, la collaboration est régie par contrat.

³ Voir aussi en complément le critère de qualité C4.

B Personnel spécialisé

N°	Critères d'évaluation	Note	
B 1	Pendant la journée, un neurologue ¹ est disponible 10 heures par jour, pour la prise en charge des patients de la Stroke Unit. ²	0/3	
B 2	Disponibilité d'un neurologue ¹ possédant une expérience en neurosonologie . ³	0/1/2/3	
B 3	Un médecin disposant d'une expertise dans le domaine de la réadaptation après AVC est intégré à la Stroke team. ⁴	0/1/2/3	
B 4	Disponibilité d'un spécialiste en médecine interne et d'un cardiologue . ⁵	0/1/2/3	
B 5	Du personnel soignant spécialement formé ⁶ à la prise en charge des patients victimes d'AVC travaille dans la Stroke Unit.	0/1/2/3	
B 6	Les physiothérapeutes sont professionnellement intégrés à la Stroke team. ⁷	0/1/2/3	
B 7	Les ergothérapeutes sont professionnellement intégrés à la Stroke team. ⁷	0/1/2/3	
B 8	Les orthophonistes sont professionnellement intégrés à la Stroke team. ⁷	0/1/2/3	
B 9	Le Stroke team est soutenue par des collaborateurs du service social . ⁸	0/1/2/3	

¹ Définition d'un médecin spécialiste: spécialiste FMH en neurologie ou équivalent FMH, ou bien médecin suivant une formation postgraduée de neurologue sous la supervision d'un spécialiste.

² Cette tâche peut être déléguée à un interniste disposant d'une expertise – prouvable – équivalente. Un service de piquet est disponible la nuit et le week-end; la responsabilité en incombe à tout moment à un spécialiste en neurologie, lequel peut se trouver en 35 minutes au maximum auprès des patients nécessitant des décisions thérapeutiques critiques.

³ Médecin bénéficiant d'un poste fixe, avec au moins 1 an d'expérience dans le diagnostic neurosonologique extracrânien et transcrânien et dans le traitement des maladies cérébrovasculaires.

⁴ Expertise professionnelle en réadaptation après AVC (médecin possédant au moins 2 ans de formation/activité en neuroréadaptation dans un service reconnu s'occupant de la réadaptation de patients après AVC).

⁵ «Disponibilité»: à tout moment pour le spécialiste en médecine interne, et dans un délai de 60 minutes jusqu'au lit du patient pour le cardiologue.

⁶ «Spécialement formé»: le personnel soignant bénéficie d'une formation en interne. Les formations suivies jusqu'alors sont attestées par un certificat. Par ailleurs, il existe un plan de formation continue et postgraduée pour les deux années à venir qui permet de savoir qui suivra quelle formation et à quel moment.

⁷ Il existe une preuve des formations professionnelles, continues ou postgraduées qui ont été suivies sur le thème des AVC; l'intégration dans le Stroke team est assurée par des réunions d'équipe interdisciplinaires, des formations continues ou des équivalents.

⁸ Le soutien est assuré sous la forme de réunions d'équipe interdisciplinaires.

C Infrastructure

N°	Critères d'évaluation	Note	
C 1	La Stroke Unit est une Unité localement circonscrite et fonctionnellement homogène. ¹	0/3	
C 2	La Stroke Unit est située dans un établissement disposant d'un service d' urgences multidisciplinaires .	0/3	
C 3	La Stroke Unit est située dans un établissement disposant d'un service de soins intensifs multidisciplinaires . ²	0/3	
C 4	La Stroke Unit gère une consultation ambulatoire pour les patients victimes d'AVC. ³	0/3	

¹ Voir aussi les exigences en matière d'infrastructure figurant sous le critère de qualité E 8.

² Service reconnu de soins intensifs multidisciplinaires au sein de l'établissement, avec possibilité de respiration artificielle invasive et non invasive.

³ La consultation ambulatoire peut également se situer dans un Stroke Center ou bien être assurée par un médecin du Stroke Center, si cela est réglementé de façon contractuelle. Voir aussi en complément le critère de qualité A 2.

D Méthodes diagnostiques

N°	Critères d'évaluation	Note	
D 1	Une tomodensitométrie computerisée (hélicoïdale) ou une imagerie par résonance magnétique de la tête avec à chaque fois représentation de la tête/artères cervicales est disponible à tout moment. Le délai entre l'admission et la réalisation de ces examens est soumis à une évaluation. ¹	0/3	
D 2	Une angiographie cérébrale est disponible à tout moment, en coopération avec un Stroke Center. ²	0/3	
D 3	Un examen de la déglutition est réalisable à tout moment. Il est effectué selon un concept uniforme. ³	0/3	
D 4	L'examen neurosonologique (extra/transcrânien) est disponible dans les 24 heures.	0/3	
D 5	Disponibilité d'une échocardiographie transœsophagienne, d'une hémostaséologie, d'un diagnostic d'angéite, d'un EEG et d'autres méthodes de bilan étiologique des AVC. ⁴	0/3	
D 6	Disponibilité de spécialistes pour procéder à un examen neuropsychologique . ⁵	0/3	

¹ L'objectif est de parvenir à un délai < 25 minutes.

² La coopération se fait dans un cadre contractuel.

³ L'examen de la déglutition est systématisé et consigné par écrit; il est par ailleurs régulièrement évalué.

⁴ Le bilan est réalisable dans un délai de deux jours ouvrés.

⁵ «Disponibilité»: présents dans l'établissement ou bien – à condition que cela soit régi de façon contractuelle – examen assuré par des prestataires extérieurs à l'établissement; possibilité de faire quotidiennement appel à eux pendant les jours ouvrables.

E Procédés de traitement et monitoring

N°	Critères d'évaluation	Note	
E 1	Le Stroke team travaille selon un concept thérapeutique , qui règle les parcours des patients (au sens des procédures) pour le diagnostic, l'information des patients, le traitement, les soins, la réadaptation précoce, la prévention, le passage en réadaptation, le suivi et notamment la gestion des erreurs. Le concept englobe aussi le traitement des AVC pédiatriques (jusqu'à l'âge de 16 ans) en collaboration avec un centre hospitalier pédiatrique. Le concept est soumis régulièrement à une évaluation.	0/1/2/3	
E 2	Le Stroke team travaille selon un concept qui régit la collaboration avec les urgentistes, les services régionaux de sauvetage, les hôpitaux de soins aigus et les autres Stroke Units/Centers. Le concept est soumis régulièrement à une évaluation.	0/1/2/3	
E 3	Le Stroke team travaille selon un concept pour la neuroréadaptation des patients victimes d'AVC. Le concept est soumis régulièrement à une évaluation. ¹	0/1/2/3	
E 4	Le Stroke team travaille selon un concept pour le traitement des troubles de la déglutition . Le concept est soumis régulièrement à une évaluation. ²	0/1/2/3	
E 5	Le traitement par thrombolyse intraveineuse peut être effectué à tout moment. L'indication est posée par le neurologue. Le délai entre l'admission et le début de la thrombolyse est mesuré, enregistré et évalué. ³	0/3	
E 6	Les interventions de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle sont réalisables à tout moment, en coopération avec un Stroke Center. ⁴	0/3	
E 7	Les techniques de revascularisation de la carotide par endarteriectomie ou stenting sont disponibles à tout moment au sein de l'établissement, ou dans un délai de 24 h lorsqu'elles sont assurées en coopération avec un Stroke Center. ⁵	0/1/2/3	
E 8	L'équipement des lits des patients garantit une surveillance continue. ⁶	0/3	
E 9	Le Stroke team suit des directives pour la surveillance des patients. Celles-ci sont soumises régulièrement à une évaluation. ⁷	0/1/2/3	

¹ Début des mesures thérapeutiques dans les 24 heures (physiothérapie tous les jours, ergothérapie et orthophonie du lundi au vendredi) avec possibilité d'au moins une unité de traitement par jour en présence d'un déficit correspondant, en tenant compte des conditions thérapeutiques (capacité de coopération, état cliniquement stable).

² Début des mesures thérapeutiques dans les 24 heures en présence d'un déficit correspondant, en tenant compte des conditions thérapeutiques (capacité de coopération, état cliniquement stable).

³ Les interventions sont réalisées dans le centre par des neurochirurgiens ou des radiologues au bénéfice d'une formation approfondie en neuroradiologie diagnostique et en neuroradiologie invasive ou d'une expertise équivalente. Le transfert vers le centre ne doit pas prendre plus de 60 minutes.

⁴ L'objectif minimal est un délai < 60 minutes à compter de l'admission à l'hôpital; une moyenne < 30 minutes est souhaitable.

⁵ Les interventions sont réalisées par des chirurgiens qualifiés (neurochirurgiens ou chirurgiens vasculaires) ou par des spécialistes en neuroradiologie interventionnelle. L'intervention a lieu dans les 24 heures suivant la demande. En cas de coopération avec un Stroke Center, la collaboration est régie de façon contractuelle.

⁶ Dans les lits entièrement monitorisés, l'ECG, la saturation en oxygène, la température, la pression artérielle, le pouls et la respiration sont – en fonction des besoins – surveillés en permanence, et la glycémie contrôlée suivant les besoins. Dans les lits qui ne sont pas entièrement monitorisés, l'ECG, la saturation en oxygène, la température, la pression artérielle, le pouls et la glycémie (selon les besoins) sont contrôlés toutes les 4 heures au maximum.

⁷ Les directives stipulent notamment que les données de l'examen clinique neurologique (pour la détection précoce de la progression et de la récurrence d'AVC ainsi que d'autres complications) sont systématiquement contrôlées au minimum toutes les 6 heures (plus fréquemment encore à la phase initiale après une intervention aiguë) (par ex. à l'aide du NIH-Stroke Scale Score).

F Formation postgraduée et recherche

N°	Critères d'évaluation	Note	
F 1	<p>Les membres de le Stroke team participent à un programme interprofessionnel et interdisciplinaire de formation postgraduée et de formation continue. Le programme est régulièrement évalué.</p> <p>Le programme est ouvert aux autres spécialistes intéressés.</p>	0/1/2/3	

G Chiffres-indices et indicateurs

N°	Critères d'évaluation	Note	
G 1	La Stroke Unit contrôle la qualité du travail à l'aide du data set de la SFCNS pour les Stroke Centers/Units.*	0/3	
G 2	La Stroke Unit transmet pour chaque patient les données du Minimal Data Set au registre national des AVC**	0/3	
G 3	Nombre minimal de lits monitorisés dans la Stroke Unit: 3	0/3	
G 4	Nombre minimal de lits de la Stroke Unit au sein du même pôle d'activité: 6	0/3	
G 5	Nombre minimal de patients victimes d'AVC devant être examinés et/ou traités dans la Stroke Unit par an ¹ : 200	0/3	
G 6	Nombre minimal de thrombolyse intraveineuses et de traitements endovasculaires effectués par an suite à un AVC aigu ² : 20	0/3	

¹ Selon DRG B69, B70. Les transferts des Stroke Units au Stroke Center sont également pris en compte. Par patients victimes d'AVC, on entend les patients présentant un AVC ischémique aigu ou une hémorragie cérébrale aiguë, les patients victimes d'un AIT ainsi que ceux dits «stroke mimics». Ces derniers sont des patients chez lesquels le diagnostic de suspicion d'«AVC aigu» a été posé par le neurologue de garde à l'admission, mais chez qui ce diagnostic n'a pu être confirmé jusqu'au moment de la sortie et qui ont finalement quitté l'hôpital avec un autre diagnostic de sortie. La proportion stroke mimics et AVC/AIT est enregistrée; il convient de viser une valeur <10 %.

² Les thrombolyse des patients avec «stroke mimics» sont aussi comptabilisées. Ces derniers sont des patients chez lesquels le diagnostic de suspicion d'«AVC aigu» a été posé par le neurologue de garde à l'admission, mais chez qui ce diagnostic n'a pu être confirmé jusqu'au moment de la sortie et qui ont finalement quitté l'hôpital avec un autre diagnostic de sortie. La proportion de patients thrombolysés avec stroke mimics ne devrait pas dépasser 3 %.

* et **: en cours d'élaboration par le groupe de travail «Swiss Stroke Registry» de la SCS.