Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies
Hirnschlagkommission

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 Personnel 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
Critères optionnels en cas de certification ESO parallèle : 13
Annexe : Exemple de programme de formation initiale/postgraduée 14

Version VI (14.02.2024)

Remarque:
Ce texte est une traduction de la version originale allemande, effectuée par 01.01.2022, et corrigée par Dre H. Fenter et Pr P. Michel, CHUV.
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: les professionnels de la santé qui travaillent régulièrement pour et avec les patients du Stroke Center ou de la Stroke Unit sont qualifiés 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 de 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 spécialisées. 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 obligatoire). En cas de non-conformité, l'institution peut se voir imposer un délai limité.

Les critères sur fond gris sont obligatoires (critères obligatoires).

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

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**

Les notes de bas de page qui se rapportent aux divers critères de qualité présentés ci-après peuvent contenir des chiffres. Ces chiffres correspondent à (i) une recommandation pour les Stroke Teams au sens d'une valeur attendue dans le cycle Plan–Do-Check-Act (PDCA) et (ii) une aide pour l'évaluation par les pairs, mais pas à une exigence contraignante pour remplir le critère en question.

Domaines visés par les critères de qualité A-G

A Fonctions de direction

N°	Critères d'évaluation	Note	
A 1	La direction, les missions et le fonctionnement de la Stroke Unit sont définis. L'organigramme correspondant est visible sur le site internet de l'hôpital.	0/1/2/3	
A 2	La direction médicale de la Stroke Unit est confiée à un neurologue expérimenté.[1] La suppléance est réglée.	0/3	
A 3	La direction médicale se distingue par des compétences administratives/organisationnelles appropriées.[2]	0/1/2/3	
A 4	La consultation ambulatoire pour les patients victimes d'un AVC est dirigée par un neurologue expérimenté dans la prise en charge des AVC.[3,4]	0/1/2/3	
A 5	La gestion des lits de la Stroke Unit incombe au neurologue de garde.	0/3	
A 6	La direction des soins de la Stroke Unit est confiée à un soignant diplômé formé et expérimenté dans le traitement des patients victimes d'AVC.[5] La suppléance est réglée.	0/3	
A 7	La direction des services thérapeutiques de la Stroke Unit est confiée à un thérapeute expérimenté dans le traitement des patients victimes d'AVC.[6] La suppléance est réglée.	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 en tant que chef de clinique ou médecin adjoint (à 100 % ou expérience plus longue au prorata en cas de travail à temps partiel) dans une Stroke Unit/ un Stroke Center certifié, avec preuve d'une formation postgraduée continue spécifique aux AVC.

[2] Les compétences administratives/organisationnelles sont: élaboration de concepts et de directives (SOP), responsabilité de leur mise en œuvre ; pouvoir de direction vis-à-vis des collaborateurs de la SU ; compétence en matière de gestion du personnel ; responsabilité budgétaire.

[3] Neurologue expérimenté dans la prise en charge des AVC signifie : spécialiste FMH en neurologie ou équivalent, avec preuve d'une formation postgraduée continue spécifique aux AVC.

[4] (Remarque pour les pairs : se rapporte au critère de qualité C 5)

[5] «Expérimenté dans le traitement des AVC» correspond à une expérience professionnelle pratique de 2 ans dans le traitement des AVC dans une Stroke Unit / un Stroke Center certifié(e) (à 100 % ou expérience plus longue au prorata en cas de travail à temps partiel), avec preuve d'une formation postgraduée continue spécifique aux AVC. «Formé» correspond soit à une formation continue ou postgraduée qui a été accomplie dans une institution officiellement reconnue de formation postgraduée supérieure (par ex. Certificate/Diploma/Master of Advanced Studies (CAS/DAS/MAS ou formation de niveau tertiaire sanctionnée par un Master of Science avec orientation Advanced Practice Nurse), soit à une formation, formation continue ou formation postgraduée transmettant des connaissances solides sur l'hémodynamique et la perfusion cérébrales, la sémiologie clinique, le monitoring, la respiration et la circulation y compris leur surveillance, le positionnement, la mobilisation, la déglutition, la nutrition, la communication et les techniques de stimulation.
(Remarque pour les pairs : un exemple est disponible dans l'annexe ci-jointe)

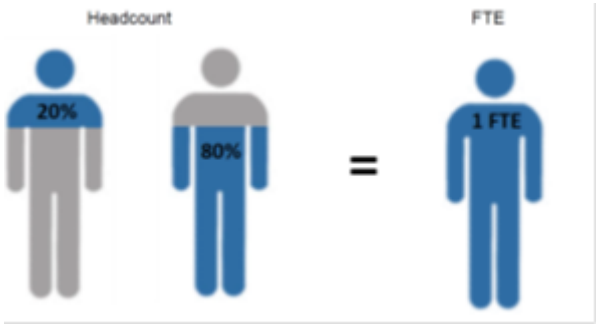
[6] Avec expertise avérée dans le traitement des AVC et expérience professionnelle pratique de 2 ans (à 100 % ou expérience plus longue au prorata en cas de travail à temps partiel), avec preuve d'une formation postgraduée continue spécifique aux AVC). (Remarque pour les pairs : cf. également B6)

[7] Remarque pour les pairs concernant les notes de bas de page 1, 5 et 6 :
La période de mise en place d'une SU/SC peut être considérée comme expérience professionnelle pour l'évaluation des critères A2, A6 et A7. La phase de mise en place commence par la documentation systématique des patients traités dans la SU/SC dans le SSR.

B Personnel spécialisé

N°	Critères d'évaluation	Note	
B 1	Pour tous les professionnels travaillant dans la Stroke Unit, il est obligatoire d'indiquer le taux d'occupation en (i) Full time equivalent (FTE) et (ii) Headcount Les deux termes sont expliqués sous [1].	0/3	
B 2	La présence en continu d'un neurologue[2] s'occupant de la prise en charge des patients victimes d'AVC est assurée durant la journée. La nuit et le week-end, un service de piquet assumant la responsabilité est disponible. Les affectations sont précisées dans les plannings de travail mensuels, qui montrent de façon transparente quelle personne est présente quel jour et qui assure le service de piquet quel jour.[3]	0/3	
B 3	Disponibilité d'un neurologue possédant une expérience en neurosonologie.[4]	0/1/2/3	
B 4	Un médecin disposant d'une expertise dans le domaine de la réadaptation après AVC est intégré à la Stroke Team.[5]	0/3	
B 5	Disponibilité d'un spécialiste en médecine interne générale et d'un cardiologue.[6]	0/1/2/3	

1



[2] Définition : spécialiste FMH en neurologie ou équivalent, ou médecin en formation postgraduée pour devenir neurologue sous la supervision d'un médecin spécialiste.
[3] Cette tâche peut exceptionnellement être déléguée à un interniste disposant d'une expertise équivalente avérée dans le traitement des AVC. Cela inclut une formation postgraduée continue spécifique aux AVC avérée. La nuit et le week-end, un service de piquet est disponible ; la responsabilité en incombe à tout moment à un spécialiste en neurologie.
[4] 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. «Disponibilité» : un tel service existe dans l'institution et peut être sollicité en cas d'indication correspondante. Remarque pour les pairs : un planning de travail mensuel et un document récapitulant l'expérience des différents collaborateurs (par ex. certificats, etc.) sont utiles.
[5] Expertise professionnelle en réadaptation après AVC (spécialiste en neurologie possédant au moins 2 ans de formation/activité en neuroréadaptation dans une institution reconnue s'occupant de la réadaptation de patients après AVC). Au minimum 1x/semaine, participation active au rapport de réadaptation et visite des patients. La suppléance est réglée.

B 6	Du personnel soignant spécialement formé à la prise en charge des patients victimes d'AVC travaille dans la Stroke Unit.[7]	0/1/2/3	
B 7	Des physiothérapeutes formés et suivant une formation postgraduée continue spécifique aux AVC sont intégrés à la Stroke Team.[8]	0/1/2/3	
B 8	Des ergothérapeutes formés et suivant une formation postgraduée continue spécifique aux AVC sont intégrés à la Stroke team.[8]	0/1/2/3	
B 9	Des orthophonistes formés et suivant une formation postgraduée continue spécifique aux AVC sont intégrés à la Stroke Team.[8]	0/1/2/3	
B 10	La Stroke Team est soutenue par des collaborateurs du service social.[9]	0/1/2/3	

[6] «Disponibilité» : spécialiste en médecine interne générale et cardiologue pouvant se rendre au chevet du patient, si nécessaire.

[7] Les soignants sont formés en interne et en externe. Il existe une preuve de la participation aux formations. L'objectif est qu'au minimum 60 % de tous les soignants de la Stroke Team attestent de ≥ 1 jour par an de formation continue spécifique dans la prise en charge des AVC (par ex. Annual Meeting Swiss Stroke Society, évènements de formation régionaux ou locaux de la SU / du SC, ainsi que Stroke Summer School, symposiums sur les AVC «Fit for Stroke Days», symposiums interprofessionnels sur les AVC pour les soignants et les thérapeutes, etc. ou formations étrangères ou internationales ou manifestations en ligne spécifiques aux AVC équivalentes). Il existe en outre un planning annuel de formation continue et postgraduée, qui précise qui a ou va assister à quelles manifestations et à quel moment.
Remarque pour les pairs : un exemple de programme de formation initiale/postgraduée est disponible en annexe.

[8] Il existe une preuve des formations initiales, postgraduées ou continues sur le thème de l'AVC qui ont été suivies. L'objectif est qu'au minimum 60 % de tous les thérapeutes de la Stroke Team attestent de ≥ 1 jour par an de formation postgraduée spécifique dans la prise en charge des AVC (par ex. Annual Meeting Swiss Stroke Society, évènements de formation régionaux ou locaux de la SU / du SC, ainsi que Stroke Summer School, Symposiums sur les AVC «Fit for Stroke Days», symposiums interprofessionnels sur les AVC pour les soignants et les thérapeutes, etc. ou formations étrangères ou internationales équivalentes). L'intégration dans la Stroke Team est attestée par la participation active au minimum 1x/semaine au rapport sur les patients, ainsi qu'aux réunions d'équipe interprofessionnelles et aux formations continues. La suppléance est réglée. L'affectation des thérapeutes est réglée dans le concept de neuroréadaptation (E6).
Remarque pour les pairs : un exemple de programme de formation initiale/postgraduée est disponible en annexe.

[9] Le soutien est attesté par la participation aux réunions d'équipe interdisciplinaires (au minimum 1x/semaine). La suppléance est réglée.

C Infrastructure

N°	Critères d'évaluation	Note	
C 1	L'institution dispose d'une Stroke Unit localement circonscrite et fonctionnellement homogène, qui est visiblement signalisée dans l'hôpital et qui est reconnaissable dans l'en-tête et dans l'organigramme de l'hôpital.[1.]	0/3	
C 2	La Stroke Unit dispose de lits monitorés[2] et de lits non-monitorés.	0/3	
C 3	La Stroke Unit est située dans une institution disposant d'un service d'urgences multidisciplinaires.	0/3	
C 4	La Stroke Unit est située dans une institution disposant d'une unité de soins intensifs multidisciplinaires.[3]	0/3	
C 5	La Stroke Unit gère une consultation ambulatoire pour les patients victimes d'AVC.	0/3	

[1] «Fonctionnellement homogène» signifie une uniformité des structures de direction, des procédures et des modes opératoires, y compris concernant le reporting.
«Localement circonscrite» signifie que la Stroke Unit est une unité de traitement monoloculaire, qui est visiblement séparée des autres services.
Remarque pour les pairs : les lits monitorés et les lits non-monitorés de la SU (i) forment une unité fonctionnelle et (ii) se trouvent dans un même bâtiment.
[2] Les lits monitorés permettent une surveillance continue.
Remarque pour les pairs :
1. Cf. également exigences en matière d'infrastructure dans le critère de qualité E 10.
2. Au minimum 70 % des patients des Stroke Units devraient être traités dans des lits monitorés.
[3] Unité de soins intensifs multidisciplinaires reconnue au sein de l'institution, avec possibilité de ventilation artificielle invasive et non invasive.

D Méthodes diagnostiques

N°	Critères d'évaluation	Note	
D 1	Une tomodensitométrie ou une imagerie par résonance magnétique céphalique avec à chaque fois représentation des artères cérébrales/cervicales peut être réalisée en urgence 24h/24 et 7j/7.[1] Le délai entre l'admission et la réalisation de ces examens est soumis à une évaluation pour tous les cas avec une intervention aiguë.	0/3	
D 2	Une angiographie cérébrale est disponible à tout moment, en coopération avec un Stroke Center. Le traitement endovasculaire est assuré en coopération avec un ou plusieurs Stroke Centers.[2] Les transferts pour traitement endovasculaire sont documentés, avec une documentation et une évaluation du temps «Door-In-Door-Out» (DIDO).	0/1/2/3	
D 3	Un examen de la déglutition est réalisable à tout moment par du personnel disposant d'une qualification appropriée. Il est effectué selon un concept uniforme.[3]	0/1/2/3	
D 4	L'examen neurosonologique (extra/transcrânien) est disponible dans les 24 heures, y compris les week-ends et jours fériés.	0/1/2/3	
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]	0/1/2/3	
D 6	Disponibilité de spécialistes pour procéder à un examen neuropsychologique.[5]	0/1/2/3	

[1] «peut être réalisée en urgence» signifie que l'examen est réalisé immédiatement en cas d'indication correspondante. L'intervalle de temps doit être <30 minutes à partir de l'admission (durée médiane) dans tous les cas où une revascularisation aiguë est possible.
[2] La coopération se fait dans un cadre contractuel. Objectif: DIDO:<60 minutes.
[3] L'examen de la déglutition est systématisé et consigné par écrit; il est par ailleurs régulièrement évalué.
[4] «Disponibilité» : présents dans l'institution ou bien – à condition que cela soit régi de façon contractuelle – examen assuré par des prestataires extérieurs à l'établissement. L'examen peut se faire en l'espace de deux jours ouvrables.
[5] «Disponibilité» : présents dans l'institution ou bien – à condition que cela soit régi de façon contractuelle – examen assuré par des prestataires extérieurs à l'établissement. Remarque pour les pairs : la suppléance est réglée.

E Procédés de traitement et monitoring

N°	Critères d'évaluation	Note	
E 1	La Stroke Team se conforme à des lignes directrices médicales. Ces dernières sont périodiquement évaluées et si nécessaire, adaptées aux connaissances les plus récentes.	0/1/2/3	
E 2	La Stroke Team travaille selon un concept thérapeutique spécialisé-interprofessionnel, qui règle le diagnostic, le traitement et le suivi. Ce concept a été développé de manière interprofessionnelle sous supervision médicale et il tient compte de l'expertise spécifique des différentes professions. Le concept est périodiquement évalué et adapté.	0/1/2/3	
E 3	La Stroke Team a implémenté un concept pour l'information et l'éducation des patients et de leurs proches, ainsi que pour le suivi et la prévention. Le concept est périodiquement évalué et adapté.	0/1/2/3	
E 4	La Stroke Team vérifie la qualité de ses prestations au moyen d'instruments de gestion de la qualité. En font partie une gestion des erreurs et des risques, ainsi que des processus d'amélioration continue.[1]	0/1/2/3	
E 5	La Stroke Team travaille selon un concept de pré-hospitalisation et de réseau, 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 périodiquement évalué et adapté si nécessaire.	0/1/2/3	
E 6	La Stroke Team travaille selon un concept de neuroréadaptation précoce des patients victimes d'AVC. Le concept règle le recours aux services thérapeutiques, qui est adapté en fonction des symptômes du patient et de ses besoins.[2] Le concept contient des concepts thérapeutiques interprofessionnels de mobilisation, de positionnement, de déglutition et de réadaptation, ainsi qu'un concept de prise en charge ultérieure. Ce dernier définit les algorithmes d'évaluation et de décision pour la neuroréadaptation stationnaire, semi-stationnaire ou ambulatoire, y compris la clarification de l'aptitude à la réadaptation, du besoin de réadaptation et de mesures de prise en charge alternatives. Le concept est périodiquement évalué et adapté si nécessaire.	0/1/2/3	
E 7	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, documenté et évalué[3] dans le cadre d'un processus d'amélioration continue.[4]	0/3	

[1] A ce sujet, cf. explications relatives à l'évaluation et au cycle PDCA (page 2).
[2] 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 (par ex. capacité de coopération, état cliniquement stable, etc.).
[3] L'objectif est que le délai soit le plus court possible («door-to-needle-time»): durée médiane <30 minutes, et percentile 90 de <60 minutes depuis l'admission. La documentation se fait dans le Swiss Stroke Registry.
Remarque pour les pairs : l'évaluation et les champs d'action qui en découlent doivent tenir compte de l'importance des processus d'amélioration continue.
[4] A ce sujet, cf. explications relatives à l'évaluation et au cycle PDCA (page 2).

E 8	La revascularisation endovasculaire et les autres interventions de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle sont réalisables à tout moment, en coopération avec un Stroke Center. Pour les patients qui sont transférés au Stroke Center pour une thrombectomie, la durée «Door-in-Door-out» (DIDO) est mesurée, documentée et évaluée périodiquement.[5]	0/3	
E 9	Les techniques de revascularisation de la carotide par endartériectomie ou stenting sont disponibles à tout moment au sein de l'institution, ou dans un délai de 24 h lorsqu'elles sont assurées en coopération avec un Stroke Center.[6]	0/1/2/3	
E 10	L'équipement des lits des patients garantit une surveillance continue.[7]	0/3	
E 11	La Stroke team suit des directives pour la surveillance des patients. Celles-ci sont soumises régulièrement à une évaluation.[8]	0/1/2/3	

[5] Les interventions sont réalisées au Stroke Center par des spécialistes en neurochirurgie ou en radiologie avec formation approfondie en neuroradiologie diagnostique et invasive ou expertise équivalente. Le transfert au Stroke Center ne devrait pas prendre plus de 60 minutes (durée DIDO).
Remarque pour les pairs : l'évaluation et les champs d'action qui en découlent doivent tenir compte de l'importance des processus d'amélioration continue.

[6] 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.

[7] Dans les lits monitorés, l'ECG, la saturation en oxygène et la respiration sont surveillés en permanence, en fonction des besoins ; la pression artérielle et le pouls peuvent être contrôlés à des intervalles de 15 minutes au maximum ; la glycémie et la température sont contrôlées suivant les besoins. Dans les lits non monitorés, l'ECG, la saturation en oxygène, la température, la pression artérielle, le pouls, la respiration et la glycémie sont contrôlés toutes les 4 heures au maximum, mais uniquement s'il existe un tel besoin.

[8] Les directives stipulent notamment que les données de l'examen clinique neurologique (pour la détection précoce de la progression et de la récidive d'AVC ainsi que d'autres complications) sont systématiquement contrôlées au minimum 4x par 24 heures (par ex. à l'aide du NIH-Stroke Scale Score) ; cela peut être réalisé par un médecin ou par d'autres professionnels non-médecins correctement formés de la Stroke Unit, comme par ex. soignants, thérapeutes, etc.

F Formation postgraduée et recherche

N°	Critères d'évaluation	Note	
F 1	Les membres de la Stroke Team participent à un programme interprofessionnel et interdisciplinaire interne de formation postgraduée et de formation continue.[1] Le programme est périodiquement évalué et adapté si nécessaire. Le programme est ouvert aux autres spécialistes intéressés.[2]	0/1/2/3	
F 2	Les membres de la Stroke Team participent au minimum 1x par an à un programme de formation postgraduée ou continue régional, national ou international sur le thème de l'AVC.[3]	0/1/2/3	

[1] Un exemple de programme de formation postgraduée/continue est disponible en annexe.
[2] Le nombre de points tient compte de (i) la proportion (en %) de collaborateurs de la Stroke Unit qui participent au programme de formation postgraduée, et (ii) de l'interdisciplinarité des participants s'agissant de l'appartenance aux différents groupes professionnels. La distinction est faite entre: service médical, service soignant et service thérapeutique.
Remarque pour les pairs : Les compositions de participants suivantes pourraient servir d'exemple non contraignant
1 point = 1 groupe professionnel participe à >60%
2 points = 2 groupes professionnels participent à >60% chacun
3 points = 3 groupes professionnels participent à >60% chacun
Remarque pour les pairs : un exemple est disponible en annexe.
[3] Exemples: Annual Meeting Swiss Stroke Society, évènements de formation régionaux ou locaux de la SU / du SC, ainsi que Stroke Summer School, symposiums sur les AVC «Fit for Stroke Days», etc. ou équivalents, formations étrangères ou internationales ou manifestations en ligne spécifiques aux AVC équivalentes.

G Chiffres-indices et indicateurs

N°	Critères d'évaluation	Note	
G 1	La Stroke Unit contrôle la qualité du travail à l'aide de la saisie des variables-clés du registre national des AVC.[1] Cette saisie est obligatoire.[2]	0/3	
G 2	Le devenir fonctionnel à 3 mois est évalué au moyen du score de la modified Rankin-Scale et documenté dans le Swiss Stroke Registry.[3]	0/1/2/3	
G 3	Nombre minimal de lits monitorés 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[4] : 200	0/3	
G 6	Nombre minimal de thrombolyses intraveineuses et de traitements endovasculaires effectués par an suite à un AVC aigu[5] : 20	0/3	

[1] Les variables-clés sont au minimum : âge, sexe, type d'évènement, durée symptom onset-to-door, NIHSS, traitement aigu (thrombolyse intraveineuse, traitement endovasculaire), DTN, transfert vers un Stroke Center (oui/non), DIDO.

[2] Cette exigence est remplie lorsque les variables-clés de la phase aiguë susmentionnées ont été saisies pour >90% des patients. (période: année précédente jusqu'au 30 mars de l'année en cours) (les patients transférés au Stroke Center ne sont pas pris en compte)

[3] L'évaluation tient compte du degré d'exhaustivité du suivi à 3 mois (de l'année précédente jusqu'à 30 juin de l'année en cours)
Remarque pour les pairs : l'attribution des points devrait s'inspirer de la proposition suivante
3 points si >90% de tous les patients de la Stroke Unit
2 points si >75%
1 point si >66%
0 point si<66%

[4] 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 documentée; il convient de viser une valeur <10 %. Les patients qui n'ont ni un AVC ni des « stroke mimics » doivent uniquement être pris en charge dans des lits monitorés dans des cas exceptionnels (<30%).

[5] Les thrombolyses 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 %.

Critères optionnels en cas de certification ESO parallèle :

Ces critères ne sont **PAS** évalués dans le cadre de l'audit, mais ils reposent sur une ***auto-déclaration*** du centre. Ces critères ne sont **PAS obligatoires**

# du critère	Description du critère+	Note	Documents nécessaires+
ESO G3	Minimal number of beds with automated monitoring.	0/1/2/3	Provide your number Minimum: 4**
ESO G6	Documentation of age, sex, admission stroke severity case fatality, of discharge NIHSS, discharge mRS	0/1/2/3	Official and authorized hospital statistics by annual report or database with online link*
ESO G7	Documentation of quality of stroke care: % documented swallowing test, early mobilisation, and prevention of DVT	0/1/2/3	Provide your numbers**
ESO G8	Access to local stroke support organisation	0/1/2/3	Description, online link**
ESO G9	Number of the relevant diagnostics (Number of TTE/TTE., Numbers of Neurovascular Ultrasound, Number of brain CT/MRi and CTA/MRA)	0/1/2/3	Official and authorised hospital statistics by annual report or database with online link*

*Data for stroke patients; Swiss Stroke Registry as data source sufficient

**Auto-déclaration

+ La formulation de la description des critères ainsi que les documents nécessaires ont été déterminés par l'ESO

Annexe : Exemple de programme de formation initiale/postgraduée

Contenu	**Durée de 45 min au minimum pour chacun**
Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral - organisation en Suisse et facturation	
Phase pré-hospitalière	
Hémodynamique et perfusion cérébrales	
Accident vasculaire cérébral – anatomie/symptômes et signes	
Monitoring clinique	
Intervention aiguë (I)	
Intervention aiguë (II)	
Accident vasculaire cérébral et coagulation	
Respiration et circulation, et leur surveillance	
Positionnement et mobilisation	
Trachéostomie	
Hygiène buccale	
Déglutition	
Nutrition	
Communication (aphasie/dysarthrie)	
Délire dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral	
Incontinence dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral	
Techniques de stimulation	
Examen neuropsychologique par le neuropsychologue	
Questions éthiques dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral	
Soins palliatifs	
Soins de réadaptation	
Education du patient et des proches	
Prévention secondaire	