

NOUVEAU LIEU : **LILLE**
GRAND PALAIS

15-17 NOV. 2023

16/11/2023

► **Améliorer la prise en soin des AVC au Centre Hospitalier de Bastia par le biais de la construction d'une UNV**

Travail réalisé dans le cadre du mémoire du DIU Pathologie neurovasculaire

Marina Bellagamba, Infirmière

La filière AVC au Centre Hospitalier de Bastia



Ambition du Centre Hospitalier de Bastia

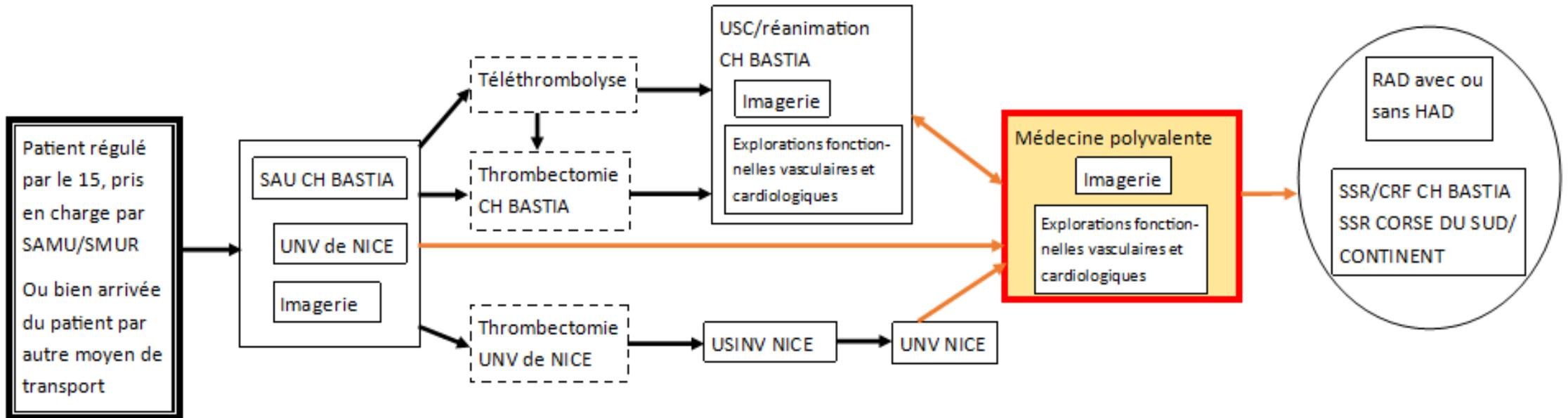
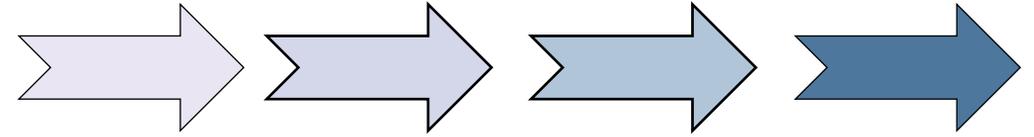


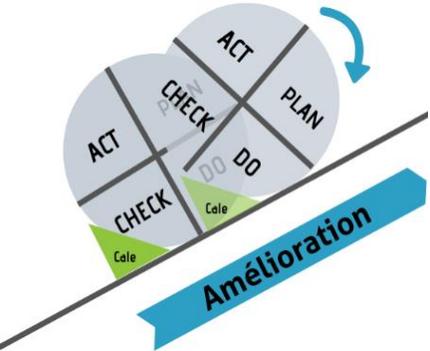
UNV

USINV

Centre de
thrombectomie
de la Corse

La filière AVC au CH Bastia



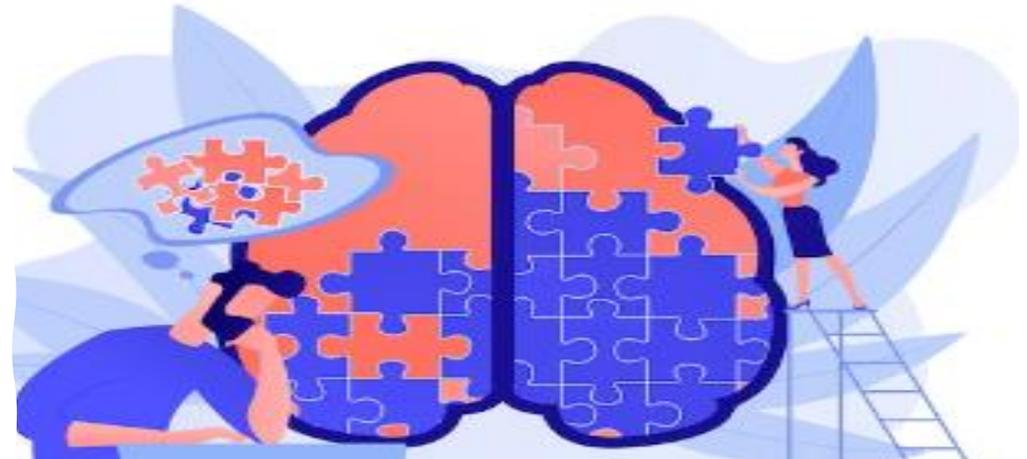


MÉDECINE POLYVALENTE

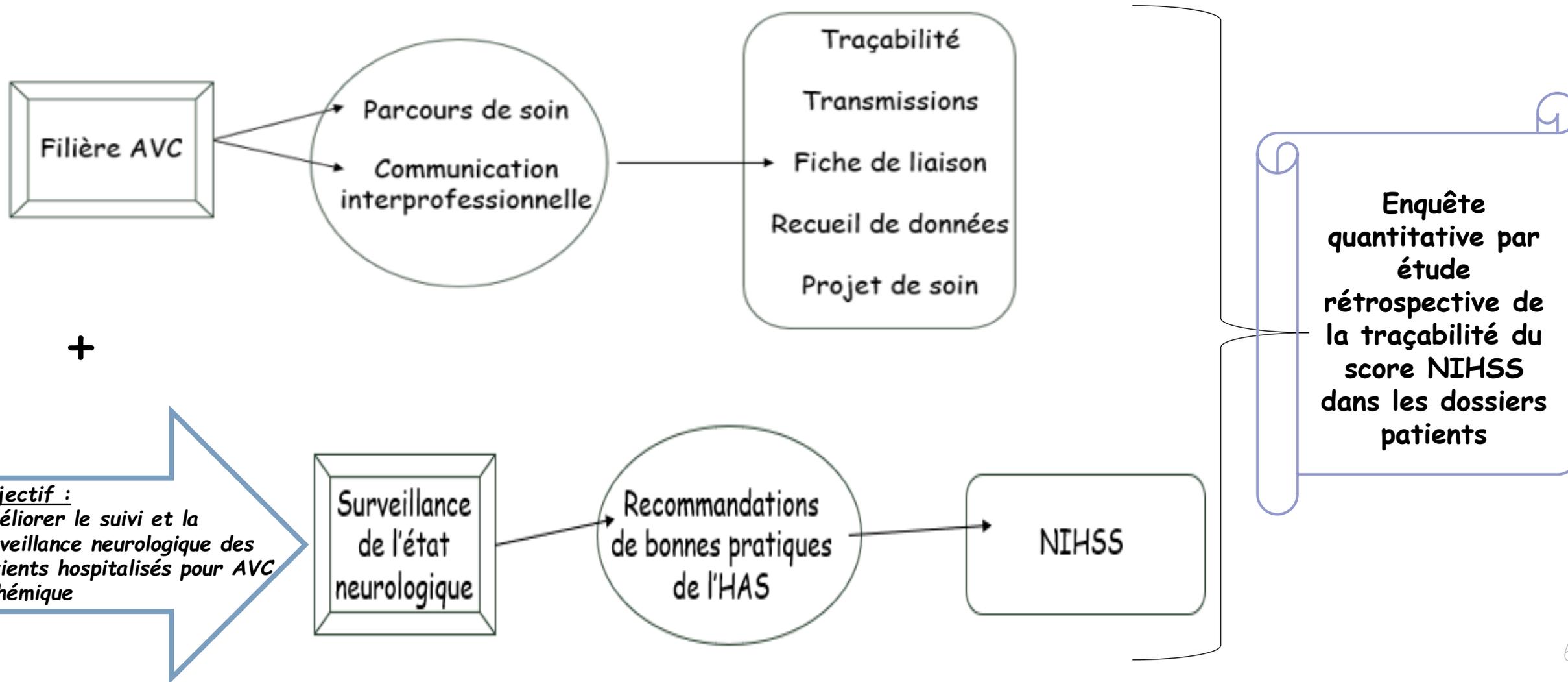
=

FUTURE UNV

→ Dans le cadre de sa transition en UNV, comment améliorer les pratiques professionnelles infirmières concernant la prise en soin des AVC au sein de l'unité de médecine polyvalente ?

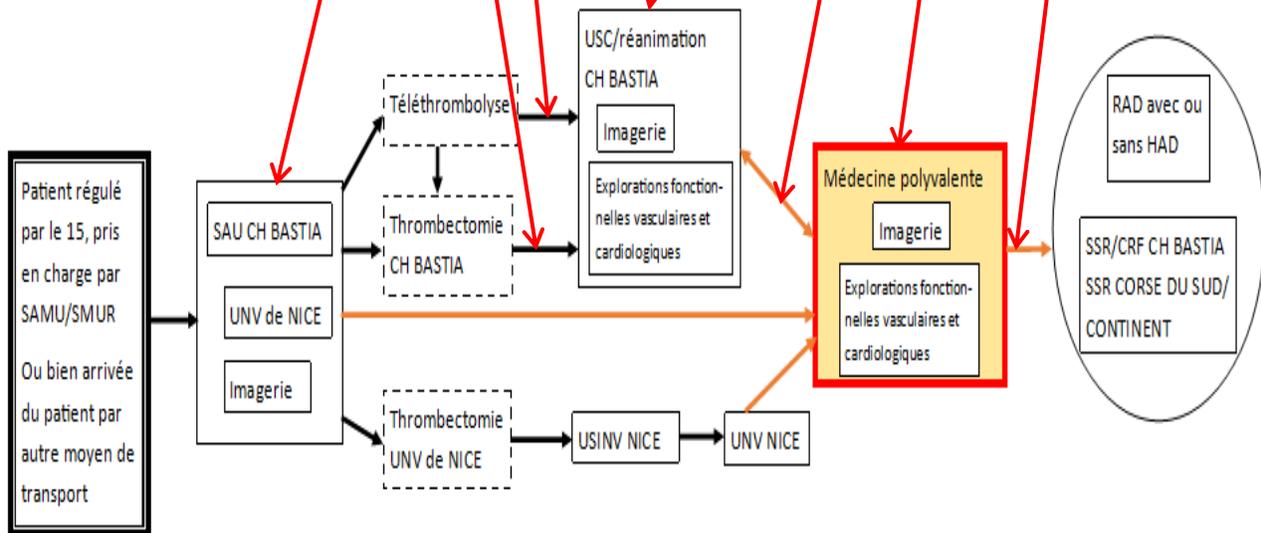


Phase exploratoire : tour de littérature



Phase exploratoire : construction de l'enquête et modalités

La donnée « score NIHSS » figure-t-elle dans le dossier patient ?



Grille de recueil de données

Unité de médecine de spécialités : évaluation de la pratique infirmière						
Objectif : améliorer le suivi et la surveillance neurologique des patients hospitalisés pour AVC ischémique						
Recueil de données réalisé sur dossier tirés au sort sur la période du 01/04 au 31/07						
Dossier n°						
<input type="checkbox"/> AVC ischémique n'ayant pas bénéficié d'un traitement de recanalisation <input type="checkbox"/> AVC ischémique thrombolysé et/ou thrombectomisé <input type="checkbox"/> Patient transféré en unité de Soins Médicaux et de Réadaptation à orientation neurologique ou autres (UNV, USC, SSR...)						
Critères	Oui	Non	NA	Commentaires	Recommandations	Grade des recommandations
N° 1 La macrocible d'entrée contient le score NIHSS du patient à son arrivée au SAU					https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precoce_-_recommandations.pdf page 10	Accord professionnel
N°2 La macrocible d'entrée contient le score NIHSS du patient après traitement de recanalisation					https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/recommandations_2006_10_27_20_02_3_92_7.pdf page 5	
N°3 La macrocible d'entrée contient le score NIHSS du patient à son arrivée dans l'unité					https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/avc_param_351dical_recommandations_version_2006.pdf page 6	
N°4 Le score NIHSS transmis dans la fiche de liaison paramédicale interservices de l'USC est tracé dans la macrocible d'entrée du patient					https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/avc_param_351dical_recommandations_version_2006.pdf page 6	
N°5 Au cours du séjour du patient dans l'unité, la surveillance neurologique par le score NIHSS est consignée					JFD-Réglementation et recommandations concernant le DPA ho... (has-sante.fr) page 20	
N°6 Le score NIHSS à la sortie du patient transféré est présent dans la fiche de liaison de sortie interservices						

Tirage au sort de 20 dossiers sur

Phase exploratoire : constat

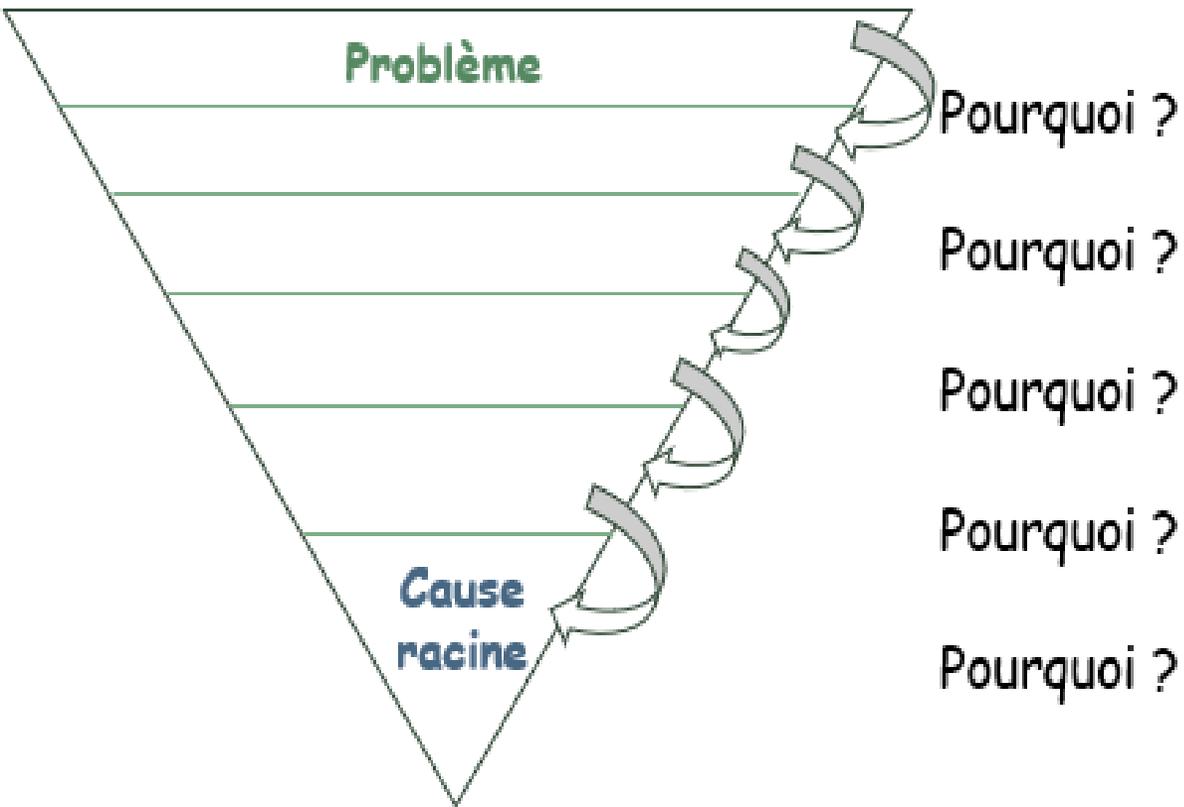
APRÈS ENQUÊTE ET ANALYSE DES RÉSULTATS



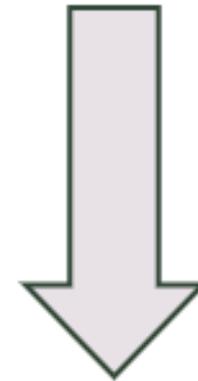
→ Le suivi de l'état neurologique n'est pas consigné de manière optimale dans le dossier patient informatisé par les IDE de l'unité

Phase exploratoire : recherche des hypothèses

Outil des 5P



Le suivi de l'état neurologique n'est pas consigné de manière optimale par les IDE de l'unité dans le dossier patient informatisé



Manque de connaissances - Absence de protocole – Accessibilité de l'échelle

Phase exploratoire : vérification des hypothèses

Enquête quantitative
par questionnaire
réalisée auprès des
IDE de l'unité

Questionnaire construit sur la
base des résultats du 5P

Enquête auprès des IDE de l'unité de médecine de spécialités concernant la surveillance neurologique des patients hospitalisés pour AVC

Infirmière, étudiante au Diplôme Inter Universitaire paramédical Pathologie Neurovasculaire, je vous sollicite dans le cadre de mon mémoire portant sur l'amélioration et l'uniformisation de la surveillance neurologique des patients AVC.

Ce questionnaire d'une durée inférieure à 5 minutes, est anonyme.
Les données collectées seront utilisées uniquement dans le cadre du mémoire et resteront confidentielles.
Je vous remercie par avance pour le temps accordé à ce questionnaire et votre collaboration.

- 1) Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'IDE ?
 Moins d'1 an Entre 1 et 2 ans Entre 2 et 3 ans Entre 3 et 4 ans 4 ans et +
- 2) Quelle est votre ancienneté dans l'unité ?
 Moins d'1 an Entre 1 et 2 ans Entre 2 et 3 ans Entre 3 et 4 ans 4 ans et +
- 3) Quel est le degré de vos connaissances concernant la NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) et son score ? (Intérêt, déficits neurologiques cédés, modalités de réalisation etc...)
 Je n'ai aucune connaissance Faible Moyen Bon Excellent
- 4) Avez-vous reçu une formation dont la NIHSS faisait l'objet ?
 Oui Non
- 5) Concernant la surveillance neurologique des patients AVC, utilisez-vous la NIHSS ?
 Jamais Exceptionnellement Souvent Très souvent Toujours
- 6) Comment expliquez-vous le fait de ne pas utiliser en permanence la NIHSS ?
(Plusieurs réponses sont possibles)
Si votre réponse à la question 5) est « toujours », passez directement à la question 7
 Je n'ai aucune connaissance concernant la NIHSS ou bien mes connaissances sont insuffisantes, je ne peux la pratiquer aisément
 Je n'ai pas accès à la NIHSS dans le dossier patient
 Absence de protocole rédigé concernant la NIHSS
 Autre(s) :
- 7) Avez-vous quelque chose à ajouter ?
.....

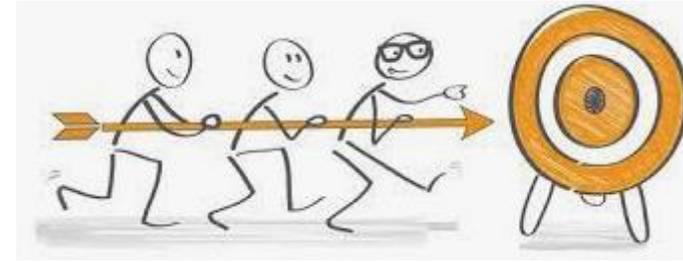
APRÈS ENQUÊTE ET ANALYSE DES RÉSULTATS



Les 3 causes sont
confirmées.

Prédominance pour la cause
« manque de connaissances
relatives à la NIHSS »

Proposition de solutions de réajustement



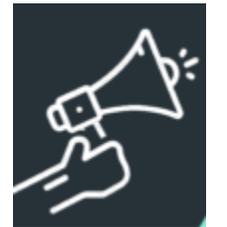
1/ Action de formation



2/ Rédaction d'un protocole

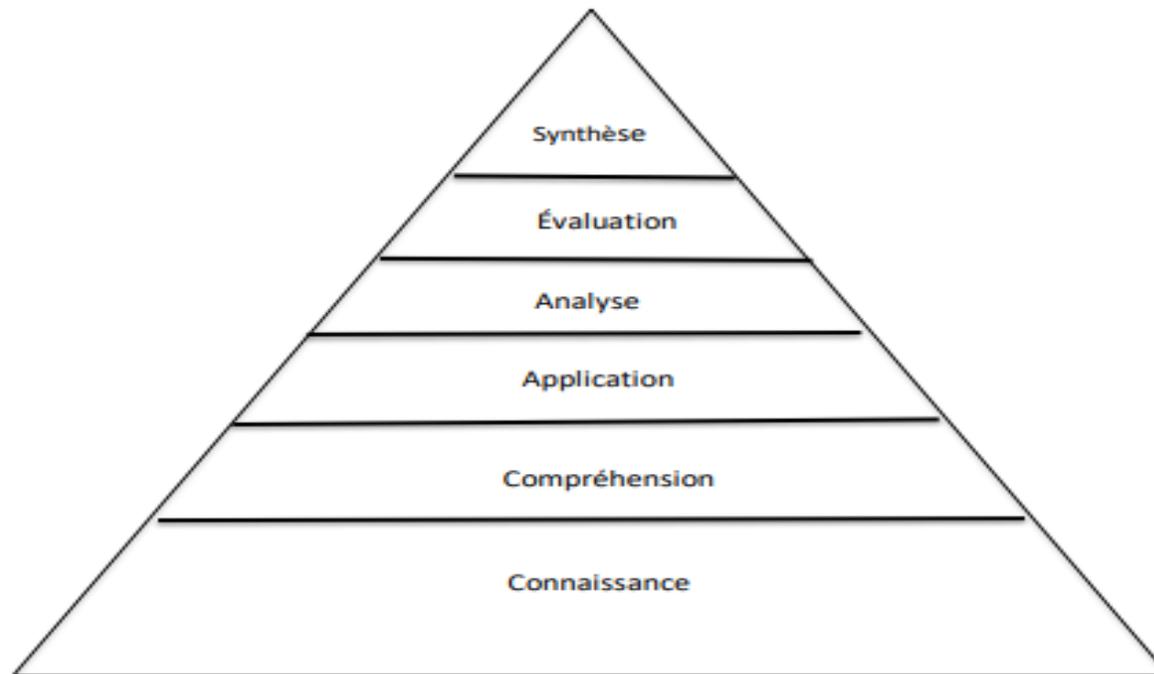


3/ Diffusion des modalités d'accès de l'échelle



Action de formation

Taxonomie de Bloom



+

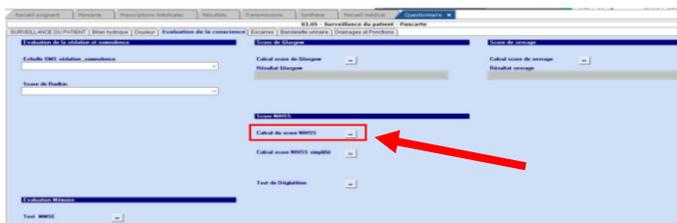
QQOQCP : Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ?

Action de formation



LA NIHSS, LOCALISATION DANS LE DOSSIER PATIENT :

- Dans le Dossier Patient Informatisé :
→ « pancarte » puis onglet « évaluation de la conscience » puis « calcul du score NIHSS »



ATELIER PRATIQUE :
ACTIVITÉ DE
SIMULATION



VERAI OU **FAUX** ?

Action de formation : activité de simulation

Vous êtes Mr/Mme Dolce Vita, vous êtes âgé(e) de 55 ans.

Vous avez été hospitalisé(e) pour AIT il y a 2 mois, et êtes actuellement traité(e) par une prophylaxie secondaire le anti-agrégation plaquettaire et émiant.



et depuis 2 jours vous présentez une paralysie faciale déficit moteur à la main gauche. Vous n'avez pas consulté symptômes, vous vous rendez au SAU.

vous présentez un score NIHSS à 3 (PF 2 et parésie 1 pour

C et une angioIRM (ARM) qui montrent : un AVC frontal le 2 segments (M1 et M2) de l'Artère Cérébrale Moyenne

retient l'indication d'un stenting en cas de dégradation de ; mais pas d'acte en urgence. Il recommande de continuer n, et une surveillance neurologique. Vous êtes hospitalisé ion votre évaluation neurologique est identique à celle du

plus tard, vous présentez des difficultés à la marche et êtes de mobiliser votre membre supérieur gauche : vous vous onc en plus de votre nette paralysie faciale centrale : de votre membre supérieur gauche et une légère membre inférieur gauche (chute dans les 5s sans

Score NIHSS 7

Activité de simulation

CAS CLINIQUE

« Dolce Vita »

RÔLE PATIENT



Vous êtes IDE en UNV.

Est hospitalisé(e) depuis 3 jours dans votre unité, Mr/Mme Dolce Vita, âgé(e) de 55 ans, que vous prenez en



il y a 2 mois, et traité(e) à la suite econdaire composée d'une double anti-agrégation pla- ment hypolipémiant. Ce(tte) patient(e), en vacances dans au SAU 2 jours après l'apparition d'une paralysie faciale déficit moteur à la main gauche.

elle présente un score NIHSS à 3 (PF 2 et parésie 1 pour

t angioIRM (ARM) qui montrent : un AVC frontal droit et vents (M1 et M2) de l'Artère Cérébrale Moyenne droite.

: retient l'indication d'un stenting en cas de dégradation de ais pas d'acte en urgence. Il recommande de continuer la et une surveillance neurologique.

V son score NIHSS est identique.

: d'avoir d'importantes difficultés à se mobiliser, re NIHSS.

Activité de simulation

CAS CLINIQUE

« Dolce Vita »

RÔLE INFIRMER



Supports de synthèse et de complément de formation

NIHSS : score neurologique standardisé et reproductible, outil de communication et d'élaboration du projet de soin

Côte la gravité du déficit neurologique

0 Accidents 42 Déficit à très sévères

Se réalise en position allongée
La 1ère réponse est celle à enregistrer
On enregistre ce que le patient fait et pas ce qu'on croit qu'il est capable de faire
Ne pas aider le patient, dans certains cas encouragement et pantomime possible

A l'admission et à la sortie
En cas de suspicion de dégradation de l'état neurologique

Si aggravation score NIHSS → prévenir neurologique

*Min SAU :
- Pendant 24 heures : NIHSS toutes les 15 min
*Min US/NV :
- Pendant les 6 premières heures : NIHSS toutes les 30 min
- Ensuite pendant 24 heures : NIHSS toutes les 60 min
- Puis NIHSS 2X/demi-jour
*Min UNV : NIHSS 1J/3

1a Niveau de conscience Si somnolent, tester la vigilance avec : • stimulations mineures (sondes, questions) • V- /- Isoteman 1 normal	0 Éveillé 1 Non vigilant, réagit aux stimulations mineures 2 Non vigilant, pas de réactions aux stimuli mineurs, réagit au fort stimulus 3 Coma	2 Meilleur regard Mobilité oculaire : Tester avec la poussette oculaire : faire des mouvements horizontaux avec l'index, demander au patient de suivre le doigt du regard sans bouger la tête et regarder son doigt sans bouger la tête Manœuvre oculo-céphalique = tourner le visage du patient sur les côtés	0 Yeux mobiles 1 Parésie partielle ou regard dévié, mais yeux suivent le doigt de la manœuvre oculo-céphalique 2 Parésie totale ou regard dévié et yeux ne suivent pas durant la manœuvre oculo-céphalique
1b Questions : test de la compréhension et de l'orientation Demande au patient de dire son âge et le mois actuel	0 2 réponses correctes 1 1 seule réponse correcte 2 Ne répond à aucune question, apathique	3 Vision Le patient doit regarder le soignant dans les yeux avec les doigts tester le champ visuel des quadrants supérieurs et inférieurs. Poser la question : « de quel côté mes doigts bougent ? »	0 Aucun trouble 1 Hémianopsie partielle = quadrantanopsie 2 Hémianopsie totale = MLN 3 Hémianopsie bi-temporale, cécité corticale
1c Commandes : le patient peut-il comprendre et suivre un ordre ? 1er ordre : faire fermer puis ouvrir les yeux 2ème ordre : faire fermer puis ouvrir le poing	0 2 ordres exécutés correctement 1 1 ordre exécuté correctement 2 Aucun ordre exécuté	4 Parésie faciale Observer si : • affaiblissement du pli nasogénien ? • affaiblissement de la commissure labiale ? • asymétrie du sourire ? • fermeture des yeux ? Faire mouvoir les dents et fermer les yeux	0 Aucune 1 Mineure 2 Partielle = PFC 3 Complète = PEP

5 Motricité membres inférieurs Faire lever les jambes à 30° du plan de lit, l'une après l'autre, en comptant jusqu'à 5 à voix haute. Commencer par le côté sain	5a MNI test de 0 Pas de chute, jambe tenue à 30° pendant 5s 1 Mouvement contre gravité possible, mais patient ne peut dire maintenant, chute dans les 5s sans attendre le plan de lit 2 Mouvement contre gravité possible, mais chute sur le plan de lit dans les 5s 3 Absence de mouvement contre gravité ou chute instantanée 4 Aucun mouvement X Contrôle impossible (spasme, arthrose et/ou lésion membre inférieur distal)	5b MNI test de 0 Absence 1 Présente pour 1 membre 2 Présente pour 2 membres ou plus X Amputation, Minceur artérielle	0 Normal 1 Lors de la stimulation simultanée bilatérale : extinction ou négligence dans 1 des membres. 2 Lors de la stimulation simultanée bilatérale : extinction ou négligence dans plusieurs membres. 3 Négligence sévère sévère
7 Ataxie Tirer un objet vers Tirer un objet vers	0 Absence 1 Présente pour 1 membre 2 Présente pour 2 membres ou plus X Amputation, Minceur artérielle	0 Normal 1 Lors de la stimulation simultanée bilatérale : extinction ou négligence dans 1 des membres. 2 Lors de la stimulation simultanée bilatérale : extinction ou négligence dans plusieurs membres. 3 Négligence sévère sévère	0 Normal 1 Lors de la stimulation simultanée bilatérale : extinction ou négligence dans 1 des membres. 2 Lors de la stimulation simultanée bilatérale : extinction ou négligence dans plusieurs membres. 3 Négligence sévère sévère
9 Sensibilité Presser fermement, pas fort : - face - bras - cuisses Sensibilité : pas de la section 10, 11, 12 - avant et après 10, 11, 12 Et si sensibilité bilatérale dans 2 côtés	0 Normal 1 Déficit discret à modéré : hypoesthésie, diminution de la sensibilité 2 Déficit sévère à total : anesthésie, aucune conscience d'être touché	0 Normal 1 Lors de la stimulation simultanée bilatérale : extinction ou négligence dans 1 des membres. 2 Lors de la stimulation simultanée bilatérale : extinction ou négligence dans plusieurs membres. 3 Négligence sévère sévère	0 Normal 1 Lors de la stimulation simultanée bilatérale : extinction ou négligence dans 1 des membres. 2 Lors de la stimulation simultanée bilatérale : extinction ou négligence dans plusieurs membres. 3 Négligence sévère sévère

NIHSS : score neurologique standardisé et reproductible

Outil de communication et d'élaboration du projet de soin

0 Accidents 42 Déficit à très sévères

Le projet de soin est un plan d'action élaboré par une équipe soignante pluriprofessionnelle, avec la collaboration du patient et/ou de la famille, et représente l'orientation et un groupe professionnel donne à son action.

La NIHSS permet d'orienter et adapter les actions soignantes : sont détaillés les actions (OEF/AS) non soignées pour chaque item ainsi que les autres paramètres concernés.

Attention, le projet de soin ne peut se cantonner aux seuls items d'une échelle neurologique, il est un projet personnalisé devant prendre en compte le caractère humain et unique de chaque patient.

D'autres symptômes/complications, peuvent apparaître au décours d'un AVC (à la phase aiguë ou plus tardivement) et apparaissant pas dans la NIHSS, sont à prendre en compte dans le projet de soin :

- Fatigue
- Nausées, vomissements, vertiges
- Troubles vésicaux-sphinctériens (incontinence, rétention)
- Constipation
- Syndrome dépressif
- Troubles cognitifs
- Séquelles neuropsychologiques (troubles de l'attention, de la concentration, de la planification...)
- Troubles psycho-comportementaux
- Démiance
- Oculobulbaires
- Psycho-traumatisme
- Crise comitiale

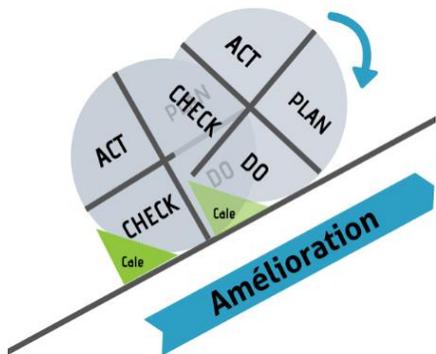
1a Niveau de conscience Quel est le niveau de vigilance du patient ?	Réaliser NIHSS V- / Glasgow Libérer les voies aériennes du patient et le mettre en position latérale de sécurité Surveiller la réactivité des pupilles Y a-t-il des signes d'hyperpression Intra Crânienne (HTIC) ? Engagement ? → Triade de Cushing ? (Bradycardie, HTA, troubles respiratoires), vomissements ? Suffocant ? Bâillements ? Est-ce un roulement ? Al valet Réaliser les soins de nursing	Si présence d'une diplopie binoculaire : en alternant chaque œil toutes les 2 heures, occulter un œil en appliquant une compresse oculaire en cache œil avec du sparadrap hypo-allergique. Une vision altérée majeure le risque de chute : aménager la pièce de manière à sécuriser le patient. Pousser le patient à tourner la tête pour rechercher la vision de ce qu'il ne peut pas voir. Accompagner si besoin le patient lors de ses déplacements et pour les activités de la vie quotidienne. Mettre à disposition du patient, dans son champ de vision, les objets indispensables (sonnette, téléphone...), et les objets de la vie quotidienne (couverts etc...)
1b Questions : Le patient présume-t-il un dysfonctionnement de la mobilité oculaire ?	Surveiller le patient car il peut présenter un comportement inadapté et potentiellement à risque.	Si présence d'une dysarthrie cf item 10 Risque de fausses routes : veiller à ce qu'une aspiration soit montée en chambre et réaliser un test de déglutition. Si présence d'un trouble de la déglutition : adapter la texture, surveiller la prise alimentaire, veiller aux postures de sécurité, au climat du repas, à l'utilisation de couverts adaptés, régler les soins de bouche. Informer et éduquer les proches. Pour les aliments qui risquent coincer dans la gorge avaler : encourager à passer la langue dans la gorge avaler. Si défaut de fermeture de l'œil : administrer le traitement oculaire. Lui fermer l'œil avec du sparadrap. L'image corporelle peut être altérée et il peut y avoir un embarras lié à l'écoulement salivaire : favoriser l'expression de soi du patient Encourager à l'auto-rééducation
1c Commandes : Le patient peut-il comprendre et suivre un ordre simple ?	Adapter la communication envers le patient : utiliser des mots simples, des phrases courtes et précises, utiliser le langage non verbal	Si présence d'une dysarthrie cf item 10 Risque de fausses routes : veiller à ce qu'une aspiration soit montée en chambre et réaliser un test de déglutition. Si présence d'un trouble de la déglutition : adapter la texture, surveiller la prise alimentaire, veiller aux postures de sécurité, au climat du repas, à l'utilisation de couverts adaptés, régler les soins de bouche. Informer et éduquer les proches. Pour les aliments qui risquent coincer dans la gorge avaler : encourager à passer la langue dans la gorge avaler. Si défaut de fermeture de l'œil : administrer le traitement oculaire. Lui fermer l'œil avec du sparadrap. L'image corporelle peut être altérée et il peut y avoir un embarras lié à l'écoulement salivaire : favoriser l'expression de soi du patient Encourager à l'auto-rééducation

10 Extinction, négligence Extinction visuelle : bouger un doigt d'un côté puis de l'autre, puis les 2 côtés à la fois. → de quel(s) côté(s) les doigts bougent ? Extinction sensitive : toucher au niveau des bras, un côté puis l'autre, puis les 2 côtés en même temps. → de quel(s) côté(s) le bras touche ? Extinction auditive : soulever des doigts d'un côté d'une cuisse puis de l'autre, puis les 2 côtés en même temps. → de quel(s) côté(s) entend-on-vous le son ? Extinction olfactive : présenter un objet à l'un des deux côtés	0 Normal 1 Lors de la stimulation simultanée bilatérale : extinction ou négligence dans 1 des membres. 2 Lors de la stimulation simultanée bilatérale : extinction ou négligence dans plusieurs membres. 3 Négligence sévère sévère	0 Normal 1 Lors de la stimulation simultanée bilatérale : extinction ou négligence dans 1 des membres. 2 Lors de la stimulation simultanée bilatérale : extinction ou négligence dans plusieurs membres. 3 Négligence sévère sévère
11 Ataxie Le patient présume-t-il des troubles de la coordination ?	Accompagner si besoin le patient lors de ses déplacements et lors des activités de la vie quotidienne. Mettre à disposition des couverts adaptés.	Si présence d'une dysarthrie cf item 10 Risque de fausses routes : veiller à ce qu'une aspiration soit montée en chambre et réaliser un test de déglutition. Si présence d'un trouble de la déglutition : adapter la texture, surveiller la prise alimentaire, veiller aux postures de sécurité, au climat du repas, à l'utilisation de couverts adaptés, régler les soins de bouche. Informer et éduquer les proches. Pour les aliments qui risquent coincer dans la gorge avaler : encourager à passer la langue dans la gorge avaler. Si défaut de fermeture de l'œil : administrer le traitement oculaire. Lui fermer l'œil avec du sparadrap. L'image corporelle peut être altérée et il peut y avoir un embarras lié à l'écoulement salivaire : favoriser l'expression de soi du patient Encourager à l'auto-rééducation
12 Sensibilité Presser fermement, pas fort : - face - bras - cuisses Sensibilité : pas de la section 9, 10, 11, 12 - avant et après 9, 10, 11, 12 Et si sensibilité bilatérale dans 2 côtés	Accompagner si besoin le patient lors de ses déplacements et lors des activités de la vie quotidienne et manipulation des objets.	Si présence d'une dysarthrie cf item 10 Risque de fausses routes : veiller à ce qu'une aspiration soit montée en chambre et réaliser un test de déglutition. Si présence d'un trouble de la déglutition : adapter la texture, surveiller la prise alimentaire, veiller aux postures de sécurité, au climat du repas, à l'utilisation de couverts adaptés, régler les soins de bouche. Informer et éduquer les proches. Pour les aliments qui risquent coincer dans la gorge avaler : encourager à passer la langue dans la gorge avaler. Si défaut de fermeture de l'œil : administrer le traitement oculaire. Lui fermer l'œil avec du sparadrap. L'image corporelle peut être altérée et il peut y avoir un embarras lié à l'écoulement salivaire : favoriser l'expression de soi du patient Encourager à l'auto-rééducation

Proposition d'évaluation de la mise en place des solutions et de leur impact

Tableau avec critère, actions et indicateurs de suivi

Critère	Actions	Indicateurs
<i>Amélioration de la surveillance neurologique des patients hospitalisés pour AVC</i>	Action de formation	Nombre de formations réalisées Nombres d'IDE formés
	Rédaction de supports de synthèse et de complément de formation	Supports rédigés et distribués Nombre d'IDE ayant reçu les supports de synthèse et de complément de formation
	Rédaction d'un protocole	Protocole rédigé
	Diffusion des modalités d'accès de la NIHSS dans le DPI	Information orale délivrée accompagnée d'un support Nombre d'IDE informés Nombre de score NIHSS tracés via l'échelle
	Consultation des dossiers patients	Nombre de dossiers consultés conformes
	Comparaison du score NIHSS d'admission réalisé par le neurologue avec le score NIHSS d'admission réalisé par l'IDE	Nombre de dossiers consultés Nombre de scores NIHSS identiques





Bilan



POUR CONCLURE



LIMITES

BENEFICES

Merci pour votre attention

Des questions ?

