



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

# Indicateurs de qualité sur la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral

## Campagne 2011

Analyse descriptive des résultats agrégés

Octobre 2012

## **Pourquoi ce document**

Ce document présente les résultats issus du recueil des indicateurs du thème « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral » généralisés par la Haute Autorité de Santé en 2012 à tous les établissements ayant une activité MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et prenant en charge des patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral.

Ces indicateurs donnent une image du niveau de qualité de chacun des établissements concernés. Ils sont aussi, au niveau national et sous forme agrégée, un observatoire de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

## **Pour nous contacter**

Pour toutes questions relatives aux indicateurs, le service IPAQSS (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) vous répondra par e-mail : [ipaqss@has-sante.fr](mailto:ipaqss@has-sante.fr)

# Sommaire

Synthèse des résultats.....	5
Introduction .....	7
Indicateur « Imagerie en première intention » .....	8
Indicateur « Éligibilité à la thrombolyse ».....	10
Indicateur « Aspirine après AVC ischémique » .....	12
Indicateurs « Évaluation par un professionnel de la rééducation ».....	14
Indicateur « Transfert en SSR ».....	17
Indicateur « Tenue du dossier patient ».....	19
Conclusion .....	21
Table des illustrations .....	22
Annexes.....	23



# Synthèse des résultats

## Indicateurs généralisés

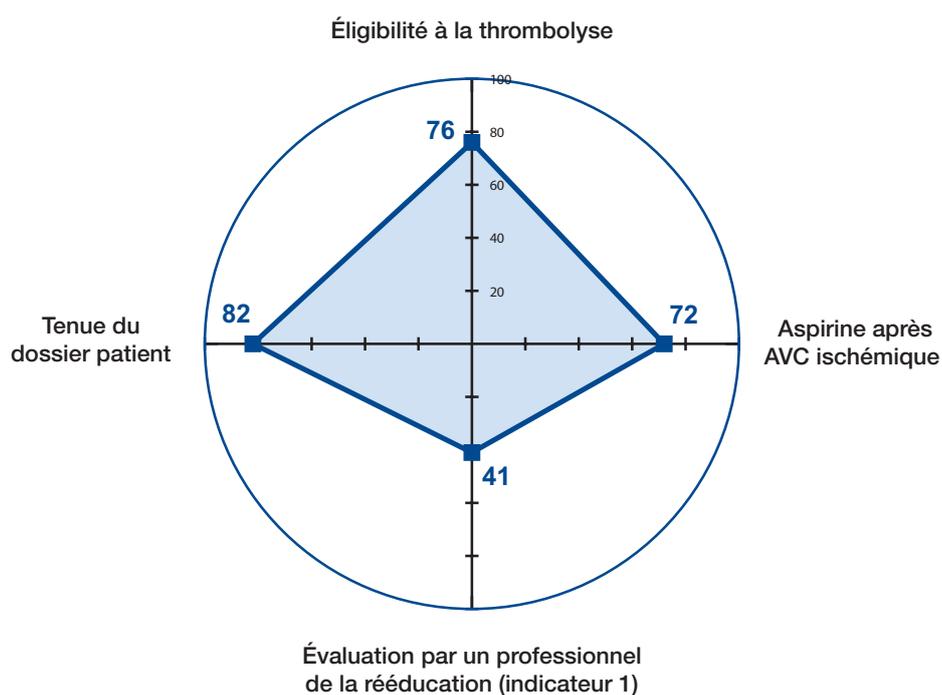
La première campagne de recueil des indicateurs sur la « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral » s'est déroulée de mars à juin 2012. Elle a concerné 569 établissements de santé ayant une activité MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et prenant en charge des patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral (AVC).

Le recueil consiste en une enquête rétrospective portant sur des séjours de patients hospitalisés pour un AVC entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2011. Quarante-sept séjours sont analysés pour chaque établissement et pour l'ensemble des indicateurs.

Le thème « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral » est composé de six indicateurs.

- Imagerie en première intention.
- Éligibilité à la thrombolyse.
- Aspirine après AVC ischémique.
- Évaluation par un professionnel de la rééducation (2 parties).
- Transfert en SSR.
- Tenue du dossier patient.

### Graphique 1. Les indicateurs du thème « AVC »



**Tableau 1. Les indicateurs de délai du thème « AVC »**

Campagne	Imagerie en 1 <sup>ère</sup> intention	Évaluation par un professionnel de la rééducation (indicateur 2)
2011	1 h41	3 jours

## Participation des établissements de santé

### ► Descriptif du nombre d'établissements de santé

Pour cette campagne, 569 établissements devaient réaliser le recueil. Parmi eux, 72 ne l'ont pas réalisé et sont considérés comme des établissements « non répondants ».

Pour chaque indicateur du thème, quelques établissements n'ont pas un nombre de dossiers inclus suffisant<sup>1</sup> pour que leurs données soient prises en compte dans l'analyse comparative.

### ► Descriptif du panel (Cf. Annexe II)

Au niveau national, 30 893 dossiers ont été tirés au sort sur l'année 2011. Parmi ces dossiers, 1 % n'ont pas été retrouvés, 0,3 % n'étaient pas mobilisables<sup>2</sup> et 1,4 % comportaient une incohérence PMSI. En outre, 3 % des dossiers ont été exclus car le type d'AVC n'a pas été retrouvé, 10 % ont été exclus car il ne s'agissait pas d'un AVC ischémique ou hémorragique et 2 % ont été exclus car l'AVC a eu lieu alors que le patient était déjà hospitalisé. Au total, l'analyse a porté sur 25 772 dossiers parmi lesquels 8 % sont entièrement informatisés.

La population de patients étudiée comprend 51 % de femmes. L'âge moyen est de 75 ans (médiane 79 ans) et la durée de séjour moyenne est de 12 jours (médiane 10 jours). En outre, 75 % des AVC étudiés sont d'origine ischémique et 13 % d'origine hémorragique.

1. Moins de 10 dossiers pour les indicateurs de délai et moins de 31 pour les indicateurs présentés sous la forme d'un taux.

2. Le dossier est non mobilisable lorsque le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées à des fins autres que sa prise en charge.

# Introduction

En 2006, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont décidé de mettre en œuvre un recueil généralisé d'indicateurs afin de disposer, pour l'ensemble des établissements de santé, de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins.

Ces indicateurs de qualité sont développés par des équipes de recherche (COMPAQ-HPST et CLARTE) coordonnées par les institutions en charge de leur généralisation.

Le programme de généralisation des indicateurs, la nature des indicateurs à développer et les modalités de leur utilisation et de leur diffusion sont discutés par un comité de pilotage, co-animé par la DGOS et la HAS, et regroupant l'ensemble des parties prenantes dont les fédérations d'établissements de santé, les représentants de directeurs et de présidents de CME, les directeurs généraux des agences régionales de santé, la CNAMTS et les usagers.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité au sein des établissements de santé et constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins. La liste des indicateurs mis à la disposition du public est fixée annuellement par arrêté ministériel (arrêté du 6 janvier 2012). En outre, les résultats des indicateurs sont diffusés publiquement sur le site PLATINES<sup>3</sup> de la DGOS à partir de la deuxième campagne de généralisation.

Dans le cadre du Plan d'actions national AVC 2010-2014, la HAS et le projet COMPAQ-HPST ont travaillé, avec un groupe de coopération constitué de représentants de l'ensemble des professionnels de santé concernés, à l'élaboration de six indicateurs de qualité sur la « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral »<sup>4</sup>.

Ces indicateurs analysent les conditions de diagnostic d'un accident neurologique aigu, la prise en charge thérapeutique initiale hospitalière de l'accident cérébral constitué et le suivi paramédical des AVC avec troubles déficitaires persistants.

En 2012, la HAS a coordonné la première campagne de généralisation de ces six indicateurs dans les établissements de santé MCO prenant en charge des patients hospitalisés pour un AVC.

Tous les établissements de santé participant au recueil ont accès, par le biais de la plate-forme QUALHAS, à une information structurée et comparative qui leur permet de se positionner par rapport aux politiques qualité conduites ou à engager. La présentation des résultats individuels permet d'identifier les voies d'amélioration et, grâce à l'évolution dans le temps, les établissements peuvent valoriser le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre. Cette plate-forme permet également aux établissements de se comparer et d'apprécier ainsi les domaines où des progrès sont possibles pour améliorer la qualité de leurs activités.

Ce rapport présente les principaux constats issus de l'analyse des résultats de la campagne 2011 des indicateurs AVC. Parce qu'il s'agit de la première campagne de généralisation des indicateurs AVC, les résultats ne sont pas diffusés nominativement. Le plan du rapport est le suivant :

1. Synthèse des résultats ;
2. Introduction ;
3. Analyse des résultats agrégés des indicateurs du thème « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral » ;
4. Conclusion ;
5. Annexes (méthodes d'analyse et participation des établissements).

3. PLATINES : PLATeforme d'INformations sur les Établissements de Santé, [www.platines.sante.gouv.fr](http://www.platines.sante.gouv.fr).

4. Imagerie en première intention ; Éligibilité à la thrombolyse ; Aspirine après AVC ischémique ; Évaluation par un professionnel de la rééducation (2 parties) ; Transfert en SSR ; Tenue du dossier patient.

# Indicateur « Imagerie en première intention »

## Description et mode d'évaluation

La détermination du type d'AVC (infarctus ou hémorragie) qui conditionne la mise en œuvre du traitement doit être faite rapidement.

Le délai de réalisation de l'imagerie cérébrale mesure la qualité de la prise en charge au sein de la filière de prise en charge de l'AVC.

L'indicateur « Imagerie en première intention » évalue le délai médian (en heures) entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale pour les patients admis par le service d'accueil des urgences (SAU).

## Analyse nationale

**Tableau 2. Indicateur « Imagerie en première intention » - Statistiques descriptives (en heures)**

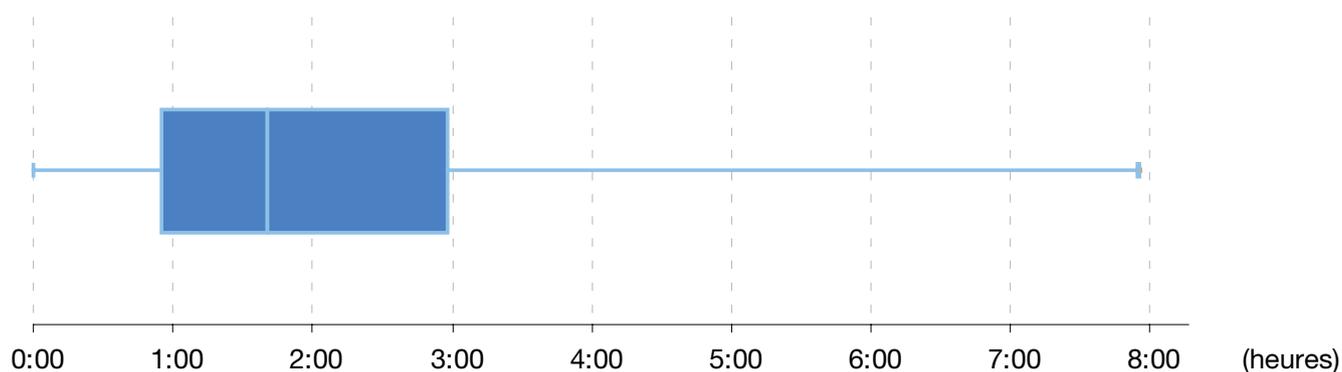
Campagne	Nbre d'établissements	Nbre de dossiers	Médiane	Moyenne	Délai médian min	Délai médian max
2011	306	12 451	1 h 41	2 h 08	30 min	3 h 56

Seuls les établissements avec dix dossiers inclus ou plus sont pris en compte pour calculer le délai médian national. La médiane représente le délai au-delà duquel la moitié des dossiers se situent.

Le nombre limité de dossiers (48 %) s'explique par les exclusions qui s'appliquent à cet indicateur (date et heure d'arrivée dans l'établissement non retrouvées, date et heure de l'imagerie non retrouvées, délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'imagerie négatif).

En outre, les délais aberrants sont supprimés du calcul du délai médian pour l'ensemble des dossiers inclus dans l'analyse. Il s'agit des délais strictement supérieurs à une borne permettant d'identifier les valeurs extrêmes. Cette borne est calculée à partir des premiers (Q1) et troisièmes (Q3) quartiles de la distribution de la manière suivante :  $Q3 + [1.5 * (Q3 - Q1)]$ . Après calcul, la borne est égale à 7 h 55. Ainsi, tout dossier avec un délai supérieur à 7 h 55 est exclu du calcul de la médiane de l'établissement et de la médiane nationale (1 626 dossiers ont été exclus sur ce critère).

## Graphique 2. Indicateur « Imagerie en première intention » - Distribution du délai entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale (en heures)



La boîte à moustaches permet de représenter la médiane (trait vertical dans la boîte) et les 25<sup>e</sup> (55 min) et 75<sup>e</sup> percentiles (2 h 58) sur l'ensemble des dossiers inclus. Les bornes inférieure (0 h 00) et supérieure (7 h 55) correspondent aux délais minimum et maximum après correction.

### Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Imagerie en première intention »

- Le délai médian national entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale pour les patients admis par le SAU après un AVC est de 1 h 41.
- L'imagerie cérébrale est réalisée moins de 3 heures après l'arrivée dans l'établissement pour 75 % des patients et en moins d'une heure pour 25 % d'entre eux.

# Indicateur « Éligibilité à la thrombolyse »

## Description et mode d'évaluation

Tous les patients hospitalisés pour un infarctus cérébral doivent, en l'absence de contre-indication, bénéficier d'un traitement thrombolytique.

Le délai maximal de réalisation d'une thrombolyse est de 4 h 30 après le début des symptômes (recommandations). Afin de connaître ce délai, il est essentiel que la date et l'heure de début des symptômes soient tracées dans le dossier du patient.

L'indicateur « Éligibilité à la thrombolyse », présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC ischémique (« infarctus cérébral ») pour lesquels la trace de la date et de l'heure de début des symptômes est retrouvée.

## Analyse nationale

**Tableau 3. Indicateur « Éligibilité à la thrombolyse » - Statistiques descriptives (en %)**

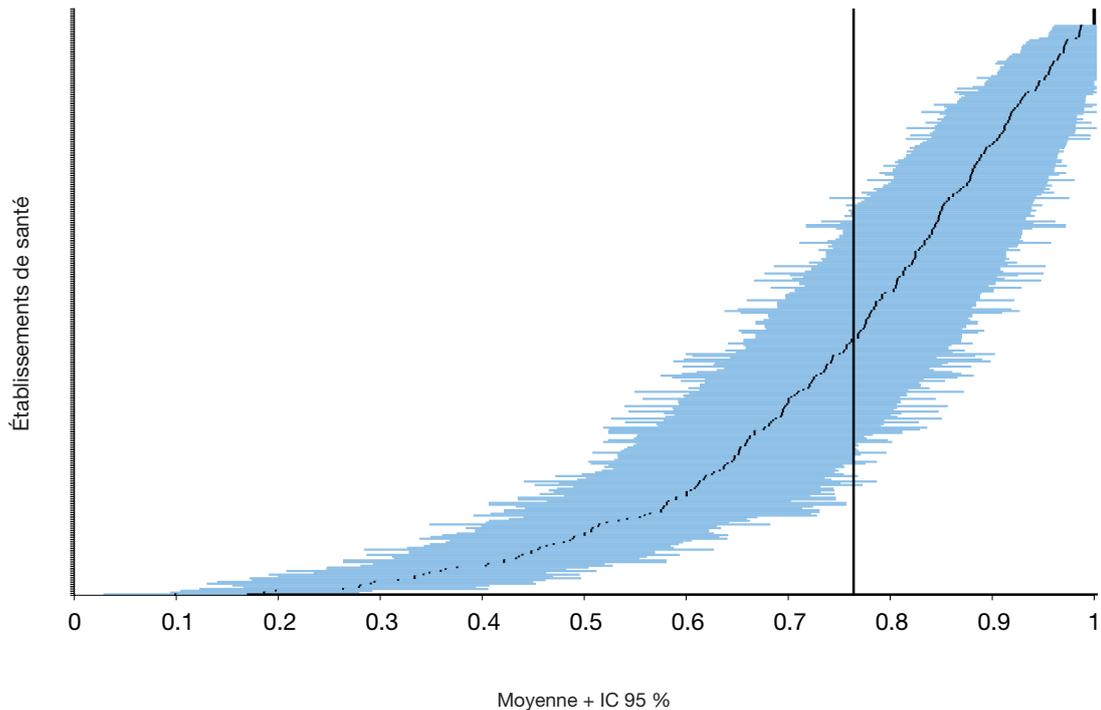
Campagne	Nbre d'établissements	Nbre de dossiers	Moyenne	Médiane	Min	Max
2011	327	19595	76	76	10	100

Seuls les établissements avec plus de trente dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale. La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situent.

**Tableau 4. Causes de non conformités à l'indicateur (en %)**

Date de début des symptômes non retrouvée	Heure de début des symptômes non retrouvée
8	23

### Graphique 3. Indicateur « Éligibilité à la thrombolyse » - Variabilité nationale



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale. Au vu du graphique, la variabilité inter-établissements existe, ce qui est confirmé par le classement par rapport à la moyenne nationale (Cf. *Annexe II, tableau 13*).

Pour cette thématique, trois indicateurs à titre informatif ont été calculés :

- le taux brut de thrombolyse<sup>5</sup> : sur les 22 175 dossiers d'AVC ischémiques inclus, 1 239 patients ont été thrombolysés, soit 5.6 % ;
- le taux d'éligibilité<sup>6</sup> : 9.2 % des patients étaient éligibles (soit 2 035).  
Cet indicateur est dépendant de la traçabilité des données horaires. Le délai entre les 1<sup>ers</sup> symptômes et le 1<sup>er</sup> contact médical n'a pu être calculé pour 39 % des patients qui ont alors été comptabilisés comme non éligibles (données manquantes) ;
- le taux de thrombolyse appropriée chez les patients éligibles<sup>7</sup> : 516 patients sur les 2 035 éligibles ont été thrombolysés dans les délais, soit 25.4 % des patients.  
Ce résultat est expliqué en grande partie par le fait que la trace d'un traitement thrombolytique n'a pas été retrouvée dans 91 % des cas.

#### Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Éligibilité à la thrombolyse »

- Le taux moyen national de patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC ischémique pour lesquels la trace de la date et de l'heure de début des symptômes est retrouvée est de 76 %.
- La médiane des taux moyens par établissement est de 76 %, c'est-à-dire que, pour un établissement sur deux, la trace de la date et de l'heure de début des symptômes est retrouvée dans trois-quarts des dossiers.
- La variabilité des résultats est significative puisque 10 % des établissements ont un taux moyen supérieur à 96 % (P90) et 10 % des établissements ont un taux moyen inférieur à 50 % (P10).

5. Nombre de dossiers pour lesquels la trace d'un traitement thrombolytique a été retrouvée / nombre de dossiers d'AVC ischémiques inclus.

6. Nombre de dossiers d'AVC ischémiques, ne présentant pas de contre-indications à la thrombolyse, et dont le délai entre les 1<sup>ers</sup> symptômes et le 1<sup>er</sup> contact médical est inférieur à 4h / nombre de dossiers d'AVC ischémiques inclus.

7. Nombre de dossiers pour lesquels la trace d'un traitement thrombolytique approprié, c'est-à-dire effectué moins de 4h30 suivant le début des symptômes (ou moins de 3h si le patient est âgé de plus de 80 ans), a été retrouvée / nombre de dossiers d'AVC ischémiques, ne présentant pas de contre-indications à la thrombolyse, et dont le délai entre les 1<sup>ers</sup> symptômes et le 1<sup>er</sup> contact médical est inférieur à 4h.

# Indicateur « Aspirine après AVC ischémique »

## Description et mode d'évaluation

En l'absence de thrombolyse, tous les patients hospitalisés pour un infarctus cérébral doivent bénéficier d'un traitement par aspirine dans un délai inférieur à 24 heures après le début des symptômes, en l'absence de contre-indications.

L'indicateur « Aspirine après AVC ischémique », présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC ischémique (« infarctus cérébral ») pour lesquels la trace d'une administration appropriée d'aspirine<sup>8</sup> est retrouvée.

## Analyse nationale

**Tableau 5. Indicateur « Aspirine après AVC ischémique » - Statistiques descriptives (en %)**

Campagne	Nbre d'établissements	Nbre de dossiers	Moyenne	Médiane	Min	Max
2011	203	8 147	72	65	0	100

Seuls les établissements avec plus de trente dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale. La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situent.

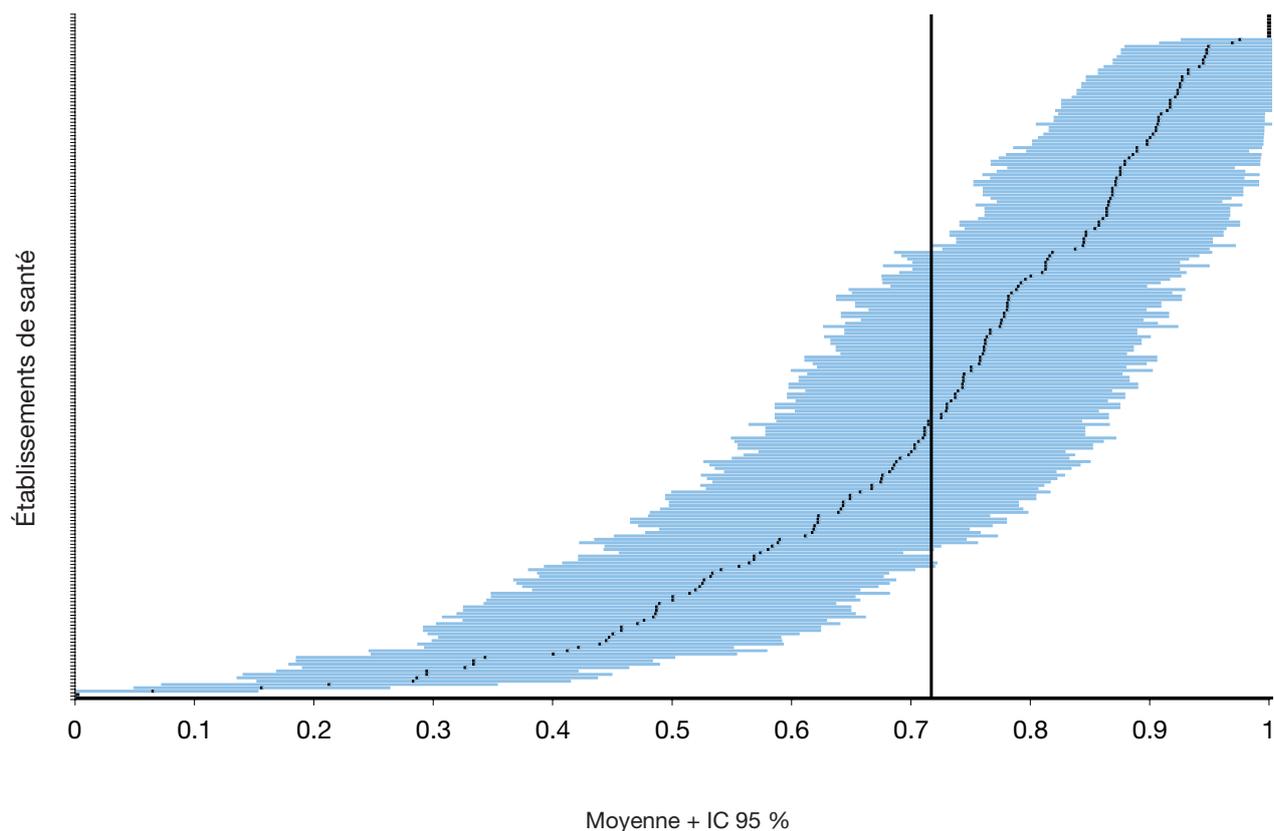
Le nombre limité de dossiers (32 %) s'explique par l'exclusion des patients sous antiagrégant plaquettaire à l'admission (45 %). En effet, en l'absence de recommandations sur le traitement antiagrégant à administrer lorsqu'un patient est déjà sous antiagrégant, ces patients sont exclus du calcul de l'indicateur.

**Tableau 6. Causes de non conformités à l'indicateur (en %)**

Administration d'aspirine avant la 24 <sup>e</sup> heure d'hospitalisation non retrouvée en l'absence de CI	Dose d'aspirine non retrouvée ou non comprise entre 160 et 300 mg/j
65	12

8. Administration à une dose comprise entre 160 et 300 mg/j.

#### Graphique 4. Indicateur « Aspirine après AVC ischémique » - Variabilité nationale



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale.

Au vu du graphique, la variabilité inter-établissements existe, ce qui est confirmé par le classement par rapport à la moyenne nationale (Cf. Annexe II, tableau 13).

##### Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Aspirine après AVC ischémique »

- Le taux moyen national d'administration appropriée d'aspirine après un AVC ischémique est de 72 %.
- La médiane des taux moyens par établissement est de 65 %, c'est-à-dire que, pour un établissement sur deux, la trace d'une administration appropriée d'aspirine est retrouvée dans deux-tiers des dossiers.
- La variabilité des résultats est significative puisque 10 % des établissements ont un taux moyen supérieur à 92 % (P90) et 10 % des établissements ont un taux moyen inférieur à 46 % (P10).

# Indicateurs « Évaluation par un professionnel de la rééducation »

## Description et mode d'évaluation

L'évaluation précoce par un professionnel de la rééducation est indispensable pour réduire la dépendance et favoriser la reprise de l'autonomie pour toute personne atteinte d'AVC.

Deux indicateurs sont mesurés dans le cadre de l'étude.

L'indicateur 1, présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC pour lesquels la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation (médecin MPR, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) est retrouvée.

L'indicateur 2 évalue le délai médian (en jours) entre l'arrivée du patient dans l'établissement et l'évaluation par un professionnel de la rééducation.

## Indicateur 1. Taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation

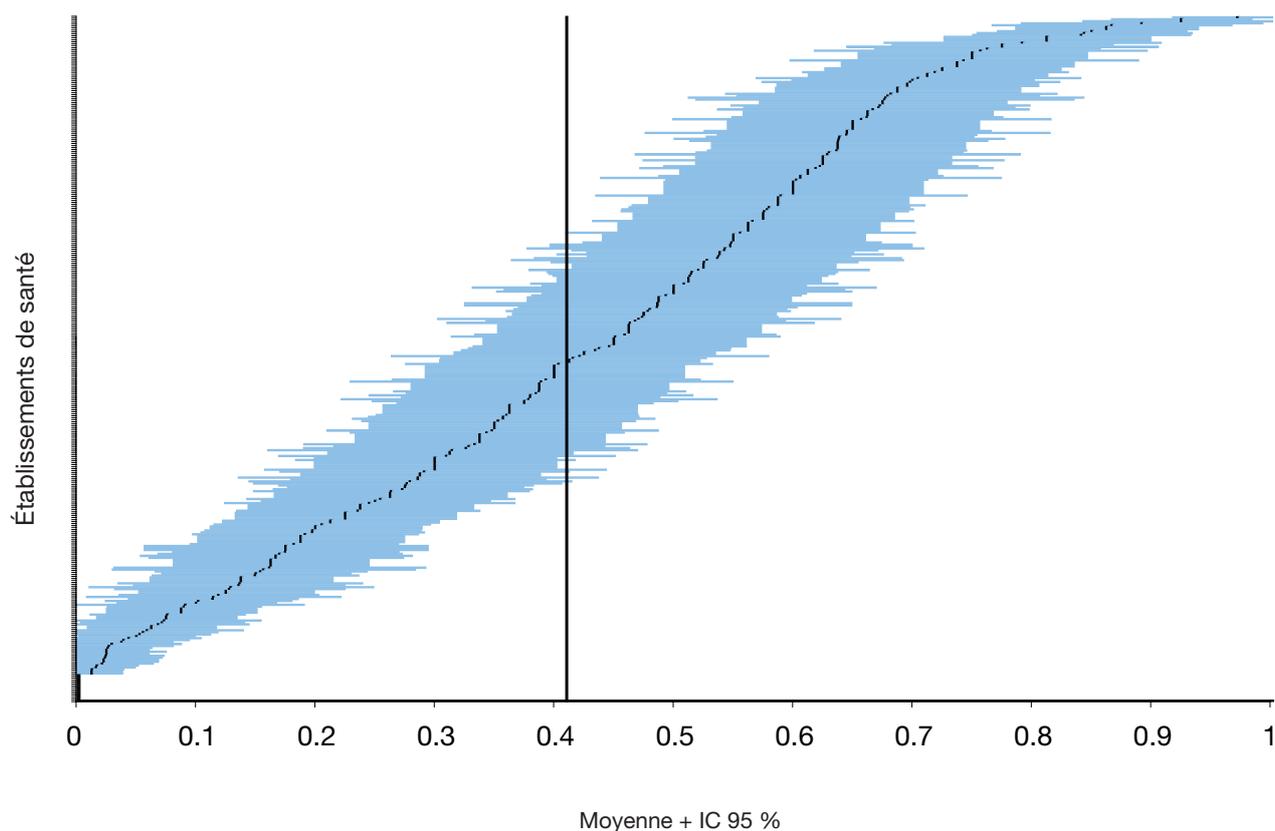
### Analyse nationale

**Tableau 7. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation – Indicateur 1 » - Statistiques descriptives (en %)**

Campagne	Nbre d'établissements	Nbre de dossiers	Moyenne	Médiane	Min	Max
2011	350	23568	41	39	0	97

Seuls les établissements avec plus de trente dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale. La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situent.

Graphique 5. Indicateur « Evaluation par un professionnel de la rééducation – Partie 1 » - Variabilité nationale



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale.

Au vu du graphique, la variabilité inter-établissements existe, ce qui est confirmé par le classement par rapport à la moyenne nationale (Cf. *Annexe II, tableau 13*).

## Indicateur 2. Délai médian (en jours) entre l'arrivée du patient dans l'établissement et l'évaluation par un professionnel de la rééducation

### Analyse nationale

Tableau 8. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation – Indicateur 2 » - Statistiques descriptives (en jours)

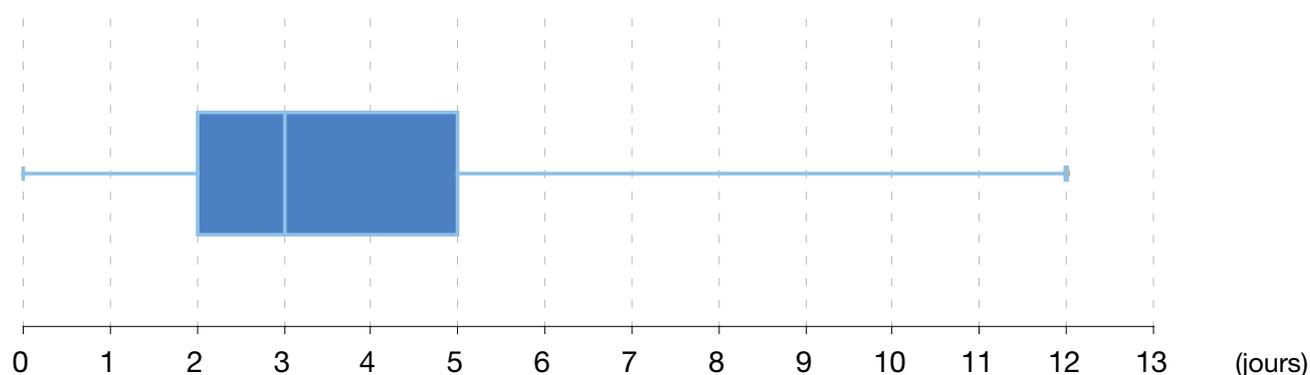
Campagne	Nbre d'établissements	Nbre de dossiers	Médiane	Moyenne	Délai médian min	Délai médian max
2011	284	8475	3	4	1	8

Seuls les établissements avec dix dossiers inclus ou plus sont pris en compte pour calculer le délai médian national. La médiane représente le délai au-delà duquel la moitié des dossiers se situent.

Le nombre limité de dossiers (33 %) s'explique par les exclusions qui s'appliquent à cet indicateur (trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation non retrouvée, date d'arrivée dans l'établissement non retrouvée, date de l'évaluation non retrouvée, délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'évaluation par un professionnel de la rééducation négatif).

En outre, les délais aberrants sont supprimés du calcul du délai médian pour l'ensemble des dossiers inclus dans l'analyse. Il s'agit des délais strictement supérieurs à une borne permettant d'identifier les valeurs extrêmes. Cette borne est calculée à partir des premiers (Q1) et troisièmes (Q3) quartiles de la distribution de la manière suivante :  $Q3 + [1.5 * (Q3 - Q1)]$ . Après calcul, la borne est égale à 12 jours. Ainsi, tout dossier avec un délai supérieur à 12 jours est exclu du calcul de la médiane de l'établissement et de la médiane nationale (621 dossiers ont été exclus sur ce critère).

### Graphique 6. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation – Indicateur 2 » - Distribution du délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'évaluation par un professionnel de la rééducation (en jours)



La boîte à moustaches permet de représenter la médiane (trait vertical dans la boîte) et les 25<sup>e</sup> (2 jours) et 75<sup>e</sup> percentiles (5 jours) sur l'ensemble des dossiers inclus. Les bornes inférieure (0 jour) et supérieure (12 jours) correspondent aux délais minimum et maximum après correction.

#### Principaux constats sur les résultats des indicateurs « Évaluation par un professionnel de la rééducation »

- Le taux moyen national d'évaluation par un professionnel de la rééducation après un AVC est de 41 %. La marge d'amélioration est importante. Pour ces patients, le délai médian national entre l'arrivée dans l'établissement et l'évaluation par un professionnel de la rééducation est de 3 jours.
- La médiane des taux moyens par établissement est de 39 %, c'est-à-dire que, pour un établissement sur deux, la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation est retrouvée dans plus d'un tiers des dossiers.
- La variabilité des résultats est significative puisque 10 % des établissements ont un taux moyen supérieur à 70 % (P90) et 10 % des établissements ont un taux moyen inférieur à 6 % (P10).
- En outre, l'évaluation par un professionnel de la rééducation est réalisée entre 2 et 5 jours après l'arrivée dans l'établissement pour la moitié des patients.

# Indicateur « Transfert en SSR »

## Description et mode d'évaluation

Les patients présentant un déficit de gravité moyenne ou sévère doivent bénéficier d'un parcours organisé vers la structure de soins de suite et réadaptation (SSR) la plus adaptée à leur pronostic fonctionnel.

L'indicateur « Transfert en SSR »<sup>9</sup> évalue le délai médian (en jours) entre la date de la première demande de SSR et la date de transfert.

Cet indicateur est un indicateur de parcours. Les résultats qui en découlent ne sont donc pas totalement imputables à l'établissement. Dans ce contexte, aucun comparatif inter-établissements n'a été restitué. Néanmoins, sur la base du nombre de dossiers inclus dans l'analyse, le délai médian national est rendu à titre informatif.

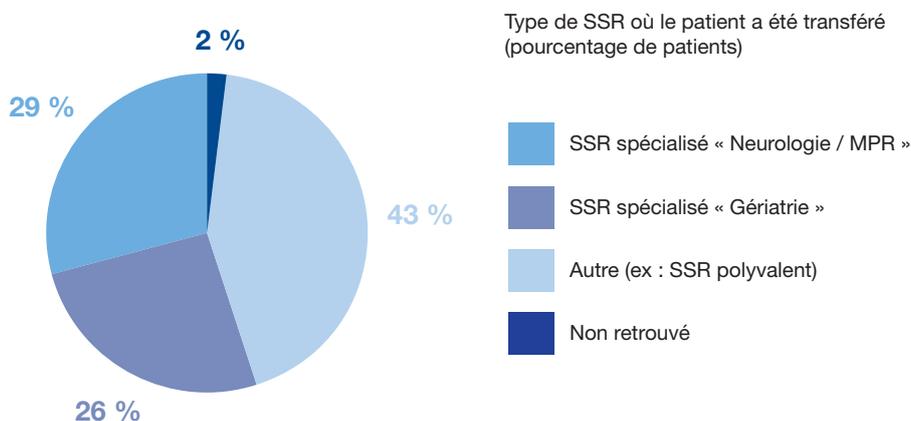
## Analyse nationale

Tableau 9. Indicateur « Transfert en SSR » - Statistiques descriptives (en jours)

Campagne	Nbre de dossiers	Médiane	Moyenne
2011	5 894	7	10

33 % des patients ont été transférés en SSR. Parmi ces patients, le graphique 7 indique dans quel type de SSR le patient a été transféré.

Graphique 7. Indicateur « Transfert en SSR » - Distribution des patients par type d'établissements SSR

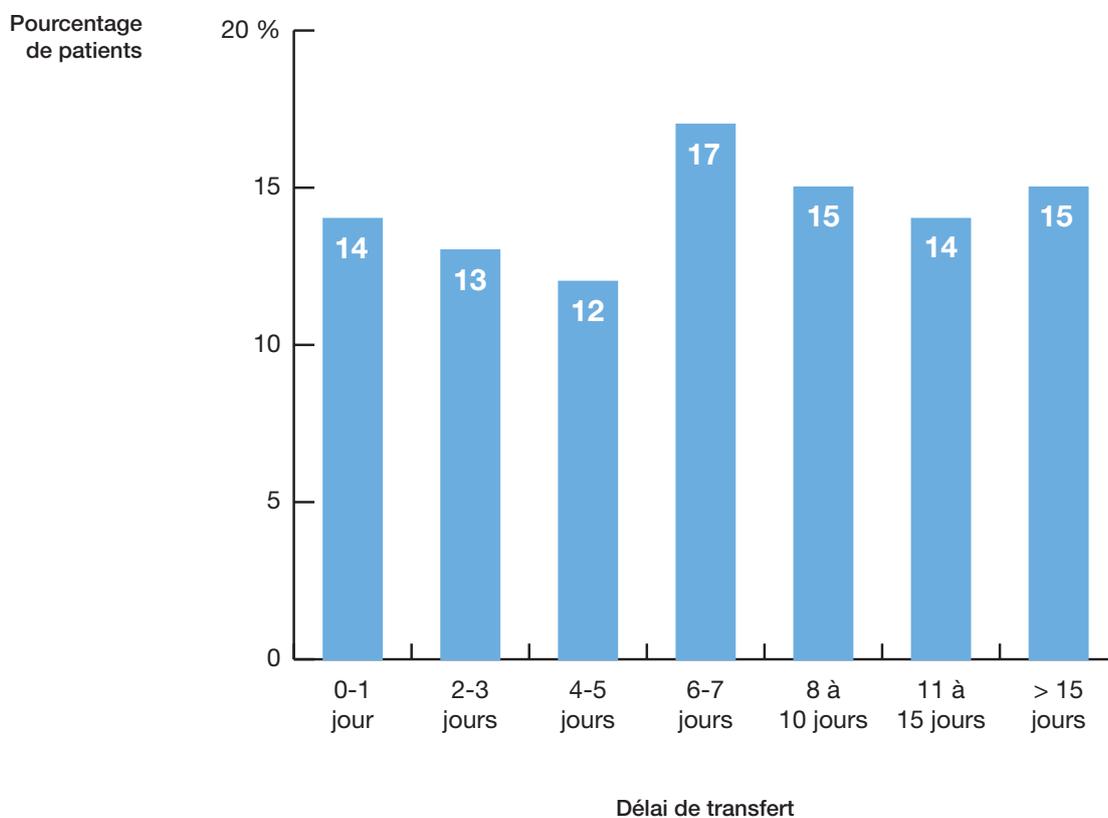


9. Le patient peut être transféré ou muté en SSR. Le patient est muté lorsqu'il sort vers une autre unité médicale de la même entité juridique ou du même établissement.

La date de la première demande de transfert en SSR est tracée dans 70 % des dossiers.

La date du transfert est tracée dans 98 % des dossiers.

**Graphique 8. Indicateur « Transfert en SSR » - Distribution du délai de transfert en SSR**



# Indicateur « Tenue du dossier patient »

## Description et mode d'évaluation

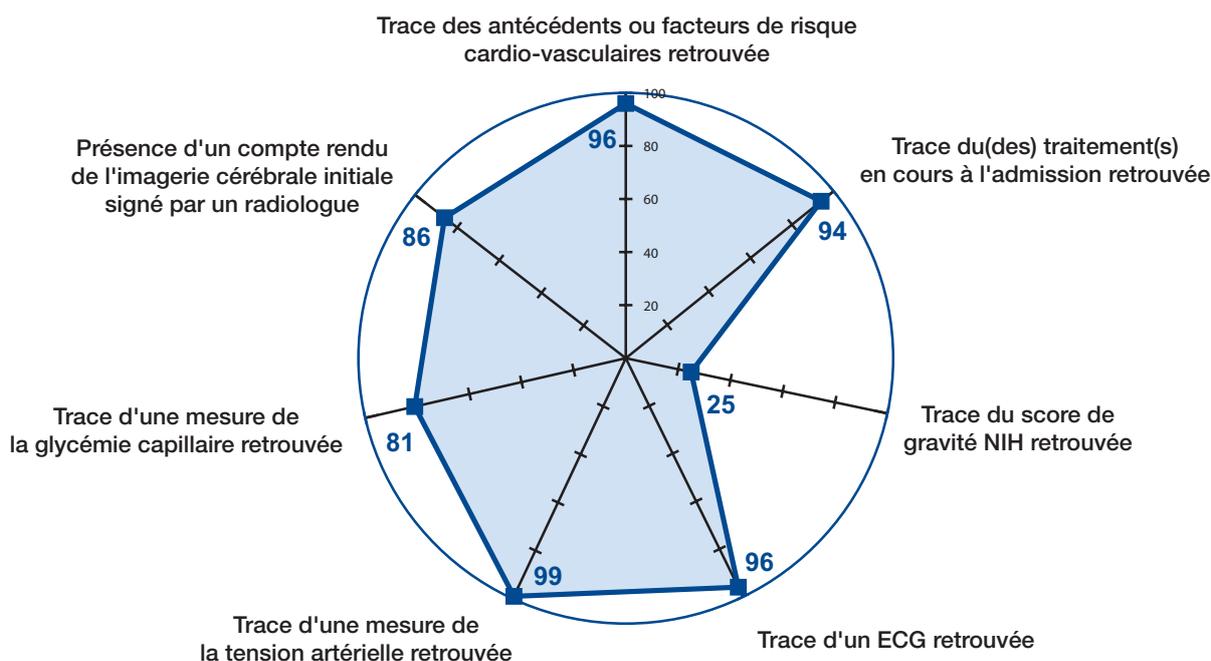
Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés pour AVC, et est présenté sous la forme d'un score de qualité, calculé à partir de 7 critères. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.

Les 7 critères évalués sont :

1. Antécédents ou facteurs de risque cardio-vasculaires ;
2. Traitement habituel ;
3. Score de gravité NIH ;
4. Electrocardiogramme ;
5. Tension artérielle ;
6. Mesure de la glycémie capillaire ;
7. Compte rendu de l'imagerie cérébrale initiale signé par un radiologue.

## Analyse nationale

**Graphique 9. Critères composant le score de la « Tenue du dossier patient » (en %)**



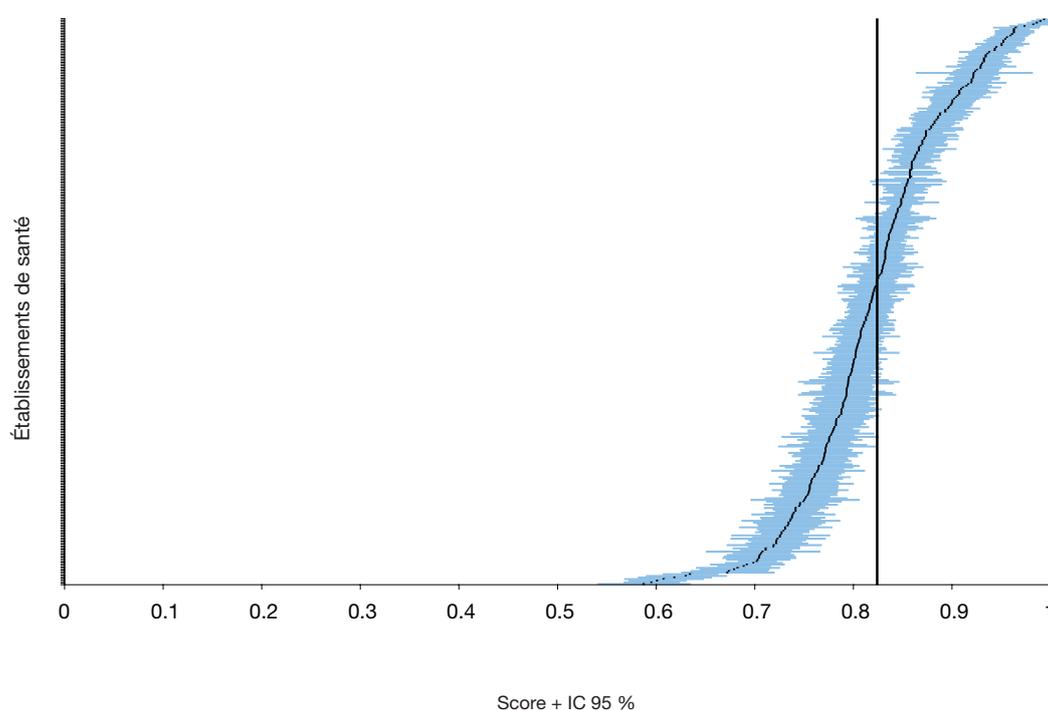
Au niveau national, l'élément le moins bien tracé dans le dossier du patient à l'admission est le score de gravité NIH.

**Tableau 10. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Statistiques descriptives (score compris entre 0 et 100)**

Campagne	Nbre d'établissements	Nbre de dossiers	Moyenne	Médiane	Min	Max
2011	350	23568	82	80	59	99

Seuls les établissements avec plus de trente dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale. La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situent.

**Graphique 10. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Variabilité nationale**



Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale.

Au vu du graphique, la variabilité inter-établissements existe, ce qui est confirmé par le classement par rapport à la moyenne nationale (Cf. *Annexe II, tableau 13*).

#### **Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Tenue du dossier patient »**

- La valeur du score moyen national de la tenue du dossier patient est de 82.
- La médiane des scores moyens par établissement est à 80, c'est-à-dire que, pour un établissement sur deux, plus de trois-quarts des dossiers sont bien tenus.
- La variabilité des résultats est significative puisque 10 % des établissements ont un score moyen supérieur à 92 (P90) et 10 % des établissements ont un score moyen inférieur à 73 (P10).

# Conclusion

Les résultats de cette première campagne de recueil des indicateurs sur la « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral » n'ayant pas vocation à être diffusés publiquement, la communication se fera cette année à partir des seuls résultats agrégés présentés dans ce rapport.

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus d'une analyse de dossiers de patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2011. Leur analyse permet plusieurs constats :

## ► Le taux de participation des établissements est important.

Il atteint 87 % des établissements de santé MCO prenant en charge des patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral (AVC).

## ► La pertinence des indicateurs généralisés est confirmée.

Les résultats moyens nationaux sont variables en fonction des indicateurs, mais la variabilité inter-établissements des résultats est importante pour chacun.

**Le délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale** après un AVC est de 1 h 41 pour les patients admis par le SAU tout type d'établissement confondu.

**La date et l'heure de début des symptômes** sont retrouvées pour plus de 7 patients sur 10. La connaissance de ces informations est une étape initiale et primordiale dans la mise en œuvre du traitement thrombolytique. En effet, au cours de la phase d'expérimentation, le calcul de l'indicateur « Taux de thrombolyse chez les patients ne présentant pas de contre-indications formelles à la thrombolyse et dont la prise en charge initiale a été effectuée dans les 4 heures suivant le début des symptômes » n'avait pu être réalisé que pour un très faible nombre de

dossiers car une part importante de données horaires était manquante, principalement l'heure de début des symptômes.

Sept patients sur dix reçoivent une **administration appropriée d'aspirine** après un AVC ischémique et en l'absence de traitement fibrinolytique.

En court séjour, 4 patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC sur 10 bénéficient d'une **évaluation initiale par un professionnel de la rééducation**. En outre, le **délai médian** entre l'arrivée dans l'établissement et l'évaluation par un professionnel de la rééducation est de 3 jours.

La **tenue du dossier patient** est de qualité pour au moins 8 patients sur 10. Parmi les 7 critères évalués, 6 ont de très bons résultats (supérieurs à 80 %) excepté le score de gravité NIH qui n'est retrouvé qu'une fois sur quatre dans le dossier du patient.

► **L'informatisation du dossier médical**, qui est souvent présentée comme une solution pour améliorer le partage de l'information, reste faible au niveau national (8 % des dossiers sont totalement informatisés).

## ► Outre les constats nationaux, certaines régions se distinguent par leurs résultats.

Le délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale est de 1 h 02 en Midi-Pyrénées.

La traçabilité de la date et de l'heure de début des symptômes est de 89 % dans les établissements de Franche-Comté. La qualité de la tenue du dossier patient atteint 87 % en Alsace et Picardie.

Le prochain recueil des indicateurs sur la « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral » sera mis en œuvre par la HAS en 2013. Celui-ci portera sur des dossiers de l'année 2012. Les résultats de ce deuxième recueil seront diffusés publiquement, conformément à la loi HPST.

# Table des illustrations

Graphique 1. Les indicateurs du thème « AVC »	5
Graphique 2. Indicateur « Imagerie en première intention » - Distribution du délai entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale (en heures)	9
Graphique 3. Indicateur « Éligibilité à la thrombolyse » - Variabilité nationale	11
Graphique 4. Indicateur « Aspirine après AVC ischémique » - Variabilité nationale	13
Graphique 5. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation – Partie 1 » - Variabilité nationale	15
Graphique 6. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation – Indicateur 2 » - Distribution du délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'évaluation par un professionnel de la rééducation (en jours)	16
Graphique 7. Indicateur « Transfert en SSR » - Distribution des patients par type d'établissements SSR	17
Graphique 8. Indicateur « Transfert en SSR » - Distribution du délai de transfert en SSR	18
Graphique 9. Critères composant le score de la « Tenue du dossier patient » (en %)	19
Graphique 10. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Variabilité nationale	20
Graphique 11. Type d'AVC	25
Graphique 12. Répartition de l'âge des patients	25
Graphique 13. Sexe du patient	25
Graphique 14. Mode d'entrée du patient	26
Graphique 15. Mode de transport du patient	26
Graphique 16. Unité Neuro Vasculaire (UNV)	26
Graphique 17. IRM	27
Graphique 18. Type d'examen d'imagerie cérébrale	27
Graphique 19. Appel au centre 15	27
Tableau 1. Les indicateurs de délai du thème « AVC »	6
Tableau 2. Indicateur « Imagerie en première intention » - Statistiques descriptives (en heures)	8
Tableau 3. Indicateur « Éligibilité à la thrombolyse » - Statistiques descriptives (en %)	10
Tableau 4. Causes de non conformités à l'indicateur (en %)	10
Tableau 5. Indicateur « Aspirine après AVC ischémique » - Statistiques descriptives (en %)	12
Tableau 6. Causes de non conformités à l'indicateur (en %)	12
Tableau 7. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation – Indicateur 1 » - Statistiques descriptives (en %)	14
Tableau 8. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation – Indicateur 2 » - Statistiques descriptives (en jours)	15
Tableau 9. Indicateur « Transfert en SSR » - Statistiques descriptives (en jours)	17
Tableau 10. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Statistiques descriptives (score compris entre 0 et 100)	20
Tableau 11. Effectifs	28
Tableau 12. Nombre d'établissements pris en compte pour le calcul de la moyenne ou de la médiane	28
Tableau 13. Distribution par rapport à la moyenne nationale	29
Tableau 14. Indicateur « Imagerie en première intention » - Médianes régionales (en heures)	30
Tableau 15. Indicateur « Éligibilité à la thrombolyse » - Moyennes régionales (en %)	31
Tableau 16. Indicateur « Aspirine après AVC ischémique » - Moyennes régionales (en %)	32
Tableau 17. Indicateur « Evaluation par un professionnel de la rééducation – Indicateur 1 » - Moyennes régionales (en %)	33
Tableau 18. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation – Indicateur 2 » - Médianes régionales (en jours)	34
Tableau 19. Indicateur « Tenue du dossier du patient » - Moyennes régionales (en %)	35
Tableau 20. Indicateur « Imagerie en première intention » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en heures)	36
Tableau 21. Indicateur « Éligibilité à la thrombolyse » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)	36
Tableau 22. Indicateur « Aspirine après AVC ischémique » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)	37
Tableau 23. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation – Indicateur 1 » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)	37
Tableau 24. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation – Indicateur 2 » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en jours)	38
Tableau 25. Indicateur « Tenue du dossier du patient » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)	38

## Annexe I : Méthodes d'analyse

### ► Recueil des données

#### Outils de recueil

La HAS s'est appuyée sur l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour construire les outils nécessaires au recueil et au traitement des données, ainsi qu'à la diffusion des résultats. Ces outils se composent :

- d'un logiciel de tirage au sort des séjours (LOTAS) qui sont analysés et qui servent au calcul des indicateurs ;
- d'une plate-forme Internet sécurisée (QUALHAS) à laquelle chaque établissement se connecte à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe afin de saisir les informations. Ce système permet de restituer aux établissements des résultats individuels dès la fin de la saisie, et des résultats comparatifs standardisés dès la fin de la campagne nationale.

Plusieurs niveaux de validation sont prévus par le système et permettent un contrôle a priori des données saisies : identification des opérateurs de saisie au sein des établissements, étape de « verrouillage » qui donne accès à la lecture des résultats individuels, et enfin étape de « validation » qui rend impossible toute modification ultérieure des données saisies.

Toutes les données agrégées, présentées dans ce rapport, sont issues de la plate-forme de recueil QUALHAS et ont été saisies par les établissements.

#### Conditions de recueil

Le recueil des indicateurs AVC consiste en une enquête rétrospective portant sur un échantillon aléatoire de 80 séjours de patients hospitalisés pour un AVC entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2011. Le nombre de dossiers analysés est identique quelles que soient la taille et la catégorie des établissements de santé participant au recueil. En effet, ce nombre de dossiers, relativement faible, est un compromis entre une charge de travail acceptable, tous types de structure confondus, et une mesure statistique de la qualité des dossiers évalués. Un intervalle de confiance (IC) à 95 % est présenté avec le résultat de chaque indicateur. Cet intervalle est calculé sur l'échantillon et ne tient pas compte de l'activité de l'établissement. Un seuil minimum de 30 dossiers à évaluer par établissement (10 pour les indicateurs de délai) a été retenu pour que l'établissement entre dans l'analyse comparative. De cette manière, il est possible d'assumer que la distribution soit normale et de calculer des IC.

### ► Méthodes de comparaison

Sur la plate-forme QUALHAS, chaque établissement peut se comparer à trois groupes de références :

- une « référence nationale » ;
- une « référence régionale » - les établissements ont accès aux résultats de leur région ;
- une « référence par catégorie d'établissement » - les catégories retenues étant les catégories « e-PMSI » : centres hospitaliers (CH), centres hospitaliers universitaires (CHU), établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), établissements privés et la catégorie « autres publics » regroupant principalement les syndicats interhospitaliers.

## ► Méthode de présentation des résultats

Dans ce rapport et pour les indicateurs présentés sous la forme d'un taux, les établissements sont comparés par rapport à la moyenne nationale (des établissements ayant participé à la généralisation) à l'aide de pictogrammes de couleurs verte, jaune et orange.

### Positionnement par rapport à la moyenne nationale

Trois classes ont été définies en comparant l'IC à 95% de la moyenne de l'établissement à la moyenne nationale.



Établissement dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à la moyenne nationale : la position de l'établissement est dite « **significativement supérieure à la moyenne nationale** ».



Établissement dont l'IC à 95 % coupe la moyenne nationale : la position de l'établissement est dite « **non significativement différente de la moyenne nationale** ».

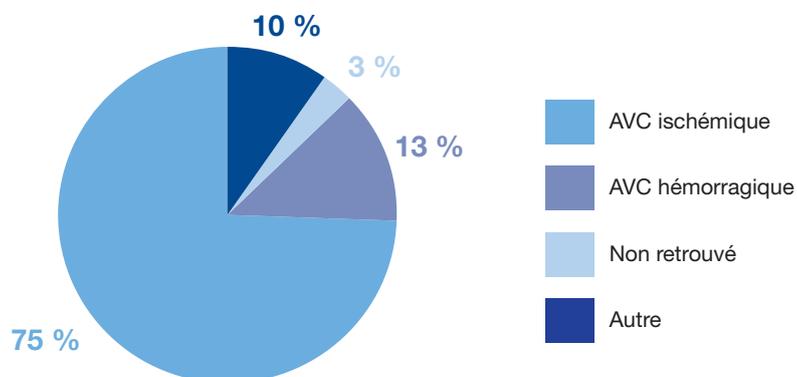


Établissement dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à la moyenne nationale : la position de l'établissement est dite « **significativement inférieure à la moyenne nationale** ».

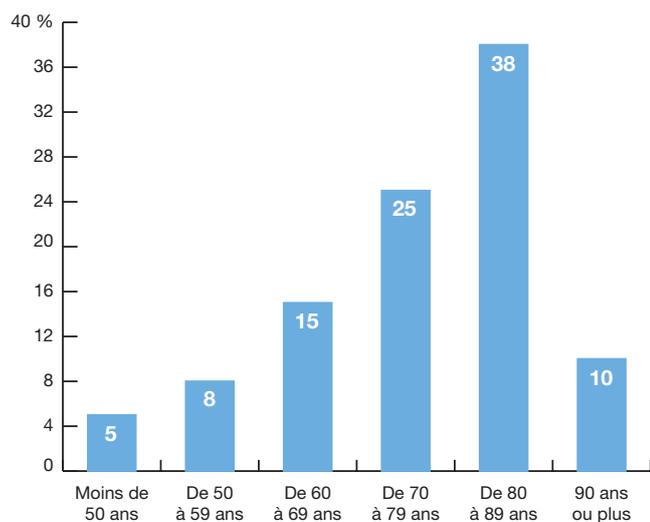
## Annexe II : Résultats complémentaires

### ► Population de la base

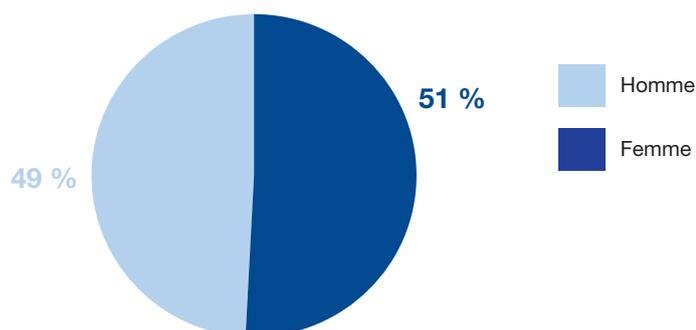
Graphique 11. Type d'AVC



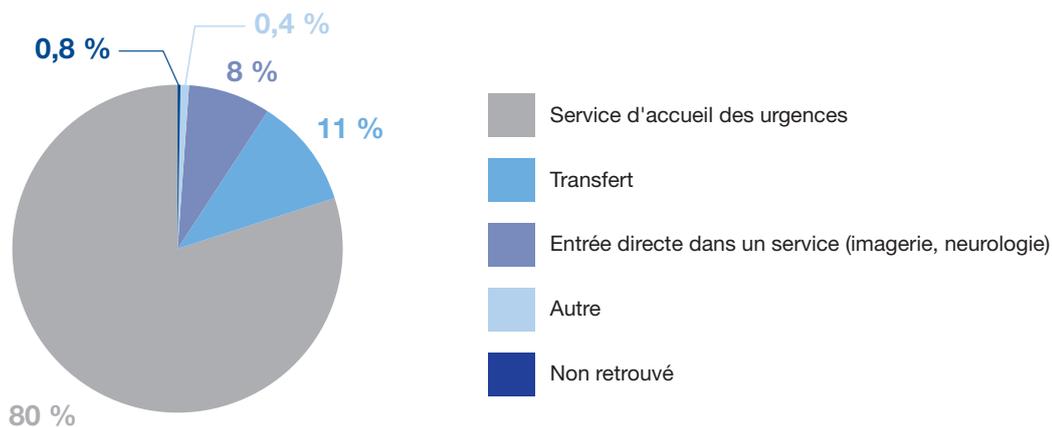
Graphique 12. Répartition de l'âge des patients



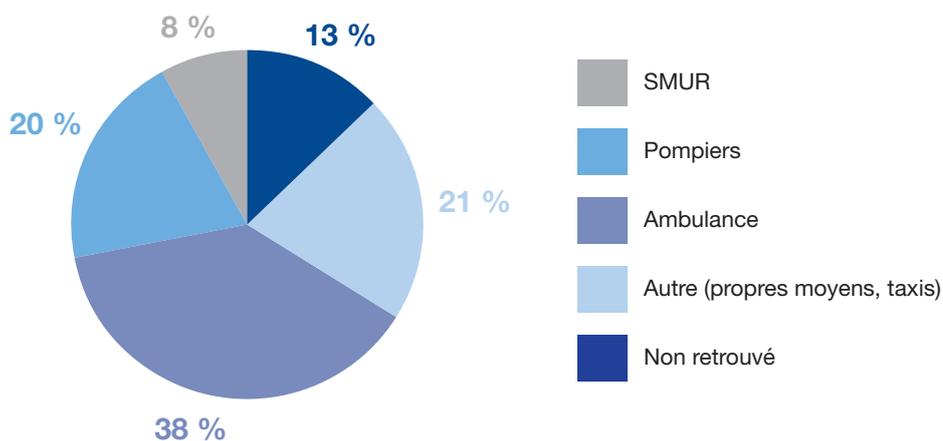
Graphique 13. Sexe du patient



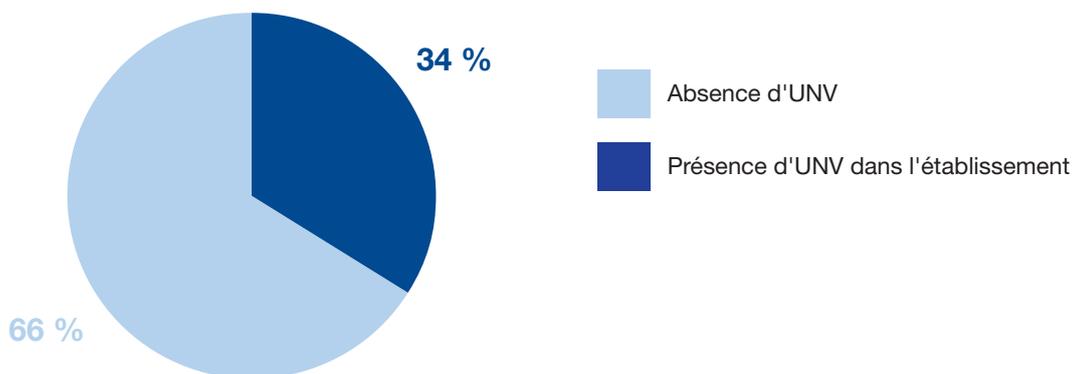
**Graphique 14. Mode d'entrée du patient**



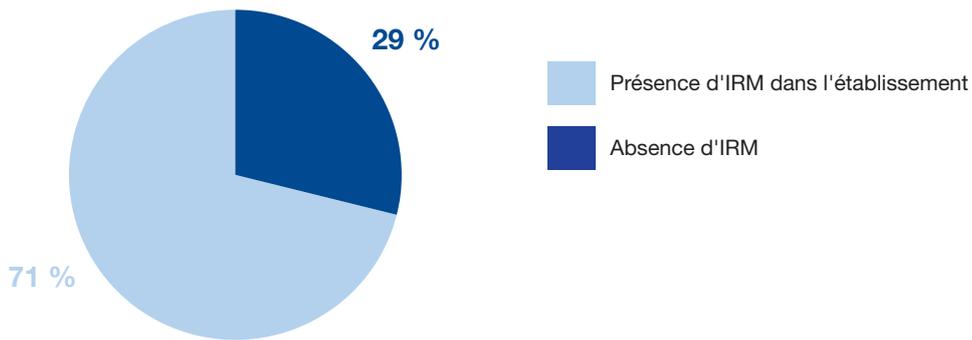
**Graphique 15. Mode de transport du patient**



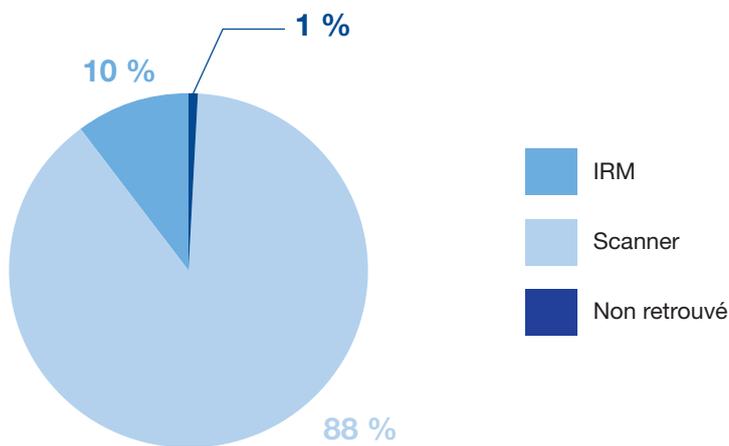
**Graphique 16. Unité Neuro Vasculaire (UNV)**



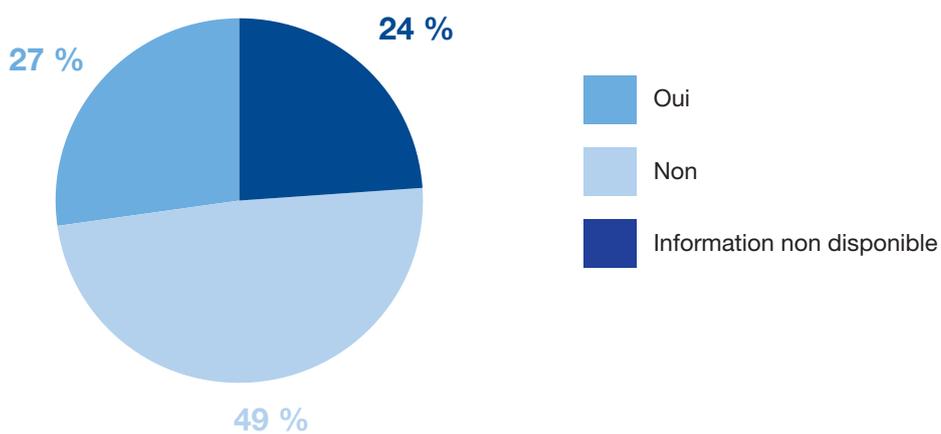
**Graphique 17. IRM**



**Graphique 18. Type d'examen d'imagerie cérébrale**



**Graphique 19. Appel au centre 15**



► Descriptif des effectifs des établissements de santé

Tableau 11. Effectifs

Campagne	Population totale	Nbre d'ES n'entrant pas dans la référence nationale			Référence nationale	
		Nbre d'ES non répondant	Nbre d'ES avec effectif $N \leq 30$	Nbre d'ES avec effectif $N < 10$	Nbre d'ES avec effectif $N > 30$	Nbre d'ES avec effectif $N \geq 10$
2011	569	72	170	52	327	445

Tableau 12. Nombre d'établissements pris en compte pour le calcul de la moyenne ou de la médiane

	Nbre d'ES avec effectif $N > 30$ (moyenne)	Nbre d'ES avec effectif $N \geq 10$ (médiane)
Imagerie en 1 <sup>re</sup> intention		306
Éligibilité à la thrombolyse	327	
Aspirine après AVC ischémique	203	
Évaluation par un professionnel de la rééducation (indicateur 1)	350	
Évaluation par un professionnel de la rééducation (indicateur 2)		284
Tenue du dossier patient	350	

► Distribution des établissements par rapport à la moyenne nationale

Tableau 13. Distribution par rapport à la moyenne nationale

	Moyenne nationale				
Éligibilité à la thrombolyse	76 %	<b>Nombre d'ES</b>	110	147	70
		<b>% d'ES</b>	34	45	21
Aspirine après AVC ischémique	72 %	<b>Nombre d'ES</b>	69	92	42
		<b>% d'ES</b>	34	45	21
Évaluation par un professionnel de la rééducation (indicateur 1)	41 %	<b>Nombre d'ES</b>	121	109	120
		<b>% d'ES</b>	35	31	34
Tenue du dossier patient	82 %	<b>Nombre d'ES</b>	118	126	106
		<b>% d'ES</b>	34	36	30

► **Distribution des moyennes ou médianes régionales par indicateur**

**Tableau 14. Indicateur « Imagerie en première intention » - Médianes régionales (en heures)**

	<b>ES composant la référence nationale</b>	<b>Médiane nationale = 1 h 41</b>	<b>ES n'entrant pas dans la référence nationale</b>	
	<b>Nbre d'ES avec effectif N ≥ 10</b>	<b>Médiane par région</b>	<b>Nbre d'ES non répondant</b>	<b>Nbre d'ES avec effectif N &lt; 10</b>
Alsace	5	2h04	1	11
Aquitaine	14	1 h31	4	9
Auvergne	7	1 h46	2	6
Basse Normandie	11	1 h30	1	6
Bourgogne	12	1 h26	3	5
Bretagne	15	1 h45	5	6
Centre	14	2h02	1	7
Champagne Ardenne	8	1 h34	0	5
Corse	2	0h53	1	0
Franche Comté	7	1 h49	1	0
Guadeloupe	1	2h27	2	1
Guyane	1	1 h12	1	0
Haute Normandie	8	1 h46	2	4
Ile de France	40	1 h50	12	34
Languedoc Roussillon	9	1 h50	5	6
Limousin	7	1 h38	0	2
Lorraine	15	1 h46	4	6
Martinique	1	3h27	2	0
Midi Pyrénées	19	1 h02	6	9
Nord Pas de Calais	13	1 h25	1	17
PACA	26	1 h48	6	14
Pays de la Loire	14	2h08	2	6
Picardie	8	1 h23	1	7
Poitou Charentes	13	1 h51	0	5
Réunion	4	1 h30	1	0
Rhône Alpes	27	1 h59	6	23
Service de santé des armées	5	1 h31	2	2

**Tableau 15. Indicateur « Éligibilité à la thrombolyse » - Moyennes régionales (en %)**

	<b>ES composant la référence nationale</b>	<b>Moyenne nationale = 76</b>	<b>ES n'entrant pas dans la référence nationale</b>	
	<b>Nb d'ES avec N &gt; 30</b>	<b>Moyenne par région</b>	<b>Nb d'ES non répondant</b>	<b>Nb d'ES avec N ≤ 30</b>
Alsace	8	78	1	8
Aquitaine	15	74	4	8
Auvergne	9	73	2	4
Basse Normandie	12	83	1	5
Bourgogne	14	74	3	3
Bretagne	17	70	5	4
Centre	16	68	1	5
Champagne Ardenne	10	76	0	3
Corse	1	51	1	1
Franche Comté	6	89	1	1
Guadeloupe	1	81	2	1
Guyane	1	56	1	0
Haute Normandie	8	71	2	4
Ile de France	43	81	12	31
Languedoc Roussillon	11	74	5	4
Limousin	7	81	0	2
Lorraine	13	83	4	8
Martinique	1	86	2	0
Midi Pyrénées	16	84	6	12
Nord Pas de Calais	19	74	1	11
PACA	24	70	6	16
Pays de la Loire	17	84	2	3
Picardie	9	77	1	6
Poitou Charentes	13	69	0	5
Réunion	4	57	1	0
Rhône Alpes	28	78	6	22
Service de santé des armées	4	85	2	3

**Tableau 16. Indicateur « Aspirine après AVC ischémique » - Moyennes régionales (en %)**

	ES composant la référence nationale	Moyenne nationale = 72	ES n'entrant pas dans la référence nationale	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne par région	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
Alsace	5	77	1	11
Aquitaine	11	81	4	12
Auvergne	7	70	2	6
Basse Normandie	6	71	1	11
Bourgogne	8	72	3	9
Bretagne	12	78	5	9
Centre	7	72	1	14
Champagne Ardenne	7	63	0	6
Corse	0		1	2
Franche Comté	5	38	1	2
Guadeloupe	1	80	2	1
Guyane	0		1	1
Haute Normandie	6	74	2	6
Ile de France	23	79	12	51
Languedoc Roussillon	8	61	5	7
Limousin	4	82	0	5
Lorraine	8	66	4	13
Martinique	0		2	1
Midi Pyrénées	10	82	6	18
Nord Pas de Calais	10	68	1	20
PACA	17	63	6	23
Pays de la Loire	11	70	2	9
Picardie	6	76	1	9
Poitou Charentes	6	59	0	12
Réunion	3	64	1	1
Rhône Alpes	19	76	6	31
Service de santé des armées	3	88	2	4

**Tableau 17. Indicateur « Evaluation par un professionnel de la rééducation – Indicateur 1 » - Moyennes régionales (en %)**

	ES composant la référence nationale	Moyenne nationale = 41	ES n'entrant pas dans la référence nationale	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne par région	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
Alsace	8	45	1	8
Aquitaine	18	54	4	5
Auvergne	9	48	2	4
Basse Normandie	13	26	1	4
Bourgogne	14	24	3	3
Bretagne	18	49	5	3
Centre	16	38	1	5
Champagne Ardenne	11	46	0	2
Corse	2	27	1	0
Franche Comté	6	37	1	1
Guadeloupe	1	27	2	1
Guyane	1	2	1	0
Haute Normandie	8	45	2	4
Ile de France	49	37	12	25
Languedoc Roussillon	12	35	5	3
Limousin	7	31	0	2
Lorraine	14	49	4	7
Martinique	1	18	2	0
Midi Pyrénées	17	55	6	11
Nord Pas de Calais	20	40	1	10
PACA	28	34	6	12
Pays de la Loire	17	49	2	3
Picardie	9	42	1	6
Poitou Charentes	13	42	0	5
Réunion	4	45	1	0
Rhône Alpes	29	42	6	21
Service de santé des armées	5	41	2	2

**Tableau 18. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation – Indicateur 2 » - Médianes régionales (en jours)**

	ES composant la référence nationale	Médiane nationale = 3 jours	ES n'entrant pas dans la référence nationale	
	Nbre d'ES avec effectif N ≥ 10	Médiane par région	Nbre d'ES non répondant	Nbre d'ES avec effectif N < 10
Alsace	9	2	1	7
Aquitaine	16	2,5	4	7
Auvergne	8	3	2	5
Basse Normandie	9	4	1	8
Bourgogne	9	3	3	8
Bretagne	17	3	5	4
Centre	11	3	1	10
Champagne Ardenne	10	4	0	3
Corse	0	0	1	2
Franche Comté	5	5	1	2
Guadeloupe	1	4	2	1
Guyane	0	0	1	1
Haute Normandie	7	4	2	5
Ile de France	36	3	12	38
Languedoc Roussillon	9	3	5	6
Limousin	4	4	0	5
Lorraine	14	3	4	7
Martinique	0	0	2	1
Midi Pyrénées	19	2	6	9
Nord Pas de Calais	19	2	1	11
PACA	22	3	6	18
Pays de la Loire	14	3	2	6
Picardie	6	3	1	9
Poitou Charentes	11	2	0	7
Réunion	3	2	1	1
Rhône Alpes	21	3	6	29
Service de santé des armées	4	3	2	3

**Tableau 19. Indicateur « Tenue du dossier du patient » - Moyennes régionales (en %)**

	ES composant la référence nationale	Moyenne nationale = 82	ES n'entrant pas dans la référence nationale	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne par région	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
Alsace	8	87	1	8
Aquitaine	18	83	4	5
Auvergne	9	82	2	4
Basse Normandie	13	83	1	4
Bourgogne	14	83	3	3
Bretagne	18	80	5	3
Centre	16	83	1	5
Champagne Ardenne	11	81	0	2
Corse	2	81	1	0
Franche Comté	6	85	1	1
Guadeloupe	1	81	2	1
Guyane	1	79	1	0
Haute Normandie	8	80	2	4
Ile de France	49	83	12	25
Languedoc Roussillon	12	85	5	3
Limousin	7	84	0	2
Lorraine	14	82	4	7
Martinique	1	74	2	0
Midi Pyrénées	17	83	6	11
Nord Pas de Calais	20	82	1	10
PACA	28	80	6	12
Pays de la Loire	17	80	2	3
Picardie	9	87	1	6
Poitou Charentes	13	82	0	5
Réunion	4	81	1	0
Rhône Alpes	29	82	6	21
Service de santé des armées	5	85	2	2

► Distribution des moyennes ou médianes par catégorie d'établissement

**Tableau 20. Indicateur « Imagerie en première intention » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en heures)**

	ES composant la référence nationale	Médiane nationale = 1 h 41	ES n'entrant pas dans la référence nationale	
	Nbre d'ES avec effectif N ≥ 10	Médiane par catégorie	Nbre d'ES non répondant	Nbre d'ES avec effectif N < 10
CH	245	98	44	106
CHU <sup>10</sup>	38	137	2	7
Privé	14	58,5	16	53
ESPIC	8	123	10	25
Autres publics	1	70,5	0	0

**Tableau 21. Indicateur « Éligibilité à la thrombolyse » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)**

	ES composant la référence nationale	Moyenne nationale = 76	ES n'entrant pas dans la référence nationale	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne par catégorie	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
CH	257	75	44	94
CHU	38	89	2	7
Privé	14	72	16	53
ESPIC	17	73	10	16
Autres publics	1	92	0	0

10. Le nombre de CHU intègre 17 établissements de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

**Tableau 22. Indicateur « Aspirine après AVC ischémique » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)**

	ES composant la référence nationale	Moyenne nationale = 72	ES n'entrant pas dans la référence nationale	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne par catégorie	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
CH	172	71	44	179
CHU	22	80	2	23
Privé	2	81	16	65
ESPIC	7	73	10	26
Autres publics	0	NA	0	1

**Tableau 23. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation – Indicateur 1 » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)**

	ES composant la référence nationale	Moyenne nationale = 41	ES n'entrant pas dans la référence nationale	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne par catégorie	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
CH	270	41	44	81
CHU	42	46	2	3
Privé	19	38	16	48
ESPIC	18	41	10	15
Autres publics	1	4	0	0

**Tableau 24. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation – Indicateur 2 » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en jours)**

	ES composant la référence nationale	Médiane nationale = 3 jours	ES n'entrant pas dans la référence nationale	
	Nbre d'ES avec effectif N ≥ 10	Médiane par catégorie	Nbre d'ES non répondant	Nbre d'ES avec effectif N < 10
CH	219	3	44	132
CHU <sup>7</sup>	32	3	2	13
Privé	18	2	16	49
ESPIC	15	2	10	18
Autres publics	0	0	0	1

**Tableau 25. Indicateur « Tenue du dossier du patient » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)**

	ES composant la référence nationale	Moyenne nationale = 82	ES n'entrant pas dans la référence nationale	
	Nb d'ES avec N > 30	Moyenne par catégorie	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec N ≤ 30
CH	270	82	44	81
CHU	42	89	2	3
Privé	19	75	16	48
ESPIC	18	79	10	15
Autres publics	1	73	0	0





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00