

Présentation du thème « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral »

Importance du thème

Les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) sont un groupe d'affections au sein desquelles il faut distinguer les infarctus et les hémorragies cérébrales. L'infarctus cérébral représente 80% des AVC, 20% relevant d'un mécanisme hémorragique.¹

Dans les pays occidentaux, ils constituent la première cause de décès chez la femme la troisième² chez l'homme, la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer) et la première cause de handicap acquis de l'adulte. En France, l'incidence annuelle est de 100 000 à 145 000 AVC par an, avec 15 à 20% de décès au terme du premier mois et 75% de patients survivant avec des séquelles.³

L'AVC est à la fois une pathologie aiguë, nécessitant une prise en charge en extrême urgence, et une maladie chronique dont les séquelles invalidantes conduisent de nombreux patients à la fréquentation du système de santé sur une longue période. Environ 30 % des patients victimes d'un AVC constitué sont hospitalisés en soins de suite et de réadaptation (SSR) au décours de leur prise en charge en soins de courte durée. Ce sont des patients lourds : la moyenne des scores de dépendance physique des patients post AVC est près de 50 % plus élevée que celle de l'ensemble des patients accueillis en SSR⁴.

Suite au rapport sur la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France⁵, Madame Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, a décidé de traduire les actions du rapport en mettant en œuvre un « plan national d'actions AVC 2010-2014 »⁶. Les actions proposées portent sur la prévention, la formation des professionnels, l'organisation de filières territoriales.

Dans le cadre de ce plan ministériel, en continuité avec les travaux déjà réalisés sur l'AVC, la Haute Autorité de Santé (HAS) a travaillé, avec un groupe de coopération constitué de représentants de l'ensemble des professionnels de santé concernés, à l'élaboration d'indicateurs de pratique clinique. Ces indicateurs constituent des outils d'analyse et de mise en œuvre de la qualité des pratiques du parcours du patient.⁷ En partenariat avec l'INSERM (projet COMAPQ HPST) plusieurs de ces indicateurs ont été testés pour être proposés à la diffusion publique.

Pour cette 3^{ème} campagne nationale les indicateurs généralisés ont été révisés avec un groupe de travail représentant les professionnels impliqués dans la prise en charge des AVC en établissement de santé.

En 2015 le recueil portera sur 10 indicateurs.

Les indicateurs

Le thème « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral » est composé de 10 indicateurs :

- Délai arrivée - imagerie en première intention ;
- Date et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral ;
- Expertise neuro vasculaire
- Évaluation par un professionnel de la rééducation ;
- Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1^{er} jour ;
- Dépistage des troubles de la déglutition ;
- Transfert en SSR spécialisé ;
- Traitement anti agrégant ou anti coagulant à la sortie ;
- Programmation d'une consultation post AVC
- Tenue du dossier patient.

Echantillon

Le recueil des 10 indicateurs porte sur un même échantillon aléatoire de 80 séjours.

¹ Ministère de la santé. La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France : Rapport à Madame la ministre de la santé et des sports, Juin 2009

² Personnes hospitalisées pour AVC en France : tendance 2002 2008, BEH 6 mars 2012 n°10/11

³ Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse), Recommandations de bonne pratique, HAS, mai 2009.

⁴ Ministère de la santé. Les dossiers de la santé. *Les chiffres clés de l'AVC*. 2010 [site consulté le 09/12/2010] disponible depuis : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/>

⁵ Ministère de la santé. Les dossiers de la santé. La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France : Synthèse du rapport à Madame la ministre de la santé et des sports. Juin 2009 [site consulté le 09/12/2010] disponible depuis : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/>

⁶ Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé. Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 », Avril 2010. [Site consulté le 15/02/2011] disponible depuis : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_actions_AVC_-_17avr2010.pdf

⁷ Haute Autorité de Santé. AVC, Programme pilote AVC

Fiche descriptive de l'indicateur : DELAI ARRIVEE - IMAGERIE EN PREMIERE INTENTION (IMA)	
Libellé	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC. Délai médian (en heures) entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale.
Mesure	Pour tous les patients à l'exception des transférés : délai médian (en heures) entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale, l'heure de réalisation de l'imagerie cérébrale retenue est l'heure d'acquisition de la première image.
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=>FinessB=>FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ; ▪ Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations^{8,9}	<p>« Les patients suspects d'AVC aigu doivent avoir un accès prioritaire à l'imagerie cérébrale. Des protocoles de prise en charge des patients suspects d'AVC aigu doivent être formalisés entre le service accueillant ces patients et le service de radiologie (accord professionnel) ».</p> <p>« Il est recommandé de réaliser urgemment un scanner cérébral ou une IRM en cas de suspicion d'AIT ou d'AVC ».</p> <p>« L'IRM est l'examen le plus performant pour montrer précocement des signes d'ischémie récente, et elle visualise l'hémorragie intracrânienne. Il convient de la réaliser de façon privilégiée ».</p> <p>« En cas d'impossibilité d'accéder en urgence à l'IRM, il convient de réaliser un scanner cérébral ».</p>
Analyse des recommandations	La stratégie de prise en charge du patient est conditionnée par l'établissement d'un diagnostic médical en urgence qui est établi par l'association de l'imagerie cérébrale et de l'expertise neuro vasculaire.

⁸ Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse), Recommandations de bonne pratique, HAS, mai 2009.

⁹ ESO European Stroke Organization. Recommandations 2008 pour la prise en charge des infarctus cérébraux et des accidents ischémiques transitoires, 2008. [Site consulté le 10/12/2010] disponible depuis : http://www.esostroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_French.pdf

Fiche descriptive de l'indicateur : DATE ET HEURE DE SURVENUE DES SYMPTOMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (DHS)	
Libellé	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'infarctus cérébral. Taux de patients pour lesquels la date et l'heure de survenue des symptômes sont notées dans le dossier
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la trace de la date et de l'heure de survenue des symptômes est retrouvée.
Dénominateur	Nombre de séjours d'infarctus cérébraux inclus.
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=>FinessB=>FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ; ▪ Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations ^{10, 11, 12}	<p>« rtPA should be administrated to eligible patients who can be treated in the time period of 3 to 4.5 hours after stroke ».</p> <p>« As compared with placebo, intravenous alteplase administered between 3 and 4.5 hours after the onset of symptoms improved clinical outcomes in patients with acute ischemic stroke ».</p> <p>« La thrombolyse intraveineuse (IV) par rt-PA des IC est recommandée jusqu'à 4 heures 30 (hors AMM, voir annexe 2) (accord professionnel). Elle doit être effectuée le plus tôt possible (grade A). La thrombolyse IV peut être envisagée après 80 ans jusqu'à 3 heures (accord professionnel). En dessous de 18 ans, les indications de thrombolyse doivent être discutées au cas par cas avec un neurologue d'une UNV (accord professionnel). »</p>
Analyse des recommandations	Les patients ayant un infarctus cérébral peuvent bénéficier sous certaines conditions d'un traitement thrombolytique. Le délai maximal de réalisation d'une thrombolyse est de 4 h 30 après le début des symptômes. La date et l'heure de début des symptômes sont des informations fondamentales pour définir l'éligibilité à la thrombolyse des patients avec infarctus cérébral.

¹⁰ Del Zoppo, et al. Expansion of the time window for treatment of acute ischemic stroke with intravenous tissue plasminogen activator. A science advisory from the American heart association / American Stroke Association. *Stroke* 2009; 40: 2945- 2948.

¹¹ Hacke W, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *The New England Journal of Medicine* 2008; 359: 1317-1329.

¹² Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse), Recommandations de bonne pratique, HAS, mai 2009.

	Fiche descriptive de l'indicateur : EXPERTISE NEUROVASCULAIRE (ENV)
Libellé	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC. Taux de patients ayant bénéficié d'une expertise neurovasculaire.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la trace de l'expertise neurovasculaire est retrouvée.
Dénominateur	Nombre de séjours d'AVC inclus
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=>FinessB=>FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ; ▪ Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations¹³	<p>« La filière intrahospitalière neuro-vasculaire doit être organisée au préalable, coordonnée avec tous les acteurs impliqués (urgentistes, neurologues, radiologues, réanimateurs, biologistes, etc.) et formalisée avec des procédures écrites. Elle doit privilégier la rapidité d'accès à l'expertise neuro-vasculaire et à l'imagerie cérébrale en organisant au mieux les aspects structurels et fonctionnels. ...</p> <p>Les patients adressés vers un établissement disposant d'une UNV doivent être pris en charge dès leur arrivée par un médecin de la filière neuro-vasculaire (accord professionnel). »</p>
Analyse des recommandations	<p>Tout patient ayant un diagnostic d'AVC doit bénéficier d'une expertise neuro vasculaire très précoce. Cette expertise doit permettre de poser/confirmer le diagnostic d'AVC, de définir les traitements et la prise en charge à mettre en œuvre et l'orientation du patient.</p> <p>Dans un établissement ne disposant pas d'un médecin ayant l'expertise neurovasculaire, l'avis peut être donné via le télé AVC.</p>

¹³ Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse), Recommandations de bonne pratique, HAS, mai 2009.

Fiche descriptive de l'indicateur : EVALUATION PAR UN PROFESSIONNEL DE LA REEDUCATION (EPR1)	
Libellé	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC. Taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation et/ou un avis par un médecin MPR.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) et/ou d'un avis par un médecin MPR est retrouvée ou pour lesquels le patient ne présente pas de déficit.
Dénominateur	Nombre de séjours d'AVC inclus.
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=>FinessB=>FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ; ▪ Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations^{14, 15,16,17, 18}	<p>« Tout patient ayant des troubles de la motricité et/ou de la sensibilité doit bénéficier d'une évaluation et d'une prise en charge par un masseur-kinésithérapeute ».</p> <p>« Tout patient présentant des troubles de la déglutition doit bénéficier d'une rééducation utilisant des modifications de texture des aliments, des techniques posturales, des exercices oro-faciaux et des manœuvres de déglutition planifiée par l'orthophoniste ou le masseur kinésithérapeute en collaboration avec l'infirmier. »</p> <p>« Tout patient ayant des troubles de la parole et/ou du langage, oral et écrit, doit être examiné par un orthophoniste (grade B) ».</p> <p>« L'orthophonie consiste à prévenir, à évaluer et à traiter les difficultés ou troubles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du langage oral et écrit et de la communication, - des fonctions oro-myo-faciales, - des autres activités cognitives dont celles liés à la phonation, à la parole, au langage oral et écrit, à la cognition mathématique, <p>Elle consiste également à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à maintenir les fonctions de communication et de l'oralité dans les pathologies dégénératives et neuro-dégénératives, - et à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer les fonctions verbales. »

¹⁴ Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - Aspects paramédicaux - Recommandations, ANAES, Septembre 2002.

¹⁵ Atwal A, et al. Occupational therapists' perceptions of predischarge home assessments with older adults in acute care. *British Journal of Occupational Therapy* 2008; 71(2)

¹⁶ Kristensen HK, et al. Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2010; 1-15.

¹⁷ Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation, Société Française de Neuro Vasculaire et Société Française de Gériatrie et Gérontologie. *Orientations des patients atteints d'AVC- Pratiques professionnelles et Recommandations*, 2008. 18 Référentiel Activités Orthophonie : BO n°32 du 5 septembre 2013

	<p>« Dans la prise en charge précoce des AVC, il est important d'avoir un diagnostic ergothérapeutique afin d'anticiper les problèmes liés au retour à domicile ».</p> <p>« L'intervention ergothérapeutique centrée sur le patient et l'approche réadaptative précoce favorise la participation sociale de la personne ayant eu un AVC ».</p> <p>« L'intervention précoce mais durable (5 mois) au domicile d'un(e) ergothérapeute réduit le handicap du patient après retour précoce au domicile (moins d'1 mois après l'AVC) ».</p>
Analyse des recommandations	<p>La rééducation précoce à la phase aiguë des AVC améliore le pronostic des patients. La mise en œuvre d'une rééducation adaptée nécessite une évaluation des besoins des patients et la réalisation d'un bilan par les professionnels de la rééducation.</p> <p>Les orthophonistes au delà des troubles de la parole et du langage recherchent les autres troubles de la communication et des fonctions supérieures et assurent leur prise en charge. L'intervention précoce au domicile réduit le handicap du patient.</p>

Fiche descriptive de l'indicateur : EVALUATION PAR UN PROFESSIONNEL DE LA REEDUCATION LE 1er JOUR (EPR2)	
Libellé	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC. Taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation le 1 ^{er} jour suivant le jour de l'admission.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) est retrouvée le 1 ^{er} jour suivant le jour de l'admission.
Dénominateur	Nombre de séjours d'AVC inclus avec une évaluation par un professionnel de la rééducation.
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=>FinessB=>FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ; ▪ Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations¹⁹	« Dès le début de l'hospitalisation post-AVC, il est nécessaire de débiter le plus rapidement possible les soins associant kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie et selon les besoins psychologie. L'objectif est d'entreprendre la rééducation dès les premiers jours qui suivent l'AVC, le plus souvent dans les 24 premières heures, et ce malgré d'éventuels troubles de la vigilance. Les gains n'apparaissent qu'après des temps de rééducation suffisamment longs. »
Analyse des recommandations	La rééducation précoce à la phase aigüe de l'AVC améliore le pronostic des patients. La mise en œuvre d'une rééducation adaptée nécessite une évaluation par un professionnel de la rééducation (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) des besoins des patients. Celle-ci doit être réalisée dans les plus brefs délais, les recommandations préconisent que ce soit fait dans les 24 premières heures suivant la prise en charge.

¹⁹ Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte – recommandation pour la pratique clinique, HAS, Juin 2012

Fiche descriptive de l'indicateur : DEPISTAGE DES TROUBLES DE LA DEGLUTITION (DTD)	
Libellé	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC. Taux de patient ayant eu un dépistage des troubles de la déglutition
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la trace du dépistage des troubles de la déglutition est retrouvé.
Dénominateur	Nombre de séjours d'AVC inclus
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=>FinessB=>FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ; ▪ Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations²⁰	<p>« L'AVC peut entraîner de nombreuses complications que l'ensemble de l'équipe doit anticiper très rapidement et tout au long de la prise en charge. L'équipe s'implique en particulier dans la prévention et le traitement des :</p> <p>– troubles de la déglutition ;</p> <p>– ... »</p> <p>« Si l'état de vigilance le permet, le patient doit bénéficier d'une évaluation de la déglutition (grade B) au cours des premières 24 heures, avant la première alimentation.</p> <p>L'évaluation de la déglutition est réalisée au lit du patient par un soignant entraîné, à l'aide d'un test simple validé (grade B). Un matériel d'aspiration doit être disponible dans la chambre du patient pendant cet examen.</p> <p>Les membres de l'équipe responsables de cette évaluation doivent recevoir une formation appropriée (grade C).</p> <p>Tout patient présentant des troubles de la déglutition à ce premier test doit être ensuite examiné, sur prescription médicale, par l'orthophoniste ou le masseur-kinésithérapeute formé, pour approfondir l'évaluation.</p> <p>La réalimentation du patient ayant des troubles de la déglutition fait appel à un personnel formé. Des précautions spécifiques sont nécessaires, notamment sur la consistance de l'alimentation et des liquides à adopter (grade A). »</p>
Analyse des recommandations	Les troubles de la déglutition sont fréquents en post AVC et responsables de pneumopathies d'inhalation dont la prévention passe par un dépistage systématique avant toute alimentation liquide ou solide. Ce dépistage doit être réalisé par un personnel formé, les infirmiers en charge du patient peuvent réaliser ce dépistage mais un orthophoniste ou un masseur kinésithérapeute devra ensuite réaliser le bilan.

²⁰ Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - Aspects paramédicaux - Recommandations, ANAES, Septembre 2002..

Fiche descriptive de l'indicateur : TRANSFERT EN SSR SPECIALISE (TSS)	
Libellé	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC. Taux de patient ayant été transféré dans un SSR spécialisé « Affection du système nerveux » ou « Gériatrie »
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels un transfert en SSR « Affection du système nerveux » ou « Gériatrie » est retrouvé.
Dénominateur	Nombre de séjours d'AVC transférés en SSR
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=>FinessB=>FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ; ▪ Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Indicateur de filière sans diffusion publique. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations²¹	« Impératif organisationnel : précocité de l'orientation et meilleur délai possible de transfert afin d'assurer la fluidité de la filière et de faire bénéficier le plus grand nombre de patients d'une prise en charge par une structure dédiée... »
Analyse des recommandations	Les patients présentant un déficit de gravité moyenne ou sévère doivent bénéficier d'une filière organisée vers la structure de soins de suite et réadaptation (SSR) la plus adaptée à leur pronostic fonctionnel. Le choix de la structure spécialisée SSR « Affection du système nerveux » ou « Gériatrie » dépend du patient et de ses capacités de récupération. La décision de transfert et le choix du type de SSR est fait en coopération entre le neurologue et le médecin de médecine physique et de réadaptation et/ou le gériatre.

²¹ Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation, Société Française de Neuro Vasculaire et Société Française de Gériatrie et Gérontologie. *Orientations des patients atteints d'AVC- Pratiques professionnelles et Recommandations*, 2008.

Fiche descriptive de l'indicateur : TRAITEMENT ANTI AGREGANT OU ANTI COAGULANT APPROPRIE A LA SORTIE (TSOR)	
Libellé	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'infarctus cérébral. Taux de patient ayant une prescription appropriée de traitement anti agrégant ou anti coagulant à la sortie de MCO.
Numérateur	<p>Nombre de séjours pour lesquels une prescription appropriée de traitement anti agrégant ou anti coagulant est retrouvée à la sortie de MCO.</p> <p>Les prescriptions à rechercher sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anti agrégant plaquettaire • Anti Vitamine K • NACO/AOD (anticoagulants oraux directs) • Héparine à dose curative <p>Le traitement approprié permet de répondre positivement à la question lorsque le patient ne nécessite pas de traitement.</p>
Dénominateur	Nombre de séjours d'infarctus cérébraux inclus.
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=>FinessB=>FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ; ▪ Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations^{22, 23}	<ul style="list-style-type: none"> • « Un traitement anticoagulant oral est recommandé chez les patients ayant présenté un infarctus cérébral ou un AIT associé à une fibrillation atriale non valvulaire, paroxystique ou permanente (grade A). Les médicaments possibles sont les AVK (avec un INR entre 2 et 3), ou les anticoagulants oraux non AVK (dabigatran, rivaroxaban ou apixaban). » • « Ces médicaments ont notamment l'AMM dans la prévention des accidents thrombo-emboliques en cas de fibrillation auriculaire non valvulaire, lorsque celle-ci est associée à au moins un des facteurs de risque suivants : <ul style="list-style-type: none"> - antécédent d'AVC, d'accident ischémique transitoire ou d'embolie systémique ; ... <p>Ces médicaments ne nécessitent pas de contrôle biologique. La dose à administrer est fixe.</p> <p>La prescription des anticoagulants oraux non AVK ne doit pas être privilégiée par rapport à celle des AVK. En effet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - On ne dispose pour l'instant d'aucun moyen de mesurer en pratique courante le degré d'anticoagulation qu'ils induisent. Les tests d'hémostase courants ne reflètent pas le niveau d'anticoagulation.

²² Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire, Recommandation de bonnes pratiques, HAS, Juillet 2014

²³ Fibrillation auriculaire non valvulaire : Quelle place pour les anticoagulants oraux non antivitamine K : apixaban (Eliquis®), dabigatran (Pradaxa®) et rivaroxaban (Xarelto®), HAS fiche de bon usage du médicament, Juillet 2013

	<ul style="list-style-type: none"> - Du fait de la brièveté de leur demi-vie, plus courte que celle des AVK, leur action est très sensible à l'oubli d'une prise. - Il n'existe pour l'instant pas d'antidote en cas de surdosage. » • Un infarctus cérébral ou un AIT compliquant un infarctus du myocarde justifient un traitement anticoagulant en cas de fibrillation auriculaire associée ou de thrombus intracardiaque (ne pas associer AVK et antiagrégant plaquettaire) (grade B). • En cas d'infarctus cérébral ou d'AIT associé à un foramen ovale perméable (FOP) un traitement antithrombotique est recommandé (AE). Un traitement antiplaquettaire est recommandé en première intention (AE). En cas de pathologie thromboembolique veineuse concomitante un traitement par anticoagulant oral est recommandé (AE). • Les anticoagulants oraux AVK sont recommandés après un infarctus cérébral ou un AIT compliquant un rétrécissement mitral rhumatismal (AE). En cas d'infarctus cérébral ou d'AIT chez un sujet porteur d'un prolapsus de la valve mitrale isolé ou de calcifications valvulaires, un traitement par antiagrégant plaquettaire est recommandé (AE). Un traitement par anticoagulant est recommandé en cas de fibrillation auriculaire associée (AE). • Après un infarctus cérébral ou un AIT d'origine non cardioembolique, l'utilisation d'un traitement antiagrégant plaquettaire est recommandée pour réduire le risque de récurrence d'AVC (grade A). Le traitement recommandé après un infarctus cérébral ou un AIT est : <ul style="list-style-type: none"> - l'aspirine à 75-325 mg/j (grade A) ; - ou le clopidogrel 75 mg/j (grade B). • En cas d'athérosclérose sévère avec élément mobile et/ou thrombus, un traitement anticoagulant par AVK de plusieurs semaines peut être envisagé (AE). • Chez des patients ayant un infarctus cérébral ou un AIT secondaire à une dissection artérielle cervicale, la prescription d'un traitement antithrombotique est recommandée (AE). La décision de prescrire un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire est à prendre au cas par cas en fonction des caractéristiques cliniques, radiologiques, et des comorbidités (AE). Le traitement antithrombotique pourra être arrêté après recanalisation de l'artère. En cas de sténose ou dilatation anévrysmale résiduelle, un traitement antiagrégant plaquettaire au long cours est recommandé (AE).
Analyse des recommandations	En règle générale après un Infarctus cérébral les patients doivent bénéficier d'un traitement anti thrombotique en prévention des récurrences. Le choix du traitement est fonction de l'étiologie de l'AVC.

Fiche descriptive de l'indicateur : PROGRAMMATION D'UNE CONSULTATION POST AVC (PCA)	
Libellé	<p>Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC.</p> <p>Taux de patient ayant une consultation avec un médecin de la filière AVC (Neurologue, médecin MPR ou gériatre) programmée dans les 6 mois suivant sa sortie de MCO.</p>
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la programmation d'une consultation avec un médecin de la filière AVC (Neurologue, médecin MPR ou gériatre) dans les 6 mois suivant la sortie de MCO est retrouvée.
Dénominateur	Nombre de séjours d'AVC inclus
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=>FinessB=>FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ; ▪ Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus.</p> <p>Ajustement sur le risque : non.</p>
Recommandations²⁴	<p>La consultation « bilan » est médicale mais également rééducative, psychologique, neuropsychologique et sociale, elle est au mieux pluridisciplinaire et associe médecins et professionnels paramédicaux et médico-sociaux.</p> <p>« Elle vise, notamment par l'emploi de grilles de dépistage, à explorer les dimensions physique (aspects moteur, sensitif, sensoriel), cognitive, viscérale (déglutition, sphère uro-génitale, désadaptation), psychologique du patient et de son entourage. Elle est une étape dans l'éducation thérapeutique, l'information et le contrôle des facteurs de risques. Elle est intégrée dans le dossier médical personnel de chaque patient (DMP).</p> <p>Cette consultation a comme double objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'adapter le suivi de chaque personne à sa situation, en l'orientant s'il y a lieu vers les professionnels adéquats, de contribuer à sa réinsertion sociale et socioprofessionnelle ; ... <p>Elle est réalisée entre deux et six mois après l'AVC et s'adresse à tous les patients, afin justement de repérer des déficiences passées jusqu'alors inaperçues, mais sources de handicaps et d'une désadaptation sociale secondaires ou supplémentaires.</p>
Analyse des recommandations	<p>Après un AVC tous les patients doivent bénéficier d'une consultation à distance de la prise en charge en MCO, même si les patients avaient des déficits totalement régressifs.</p> <p>Cette consultation est réalisée par un médecin de la filière AVC, neurologue, médecin de médecine physique réadaptation ou gériatre, elle pourra être pluriprofessionnelle si le patient le nécessite.</p> <p>Elle doit être programmée dès la sortie du patient du secteur MCO.</p> <p>Elle a pour objet de faire un bilan des besoins du patient en terme de rééducation et d'ajuster le traitement de prévention des facteurs de risque. Pour les patients pris en charge initialement hors filière elle permet de les réintégrer dans la filière.</p>

²⁴Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 », Ministère de la santé et des sports, Avril 2010

Fiche descriptive de l'indicateur : TENUE DU DOSSIER PATIENT (AVC - TDP)	
Libellé	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC. Score de conformité du contenu du dossier des patients pris en charge pour un AVC.
Numérateur	Nombre d'items conformes pour chaque dossier.
Dénominateur	Nombre d'items évalués pour chaque dossier.
Calcul du score	Moyenne des conformités calculées par dossier.
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=>FinessB=>FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ; ▪ Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations²⁵	« La bonne tenue du dossier du patient contribue à la continuité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la qualité de la pratique professionnelle. Le dossier est également un support privilégié de l'évaluation des pratiques. Il est enfin un outil d'enseignement et de recherche pour les professionnels de santé. Pour ces raisons, l'amélioration du dossier est une thématique constante des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins dans les établissements de santé. »
Analyse des recommandations	<p>Le groupe de travail considère que le dossier d'un patient hospitalisé pour AVC doit comporter les éléments suivants à l'admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antécédents / Facteurs de risque cardio-vasculaires ; • Traitement habituel ; • Score de gravité NIHSS ; • ECG ; • Tension artérielle ; • Mesure de la glycémie capillaire. <p>Au cours de l'hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compte rendu de l'imagerie cérébrale initiale validé par un radiologue <p>A la sortie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les patients dont le déficit n'était pas totalement régressif : score d'autonomie ou de handicap (RANKIN, Barthel, échelle SOFMER ou AGGIR) à la sortie.

²⁵ Haute Autorité de santé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu - réglementation et recommandations. Paris, 2003. [Site consulté le 09/03/2011] disponible depuis : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_amelioration_de_la_qualite_de_la_tenue_et_du_contenu_-_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf

Algorithmes de calcul des indicateurs

Indicateur 1 : DELAI ARRIVEE – IMAGERIE EN PREMIERE INTENTION

Pour tous les patients à l'exception des transférés : Délai médian (en heures) entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale.

ALGORITHMES DE CALCUL		
Variable	Algorithme	
Délai médian = Médiane {num IND IMA} Délai en HH : MM	Dossier i : [num IND IMA]	Si ([ADE 2] = 2 OU [IMA 2] = « Non retrouvée » OU [IMA 3] = « Non retrouvée » OU [ADE 3] = « Non retrouvée » OU [ADE 4] = « Non retrouvée » OU {[IMA 2] ET [IMA 3]} - ([ADE 3] ET [ADE 4]) < 0 OU {[IMA 2] ET [IMA 3]} - ([ADE 3] ET [ADE 4]) > 72h) Alors [num IND IMA] = . Sinon [num IND IMA] = ([IMA 2] ET [IMA 3]) - ([ADE 3] ET [ADE 4]) FinSi

Indicateur 2 : DATE ET HEURE DE SURVENUE DES SYMPTOMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'infarctus cérébral : Taux de patients pour lesquels la trace de la date et de l'heure de début des symptômes est retrouvée.

ALGORITHMES DE CALCUL		
Variable	Algorithme	
Pourcentage de dossiers = $\frac{\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND DHS}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den IND DHS}]}$	Dossier i : [num IND DHS]	Si ({[ADE 5] = 1 OU [ADE 5] = 3} ET {[ADE 7] = 1 OU [ADE 7] = 3}) Alors [num IND DHS] = 1 Sinon [num IND DHS] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND DHS]	Tous les dossiers d'infarctus inclus : [AVC 6] = 1 ET [AVC 7] = 1 ET [AVC 8] = 2 ET [AVC 9] = 2 ET [AVC 10] = 2

Indicateur 3 : EXPERTISE NEURO-VASCULAIRE

Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC : Taux de patients ayant bénéficié d'une expertise neurovasculaire.

ALGORITHMES DE CALCUL		
Variable	Algorithme	
Pourcentage de dossiers = $\frac{\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND ENV}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den IND ENV}]}$	Dossier i : [num IND ENV]	Si [ENV 1] = 1 OU [ADE 12] = 1 OU [ADE 11] = 1 Alors [num IND ENV] = 1 Sinon [num IND ENV] = 0 FinSi

	Dossier i : [den IND ENV]	Tous les dossiers inclus : [AVC 6] = 1 ET ([AVC 7] = 1 OU [AVC 7] = 2) ET [AVC 8] = 2 ET [AVC 9] = 2 ET [AVC 10] = 2
--	------------------------------	---

Indicateur 4 : EVALUATION PAR UN PROFESSIONNEL DE LA REEDUCATION

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

ALGORITHMES DE CALCUL

Variable	Algorithme	
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND EPR1}] / \sum_{i=1}^{80} [\text{den IND EPR1}]$	Dossier i : [num IND EPR1]	Si [EPR 1.1] = 1 OU [EPR 1.2] = 1 OU ([EPR 1.1] = 2 ET [EPR 1.2] = 2 ET [EPR 3] = 1) Alors [num IND EPR1] = 1 Sinon [num IND EPR1] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND EPR1]	Tous les dossiers inclus

Indicateur 5 : EVALUATION PAR UN PROFESSIONNEL DE LA REEDUCATION LE 1^{ER} JOUR

Taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation le 1^{er} jour suivant le jour de l'admission.

Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND EPR2}] / \sum_{i=1}^{80} [\text{den IND EPR2}]$	Dossier i : [num IND EPR2]	Si ([EPR 2] - [ADE 3] <> .) ET ([EPR 2] - [ADE 3] >=0) ET ([EPR 2] - [ADE 3] <= 1) Alors [num IND EPR2] = 1 Sinon [num IND EPR2] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND EPR2]	Tous les dossiers inclus ET ([EPR 1.1] = 1 OU [EPR 1.2] = 1)

Indicateur 6 : DEPISTAGE DES TROUBLES DE LA DEGLUTITION

Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC : Taux de patient ayant eu un dépistage des troubles de la déglutition

ALGORITHMES DE CALCUL

Variable	Algorithme	
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND DTD}] / \sum_{i=1}^{80} [\text{den IND DTD}]$	Dossier i : [num IND DTD]	Si [DTD 1] = 1 Alors [num IND DTD] = 1 Sinon [num IND DTD] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND DTD]	Tous les dossiers inclus

Indicateur 7 : TRANSFERT EN SSR SPECIALISE

Pour les patients ayant été transférés : Taux de patient ayant été transféré dans un SSR spécialisé « Affection du système nerveux » ou « Gériatrie »

ALGORITHMES DE CALCUL

Variable	Algorithme	
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND TSS}] / \sum_{i=1}^{80} [\text{den IND TSS}]$	Dossier i : [num IND TSS]	Si [SSR 3] = 1 OU [SSR 3] = 2 Alors [num IND TSS] = 1 Sinon [num IND TSS] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND TSS]	Tous les dossiers inclus ET [SSR 1] = 1

Indicateur 8 : TRAITEMENT A LA SORTIE

Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'infarctus cérébral : Taux de patient ayant une prescription appropriée de traitement anti aggrégant ou anti coagulant à la sortie de MCO.

ALGORITHMES DE CALCUL

Variable	Algorithme	
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND TSOR}] / \sum_{i=1}^{80} [\text{den IND TSOR}]$	Dossier i : [num IND TSOR]	Si [SOR 2] = 1 OU ([SOR 2] = 2 ET [SOR 2.1] = 1) Alors [num IND TSOR] = 1 Sinon [num IND TSOR] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND TSOR]	Tous les dossiers d'infarctus inclus : [AVC 6] = 1 ET [AVC 7] = 1 ET [AVC 8] = 2 ET [AVC 9] = 2 ET [AVC 10] = 2

Indicateur 9 : PROGRAMMATION D'UNE CONSULTATION POST-AVC

Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC : Taux de patient ayant une consultation avec un médecin de la filière AVC (Neurologue, médecin MPR ou gériatre) programmée dans les 6 mois suivant sa sortie de MCO.

ALGORITHMES DE CALCUL

Variable	Algorithme	
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND CPA}] / \sum_{i=1}^{80} [\text{den IND CPA}]$	Dossier i : [num IND CPA]	Si [SOR 3] = 1 Alors [num IND CPA] = 1 Sinon [num IND CPA] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND CPA]	Tous les dossiers inclus

Indicateur 10 : TENUE DU DOSSIER PATIENT

Score de conformité du contenu du dossier des patients pris en charge pour un AVC.

ALGORITHMES DE CALCUL

Variable	Algorithme	
Critère 1 : Antécédents / Facteurs de risque cardio - vasculaires		
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} \frac{[\text{num CRIT1}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den CRIT1}]}$	Dossier i : [num CRIT1]	Si [TDP 1] = 1 Alors [num CRIT1] = 1 Sinon [num CRIT1] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT1]	Tous les dossiers inclus ET [ADE 2] <> 2
Critère 2 : Traitement habituel		
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} \frac{[\text{num CRIT2}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den CRIT2}]}$	Dossier i : [num CRIT2]	Si [TDP 2] = 1 Alors [num CRIT2] = 1 Sinon [num CRIT2] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT2]	Tous les dossiers inclus ET [ADE 2] <> 2
Critère 3 : Score de gravité NIH		
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} \frac{[\text{num CRIT3}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den CRIT3}]}$	Dossier i : [num CRIT3]	Si [TDP 4] = 1 Alors [num CRIT3] = 1 Sinon [num CRIT3] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT3]	Tous les dossiers inclus ET [ADE 2] <> 2
Critère 4 : ECG		
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} \frac{[\text{num CRIT4}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den CRIT4}]}$	Dossier i : [num CRIT4]	Si [TDP 6] = 1 Alors [num CRIT4] = 1 Sinon [num CRIT4] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT4]	Tous les dossiers inclus ET [ADE 2] <> 2
Critère 5 : Tension artérielle		
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} \frac{[\text{num CRIT5}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den CRIT5}]}$	Dossier i : [num CRIT5]	Si [TDP 7] = 1 Alors [num CRIT5] = 1 Sinon [num CRIT5] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT5]	Tous les dossiers inclus ET [ADE 2] <> 2

Critère 6 : Mesure de la glycémie capillaire		
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} \frac{[\text{num CRIT6}]}{[\text{den CRIT6}]}$	Dossier i : [num CRIT6]	Si [TDP 8] = 1 Alors [num CRIT6] = 1 Sinon [num CRIT6] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT6]	Tous les dossiers inclus ET [ADE 2] <> 2
Critère 7 : Compte-rendu d'imagerie		
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} \frac{[\text{num CRIT7}]}{[\text{den CRIT7}]}$	Dossier i : [num CRIT7]	Si [IMA 4] = 1 Alors [num CRIT7] = 1 Sinon [num CRIT7] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT7]	Tous les dossiers inclus ET [ADE 2] <> 2
Critère 8 : Score de dépendance à la sortie		
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} \frac{[\text{num CRIT8}]}{[\text{den CRIT8}]}$	Dossier i : [num CRIT8]	Si [SOR 1] = 1 Alors [num CRIT8] = 1 Sinon [num CRIT8] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT8]	Tous les dossiers inclus ET [ADE 2] <> 2 ET ([EPR 1.1] = oui OU [EPR 1.2] = oui OU [EPR 3] = Non)
Score de qualité de la tenue du dossier patient		
1ère étape : un score individuel est calculé pour chaque dossier i. Il correspond à la somme des critères conformes divisée par la somme des critères applicables.	Dossier i : [IND_TDP_i]	$[\text{IND TDP } i] = \frac{([\text{num CRIT } 1 \text{ } i] + [\text{num CRIT } 2 \text{ } i] + [\text{num CRIT } 3 \text{ } i] + [\text{num CRIT } 4 \text{ } i] + [\text{num CRIT } 5 \text{ } i] + [\text{num CRIT } 6 \text{ } i] + [\text{num CRIT } 7 \text{ } i]) + [\text{num CRIT } 8 \text{ } i]}{([\text{den CRIT } 1 \text{ } i] + [\text{den CRIT } 2 \text{ } i] + [\text{den CRIT } 3 \text{ } i] + [\text{den CRIT } 4 \text{ } i] + [\text{den CRIT } 5 \text{ } i] + [\text{den CRIT } 6 \text{ } i] + [\text{den CRIT } 7 \text{ } i]) + [\text{den CRIT } 8 \text{ } i]}$
2ème étape : un score global est ensuite calculé pour l'échantillon. Il correspond à la moyenne arithmétique de scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon.	Score de qualité de la tenue du dossier patient	$\sum_{i=1}^N [\text{IND_TDP_}i] / (\text{Nombre dossiers inclus ET [ADE 2] <> 2})$