

Indicateurs pour l'amélioration de la  
qualité et de la sécurité des soins

## **Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (AVC)**

Résultats nationaux de la campagne  
2015 - Données 2014

Synthèse

Ce document présente les résultats, issus du recueil 2015 - données 2014, des indicateurs du thème « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (AVC) », recueil réalisé par tous les établissements ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et prenant en charge des patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral sous la coordination de la Haute Autorité de Santé.

Ces indicateurs donnent une image du niveau de qualité de la prise en charge au sein 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.

### Rapport rédigé sans prise en compte des résultats du contrôle qualité du recueil réalisé par les agences régionales de santé (ARS)

Les résultats nationaux présentés dans ce rapport (classements, référentiels) ne prennent pas en compte les résultats du contrôle qualité réalisé par les ARS dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC) demandée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Le délai entre la fin de la rédaction du rapport et la fin du contrôle qualité du recueil (début novembre) permet cependant la présentation, en fin de rapport, des principaux résultats issus de ce contrôle.

### Où retrouver les résultats de votre établissement ?

Les résultats complets individuels et comparatifs de chaque établissement ainsi que l'analyse complémentaire sont accessibles sur la plate-forme QualHAS. Pour y accéder, contacter le service DIM de votre établissement.

Les résultats des indicateurs diffusés publiquement par établissement sont disponibles sur le site Scope Santé, site d'information sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers mis en place par la HAS en partenariat avec le ministère de la Santé. [www.scopesante.fr](http://www.scopesante.fr)



### ADMINISTRATION D'ASPIRINE APRÈS UN INFARCTUS CÉRÉBRAL

Cet indicateur évalue l'administration d'aspirine, en l'absence de contre-indication, dans les 24 premières heures d'hospitalisation après un infarctus cérébral

> EN SAVOIR PLUS

Date des données : 2012  
Fréquence de la mise à jour : tous les 2 ans  
Source : QUALHAS

	Cotation	Couleur	Valeur de l'indicateur	Intervalle de confiance	Evolution depuis la dernière évaluation
Médecine	A	■	100 %	[100% - 100%]	Non concerné/non comparable
Chirurgie					
Obstétrique					

Légende : + ● - ● ● Non répondant (NR) ⊕ En cours de certification, non concerné (NC), non applicable (NA) ou données insuffisantes

### Pour en savoir plus

Le descriptif des indicateurs est disponible sur le site Internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_970481/ipaqss-recueils-des-indicateurs](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970481/ipaqss-recueils-des-indicateurs)

### 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)

Ce rapport a été corédigé par Marie Erbault et Mélanie Couralet sous la coordination de Rose Derenne, adjointe, et sous la responsabilité de Catherine Grenier, chef du service « Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » (SIPAQSS).

Synthèse validée par le Collège de la HAS le 18 novembre 2015.

## Contexte

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une priorité de santé en France. Chaque année, environ 130 000 personnes sont victimes d'un AVC dont 40 000 décèdent de ses suites ; 30 000 gardent des séquelles lourdes. L'AVC constitue la première cause de décès chez la femme, la troisième chez l'homme, et la première cause de handicap acquis non traumatique en France. C'est également la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer.

Le plan AVC du ministère de la Santé mis en œuvre en 2010 s'est terminé en décembre 2014. Les objectifs du plan étaient de diminuer la mortalité et le handicap suite à un AVC, ce qui nécessite une prise en charge immédiate avec traitement et rééducation rapide, puis adaptée tout au long du parcours du patient.

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins s'inscrivent dans cette démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients qui ont eu un AVC. Ces indicateurs sont utilisés par différents acteurs :

- les établissements de santé pour leur démarche d'amélioration de la qualité grâce à l'ensemble des informations qui leur sont rendues ;
- les tutelles dans le cadre du pilotage institutionnel ;
- les usagers dans leurs démarches de recherche d'information sur la qualité des établissements de santé.

### Des données représentatives de la prise en charge des AVC en France

Les données présentées dans ce rapport ont été recueillies dans près de 27 000 dossiers de patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral (AVC) sur l'ensemble de la France, les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont exclus. Cela représente environ 30 % des AVC hors AIT pris en charge en établissement de santé chaque année en France si l'on se reporte aux chiffres publiés dans le rapport de la CNAM sur les données 2013, le nombre d'hospitalisations pour AVC étant de 93 000.

La population analysée est représentative de la population prise en charge en France pour un AVC en termes de sexe ratio : les femmes représentent 50,2 % des AVC hospitalisés dans l'étude 2008<sup>1</sup> et 50 % dans l'échantillon mesuré.

L'âge moyen de la population analysée, 76 ans, est un peu plus élevé que l'âge moyen dans l'étude de 2008 qui était de 73 ans<sup>1</sup>.

## Le recueil des indicateurs

Entre mars et juin 2015, la HAS a coordonné la campagne de recueil de 10 indicateurs dans les établissements de santé MCO prenant en charge des patients hospitalisés pour un AVC.

### Quatre indicateurs recueillis pour la troisième fois

- Délai arrivée - imagerie en première intention.
- Date et heure de survenue des symptômes.
- Évaluation par un professionnel de la rééducation.
- Tenue du dossier patient.

Parmi ces indicateurs, 3 font l'objet d'une diffusion publique dans les établissements et sur le site Scope Santé : Date et heure de survenue des symptômes, Évaluation par un professionnel de la rééducation, Tenue du dossier patient.

### Six nouveaux indicateurs recueillis pour la première fois en 2015

- Expertise neurovasculaire.
- Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1<sup>er</sup> jour.

<sup>1</sup> Personnes hospitalisées pour accident vasculaire cérébral en France : tendances 2002 – 2008 BEH 10-11/6 mars 2012

- Dépistage des troubles de la déglutition.
- Transfert en SSR spécialisé.
- Traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie.
- Programmation d'une consultation post-AVC.

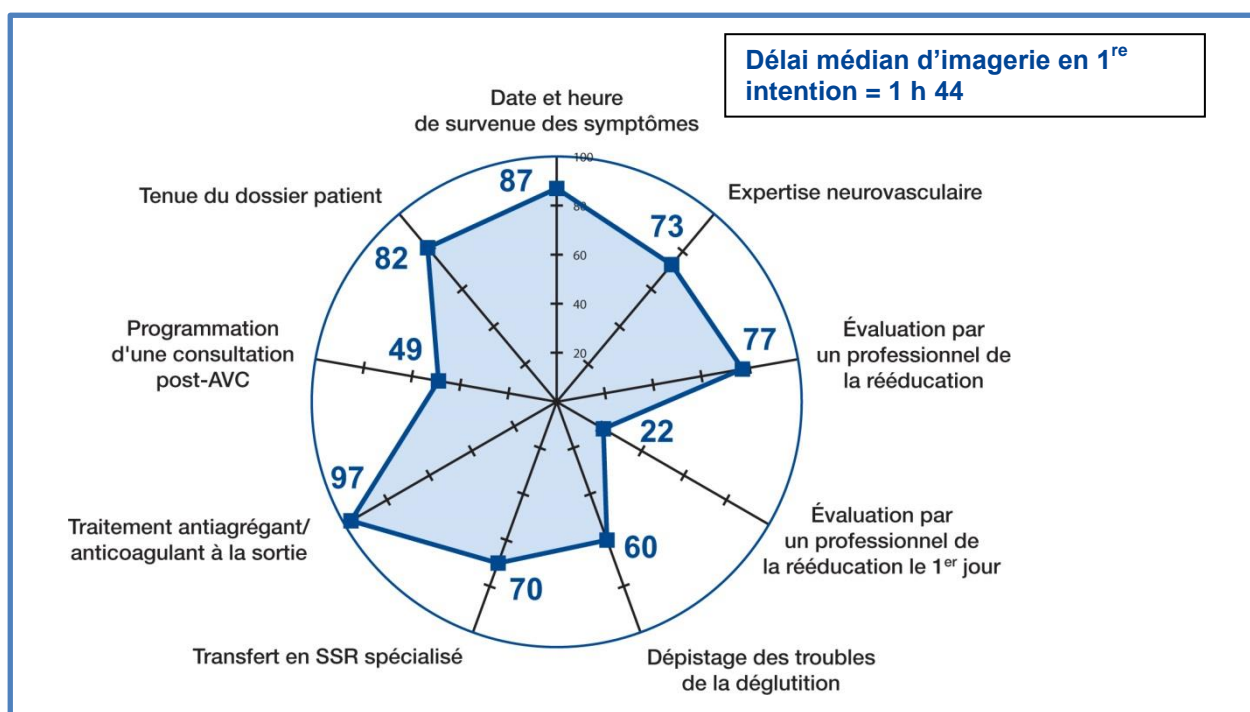
Ces indicateurs ne font pas l'objet de diffusion publique en 2015.

Les établissements de santé avec une activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) prenant en charge au moins 10 AVC par an, de type infarctus cérébral ou hémorragie cérébrale (les AIT sont exclus), mesurent les indicateurs « Prise en charge initiale de l'AVC ». Chaque établissement sélectionne 80 dossiers au maximum par tirage au sort aléatoire à partir des données du PMSI.

Parmi les 544 établissements ayant analysé des dossiers, 136 disposent d'une UNV et 112 d'une installation de télé AVC et 331 possèdent une IRM dont 156 fonctionnent 24 heures sur 24.

## Principaux résultats du recueil

**Graphique 1. Résultat des indicateurs « Prise en charge initiale de l'AVC » - Moyennes pondérées nationales\* – AVC – Campagne 2015 - données 2014**



\* Les résultats nationaux des indicateurs sont des taux moyens pondérés ce qui signifie que ce taux prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge hospitalière des AVC.

La participation des établissements est très importante :

- sur les 544 établissements devant réaliser le recueil, 1 seul n'a pas participé à la campagne 2015 ;
- 26 887 dossiers sont analysés.

Des cliniciens ont participé au recueil des indicateurs dans 82 % des établissements, des neurologues dans 39 % des établissements, des urgentistes dans 42 % des établissements, des gériatres dans 26 % des établissements.

Les indicateurs généralisés sont pertinents.

- La variabilité interétablissements des résultats est importante pour la plupart des indicateurs.
- La variabilité entre les régions existe au niveau de la plupart des indicateurs.
- Les résultats objectivent qu'il existe une marge d'amélioration des prises en charge.

Réaliser une imagerie dans les meilleurs délais permet d'orienter la prise en charge. L'IRM est l'examen le plus performant, mais sa réalisation ne doit pas retarder la prise en charge ; en cas d'indisponibilité de l'IRM dans les plus brefs délais, un scanner sera réalisé. L'imagerie permet de faire le diagnostic différentiel entre infarctus cérébral et hémorragie cérébrale et permet à certains patients avec infarctus cérébral de bénéficier d'une thrombolyse, si le diagnostic est réalisé dans les premières heures.

Le **délai** médian entre **l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale** après un AVC est de 1 h 44 pour tous les patients, hors transfert ; il est de 1 h 27 pour les établissements disposant d'une UNV versus 1 h 51 pour les établissements sans UNV. L'imagerie cérébrale est réalisée dans la première heure dans 29 % des cas.

Le taux moyen pondéré de réalisation d'une IRM en première intention est de 27 %. Le taux brut d'IRM dans notre échantillon a progressé entre les 2 campagnes, passant de 13 % en 2013 à 18 % en 2015. Le délai médian de réalisation de l'IRM est de 45 minutes, il était de 54 minutes dans le recueil de 2013.

**Connaître la date et l'heure de survenue de l'AVC est un élément fondamental pour définir l'éligibilité du patient à la thrombolyse.**

L'indicateur relatif à **la date et l'heure de début des symptômes** ou la notion que cette **information n'a pu être tracée** (AVC du réveil par exemple) présente une moyenne pondérée nationale à 87 %, ce taux était de 84 % en 2013. La variabilité interétablissements reste importante avec un taux de traçabilité de l'information de 91 % dans les établissements disposant d'une UNV versus 78 % dans les établissements sans UNV.

Parmi les dossiers analysés, 26 % des patients ont été admis dans des délais compatibles avec la thrombolyse et parmi eux, 20 % ont été thrombolysés.

Le taux de thrombolyse de l'échantillon de dossiers analysés est de 6,31 %, il est de 12 % lorsqu'on le pondère sur l'activité des établissements. Le délai médian entre la survenue des premiers symptômes et la réalisation de la thrombolyse est de 2 h 50, il est de 1 h 12 entre l'arrivée dans l'établissement et la thrombolyse. Les résultats en termes de délais sont très proches entre les campagnes 2013 et 2015, seul le délai médian de prise en charge des 25 % de patients pour lesquels le délai était le plus long a diminué de 1 h 57 à 1 h 39.

**L'évaluation du patient par un médecin neurovasculaire réalisée dans le service où le patient est admis ou via le télé AVC permet de définir la prise en charge la plus adaptée et d'orienter les patients en fonction de leurs besoins.**

L'indicateur **Expertise neurovasculaire** présente un taux moyen pondéré de 73 %. Ce taux est de 89 % dans les établissements disposant d'une UNV versus 35 % dans les établissements sans UNV.

Globalement, au niveau de la population évaluée, l'expertise neurovasculaire a été réalisée via la prise en charge en UNV dans 30 % des dossiers, via le télé AVC dans 2 %.

L'évaluation par des professionnels de la rééducation et/ou des médecins de médecine physique et réadaptation (MPR) permet la mise en œuvre d'une rééducation adaptée. Les recommandations de bonne pratique préconisent qu'elle soit réalisée le 1<sup>er</sup> jour suivant le jour de l'admission.

L'indicateur **Évaluation par un professionnel de la rééducation**, qui évalue la proportion de dossiers dans lesquels la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation et/ou d'un avis par un médecin de MPR est retrouvée ou pour lesquels le patient ne présente pas de déficit, présente un taux moyen pondéré interétablissements de 77 %, il était de 74 % en 2013. Ce taux est de 81 % dans les établissements disposant d'une UNV versus 68 % dans les établissements sans UNV.

Parmi les dossiers analysés, 51 % comportent une évaluation par un professionnel de rééducation ou un médecin MPR et 22 % tracent un déficit totalement régressif. Cependant 27 % des dossiers ne comportent pas d'information sur ce sujet.

Lorsque cette information est présente dans les dossiers, l'indicateur relatif à l'**évaluation réalisée le 1<sup>er</sup> jour suivant l'admission** présente une moyenne pondérée nationale de 22 %. Ce taux est de 24 % dans les établissements disposant d'une UNV versus 18 % dans les établissements sans UNV.

57 % des patients bénéficient d'une évaluation dans les 3 jours suivant leur admission.

Le dépistage des troubles de la déglutition permet de gérer le risque de pneumopathie d'inhalation adaptant le régime alimentaire du patient ayant eu un AVC.

Le taux moyen national pondéré de l'indicateur **Dépistage des troubles de la déglutition** est de 60 %. Ce taux est de 66 % dans les établissements disposant d'une UNV versus 46 % dans les établissements sans UNV.

L'orientation des patients qui le nécessitent en SSR spécialisé en poursuivant la rééducation permet de limiter le handicap.

Parmi les 34 % de dossiers traçant un transfert en SSR, la moyenne pondérée nationale de l'indicateur **Transfert en SSR spécialisé**, affection du système nerveux ou gériatrie, est de 70 %. Ce taux est de 77 % dans les établissements disposant d'une UNV versus 53 % dans les établissements sans UNV.

Le délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et le transfert en SSR est de 14 jours.

La prescription d'antiagrégant ou d'anticoagulant à la sortie de l'hospitalisation en MCO pour les patients ayant eu un infarctus cérébral limite les risques de récives.

La moyenne nationale pondérée de l'indicateur **Traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie** est de 97 %. Il n'y a pas de différence entre les établissements disposant d'une UNV et ceux n'en disposant pas.

La consultation post-AVC a pour objet de réaliser à distance de l'AVC un bilan du patient et d'intégrer dans la filière AVC des patients qui n'ont pas bénéficié d'une prise en charge initiale. Elle doit être programmée dès la sortie de l'hospitalisation en MCO, éventuellement en sortie de SSR.

L'indicateur **Programmation d'une consultation post-AVC** présente un taux moyen pondéré de 49 %. Ce taux est plus élevé dans les établissements prenant en charge le plus grand nombre d'AVC et dans les établissements disposant d'une UNV (58 % versus 28 % dans les établissements sans UNV).

Le dossier du patient permet d'assurer la coordination et la continuité des soins et devrait faciliter le recueil des données.

L'indicateur **Tenue du dossier patient** présente un score moyen pondéré national de 82 %, 5 des 7 items (antécédents ou facteurs de risque cardio-vasculaires, traitement habituel, électrocardiogramme, pression artérielle, compte rendu de l'imagerie cérébrale initiale signé par un radiologue), présentent une traçabilité de plus de 90 %, le taux de traçabilité de la glycémie capillaire est lui de 86 % (versus 83 % en 2013). La traçabilité du score de gravité neurologique NIHSS la première heure

de prise en charge est en progression entre les 2 recueils (32 % en 2015 versus 27 % en 2013) avec une forte marge d'amélioration.

L'informatisation des dossiers devrait permettre de faciliter le partage des informations et le recueil des données.

**L'informatisation du dossier du patient** progresse entre les 2 recueils, l'informatisation totale augmente de 10 points, passant de 13 % à 23 %, les dossiers non informatisés diminuent de 3 points, 6 % versus 9 % en 2013. Les services d'imagerie déjà bien informatisés poursuivent leur progression, 78 % versus 60 % en 2013 pour l'imagerie et 85 % versus 75 % pour le CR d'imagerie, les observations médicales s'informatisent progressivement (37 % versus 26 %). Le taux d'informatisation des demandes de transfert en SSR passe de 30 % à 60 %. Le courrier de fin d'hospitalisation présente un taux d'informatisation de 93 % (versus 85 % en 2013).

## Axes d'amélioration

Au regard des résultats plusieurs axes d'amélioration sont déductibles de la campagne nationale de recueil de 2015.

- Les établissements disposant d'une UNV présentent des taux plus élevés de plus de 10 points pour la plupart des indicateurs, l'inscription dans une filière améliore la qualité de la prise en charge des patients.
- Les patients qui ne sont pas pris en charge en UNV doivent bénéficier d'une expertise neurovasculaire afin de définir la meilleure prise en charge pour eux. Pourtant, la prise en charge via le télé AVC ne représente que 21 % des patients pris en charge dans les établissements disposant de cette installation.
- L'évaluation par un professionnel de la rééducation le 1<sup>er</sup> jour, comme préconisé dans les recommandations de bonne pratique, a du mal à être réalisée, l'évaluation dans les 3 jours a progressé entre les 2 recueils mais n'est réalisée dans ces délais que pour 57 % des patients présentant un déficit persistant. Fondamentale pour diminuer le handicap, la prise en charge précoce en rééducation devrait pouvoir être proposée à tous les patients.
- Le dépistage des troubles de la déglutition doit être réalisé afin d'éviter les pneumopathies d'inhalation et être tracé dans le dossier des patients afin d'adapter leur alimentation, si besoin. Or il n'est retrouvé que dans 60 % des cas (moyenne pondérée).
- 30 % des patients transférés en SSR ne sont pas orientés vers des structures spécialisées. Une réduction de ce taux permettrait aux patients de bénéficier de la prise en charge la plus adaptée à leurs besoins.
- La programmation d'une consultation post-AVC en sortie de MCO est faible. Des actions d'amélioration doivent porter sur la programmation de la consultation post-AVC, même si les patients n'ont plus de déficit. Un bilan à distance de l'AVC permet de détecter les difficultés que ces patients peuvent rencontrer pour reprendre une vie normale (fatigue, dépression, etc.).
- La réalisation du score NIHSS dans l'heure suivant l'entrée du patient dans l'établissement a progressé entre les 2 campagnes, 32 % des dossiers en 2015 versus 27 % en 2013. Il est mieux réalisé lorsque l'établissement dispose d'une UNV, le score étant de 58 % dans ce cas. Cette évaluation devrait être réalisée et tracée dans le dossier dès le début de la prise en charge du patient afin de permettre un suivi de l'état neurologique du patient durant son hospitalisation. Une attention particulière doit être portée aux pratiques en SAU, 79 % des patients étant admis dans l'établissement via le service d'accueil des urgences (SAU).
- La glycémie capillaire réalisée dans la première heure suivant l'admission du patient n'est tracée que dans 86 % des dossiers, versus 83 % en 2013. Cet examen devrait être réalisé systématiquement car l'hypoglycémie doit être corrigée en urgence<sup>2</sup>.

Les résultats des indicateurs peuvent être utilisés au sein des établissements de santé pour améliorer la prise en charge des patients ayant eu un AVC. Ils permettent un suivi dans le temps et une comparaison aux moyennes nationales et régionales. Les établissements de santé disposent également d'autres informations qui sont présentées dans ce rapport, comme le taux ou le délai de thrombolyse, que chaque établissement peut retrouver pour lui-même sur la plate-forme QualHAS (sans comparaison, car ces indicateurs ne dépendent pas que des pratiques de l'établissement, mais aussi des

<sup>2</sup>Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce. HAS, recommandations de bonne pratique. Mai 2009

autres étapes de la prise en charge et des caractéristiques des patients). Les résultats nationaux montrent que des améliorations peuvent être apportées au bénéfice des patients. Il revient à chaque établissement d'engager les actions qui seront utiles.

## Perspectives

Le prochain recueil des indicateurs sur le thème « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral » sera mis en œuvre par la HAS en 2017. Celui-ci portera sur des dossiers de l'année 2016.

L'ensemble des résultats est détaillé dans le rapport long. Une analyse régionale des indicateurs sous forme de cartographie dynamique est disponible sur le site Internet de la HAS : [http://www.has-sante.fr:8080/portail/jcms/c\\_2564979/](http://www.has-sante.fr:8080/portail/jcms/c_2564979/)





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)