

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Résultats des indicateurs pour
l'amélioration de la qualité et de la
sécurité des soins

Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral

Campagne 2017 – Données 2016

Décembre 2017

Ce document présente les résultats, issus du recueil 2017 - données 2016, des indicateurs du thème « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (AVC) », Ce recueil a été réalisé sous la coordination de la Haute Autorité de Santé, par tous les établissements de santé ayant une activité de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) et prenant en charge des patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral.

Les résultats de ces indicateurs donnent une image de la qualité de la prise en charge au sein de chacun des établissements de santé concernés. Ils sont aussi, au niveau national, 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, les professionnels doivent contacter le service DIM de leur 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



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

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

Ce rapport a été rédigé par Marie Erbault et Agnès Solomiac, chefs de projet, sous la coordination d'Arnaud Fouchard, adjoint, et sous la responsabilité de Laetitia May-Michelangeli, chef du service « indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins » (SIPAQSS).

Rapport validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé le 13 décembre 2017.

© Haute Autorité de Santé - décembre 2017

Sommaire

Dispositif national des indicateurs de qualité et de sécurité des soins	5
SYNTHÈSE	6
Contexte	6
Les indicateurs	7
Résultats des indicateurs en 2017 et constats	7
Axes d'amélioration	9
Conclusion	10
Introduction	12
Contexte	12
Les indicateurs	12
Campagne de recueil en 2017	13
Descriptif de la campagne nationale 2017	14
Établissements de santé participants	14
Séjours analysés	14
Équipements disponibles dans l'établissement	15
Mode d'entrée dans l'établissement	16
Population analysée et mode de prise en charge pondérés en fonction du poids de chaque établissement	16
Résultats des indicateurs	18
Indicateur « Délai arrivée – Imagerie en première intention »	19
Description de l'indicateur	19
Analyse nationale des informations recueillies	19
Indicateur « Éléments indispensables à l'arrivée »	23
Description de l'indicateur	23
Analyse nationale des informations recueillies	24
Classement des établissements	26
Indicateur « Expertise neurovasculaire »	27
Description de l'indicateur	27
Analyse nationale des informations recueillies	28
Classement des établissements	29
Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation »	30
Description de l'indicateur	30
Analyse nationale des informations recueillies	31
Classement des établissements	32
Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour »	34
Description de l'indicateur	34

Analyse nationale des informations recueillies	34
Classement des établissements	36
Indicateur « Dépistage des troubles de la déglutition »	37
Description de l'indicateur	37
Analyse nationale des informations recueillies	38
Classement des établissements	39
Indicateur « Transfert en SSR spécialisé »	40
Description de l'indicateur	40
Analyse nationale des informations recueillies	41
Indicateur « Programmation d'une consultation post AVC »	43
Description de l'indicateur	43
Analyse nationale des informations recueillies	44
Classement des établissements	45
Indicateur « Score d'autonomie ou de handicap à la sortie »	46
Description de l'indicateur	46
Analyse nationale des informations recueillies	46
Classement des établissements	47
Bilan et perspectives	48
Conclusion.....	49
Résultats 2017 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème « Prise en charge initiale de l'Accident Vasculaire Cérébral » dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC)	51
Résultats du contrôle qualité du recueil	51
Impact du contrôle qualité du recueil sur la diffusion publique	51
Table des illustrations	52
Annexes	54
Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse	54
Annexe II. Autres résultats nationaux	58
Annexe III. Résultats régionaux et par catégories d'établissements	63
Annexe IV. Grilles de recueil	75
Annexe V. Historique des indicateurs	79
Références bibliographiques.....	81

Dispositif national des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Depuis 2006, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de santé (HAS) ont mis en œuvre un recueil national 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. Ceci s'inscrit dans l'approche globale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé.

Ce suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) produisant des données comparatives, est utilisé à des fins de pilotage interne, de régulation au niveau régional et national, et de transparence vers les usagers (diffusion publique¹). Ce programme de déploiement national des indicateurs est discuté 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 des directeurs et des présidents de CME, les directeurs généraux des agences régionales de santé, la CNAM-TS et des représentants des usagers. Ce comité discute également de la nature des indicateurs à développer, des modalités de leur utilisation et de leur diffusion publique en fonction du cadre réglementaire en vigueur.

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. Elle 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. Dans ce cadre, **la liste des IQSS mis à la disposition du public est fixée annuellement par arrêté ministériel.** Ceci concerne certains IQSS obligatoires, imputables aux établissements de santé et ayant fait l'objet de plus d'une campagne nationale de recueil. Cette diffusion de leur résultat par les établissements de santé est accompagnée par la diffusion publique nationale sur le site Scope Santé (www.scopesante.fr). **Les résultats des établissements pour ces indicateurs y sont présentés avec un code couleur et leur classe A, B, C, selon qu'ils sont supérieurs (A), égaux (B) ou inférieurs (C) à l'objectif national de performance. Cet objectif national de performance correspond à une valeur fixée pour plusieurs années et pour chaque indicateur diffusé publiquement.** Il permet aux établissements de santé de disposer d'un repère correspondant au seuil minimum de qualité à atteindre. L'objectif est défini en concertation avec le comité de pilotage des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé et les structures professionnelles concernées par le thème.

Du fait de l'utilisation croissante des indicateurs (diffusion publique aux usagers, tableaux de bord de pilotage, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), dispositifs d'incitation financière à la qualité (IFAQ), etc...), **un contrôle qualité de leur recueil est effectué.** Depuis 2013, une orientation nationale inspection-contrôle de l'IGAS coordonnée par la DGOS et la HAS s'applique à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins diffusés publiquement. Le principe de ce contrôle qualité du recueil des IQSS diffusés publiquement est de s'assurer de la fiabilité de l'autoévaluation réalisée lors des campagnes nationales de mesure, par l'utilisation d'une procédure de contrôle aléatoire. Le champ de cette inspection vise chaque année 10 % des établissements de santé, ayant réalisé le recueil, par région : la moitié est tirée au sort aléatoirement et l'autre moitié est au choix de l'ARS. Le recueil des indicateurs peut être non validé par le contrôle : dans ce cas le résultat est annulé. Il est indiqué comme non validé sur le site Scope Santé.

Ce dispositif complet permet d'objectiver les progrès réalisés par les établissements de santé concernant la qualité et la sécurité des soins.

¹ 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.

SYNTHÈSE

Contexte

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. Cela nécessite une prise en charge dans les heures suivant les premiers symptômes par des traitements spécifiques, une rééducation mise en œuvre rapidement, puis adaptée tout au long du parcours du patient, la maîtrise des facteurs de risque et la prévention des récives.

L'accès à l'expertise neuro vasculaire a été renforcé depuis la précédente campagne, 3 UNV de plus ont été ouvertes (139 UNV en 2017) et le nombre d'établissements disposant d'une installation de télé AVC, en étant requérant, est passé de 88 en 2015 à 152 en 2017. Ce dispositif permet un partage d'expertise neuro vasculaire avec des établissements n'en disposant pas. Il permet l'accès à cette expertise dans des délais plus courts dans de nombreux territoires.

En 2017, 919 établissements ont codé au moins un dossier AVC dans le PMSI et parmi eux **379** établissements ont codé moins de 10 AVC. Cette proportion élevée d'établissements ayant une faible activité de prise en charge des AVC ne doit pas masquer le fait que le nombre de patients traités dans ces établissements a beaucoup diminué depuis la mise en œuvre du plan ministériel AVC 2010-2014.

Entre les 2 campagnes, le taux de patients pris en charge dans des établissements ayant une activité de moins de 500 AVC par an a diminué de plus de 9 points. L'activité des établissements ayant déjà des gros volumes de prise en charge des AVC, établissements disposant de l'expertise neuro vasculaire, a continué de progresser.



Lorsque les patients sont orientés dans des établissements ayant une activité moins importante, les établissements pouvant réaliser une prise en charge spécialisée sont privilégiés. Ainsi les données pondérées sur le volume d'activité des établissements montrent que :

- ▶ 72,6 % des patients seraient pris en charge dans un établissement disposant d'une UNV,
- ▶ 60,7 % des patients seraient pris en charge en UNV,
- ▶ 6,19 % des patients seraient pris en charge via le télé AVC,
- ▶ 32,8 % des patients bénéficieraient d'une IRM en première intention.

Ces données objectivent qu'au sein des établissements les professionnels s'organisent pour que la majorité des patients ayant un AVC puissent bénéficier d'une prise en charge experte.

Les indicateurs

Depuis 2011, des indicateurs de qualité et sécurité des soins sur le thème Prise en charge initiale de l'AVC sont recueillis dans tous les établissements de santé MCO prenant en charge au moins 10 AVC par an, hémorragie ou infarctus cérébral, les AIT sont exclus, à un rythme biennal. Au fil des années le set d'indicateurs a évolué afin de mesurer la qualité du parcours de prise en charge intra hospitalier.

En 2017 :

- 2 indicateurs ont été recueillis pour la quatrième fois :
 - Délai arrivée - imagerie en première intention, permet de définir rapidement l'éligibilité à la thrombolyse ;
 - Évaluation par un professionnel de la rééducation, favorise la mise en œuvre d'une rééducation adaptée aux besoins du patient.
- 5 indicateurs ont été recueillis pour la seconde fois :
 - Expertise neuro vasculaire, permet de définir la meilleure orientation pour le patient ;
 - Évaluation par un professionnel de la rééducation le premier jour, mesure le délai d'accès à cette expertise pour les patients ayant bénéficié de cette évaluation ;
 - Dépistage des troubles de la déglutition, a pour objectif de prévenir les pneumopathies d'inhalation ;
 - Transfert en SSR spécialisé, cette mesure est réalisée pour les patients transférés en SSR ;
 - Programmation d'une consultation post AVC, une consultation avec un médecin de la filière AVC est nécessaire pour tous les patients ayant eu un AVC que celui-ci ait régressé ou non.
- 2 indicateurs ont été recueillis pour la première fois :
 - Éléments indispensables à l'arrivée, mesure la réalisation d'un score NIHSS et d'une glycémie capillaire la première heure suivant l'arrivée dans l'établissement et le recueil de l'heure de début des symptômes ;
 - Score d'autonomie ou de handicap à la sortie, permet de disposer d'une référence lors de la sortie du MCO et lors de la consultation de voir l'évolution du patient.

Résultats des indicateurs en 2017 et constats

En 2017 les cliniciens ont continué à s'impliquer dans l'analyse des dossiers, ils ont participé au recueil des données dans 83 % des établissements, 82 % en 2015. Les urgentistes et les gériatres se sont plus impliqués en 2017 qu'en 2015, les neurologues ayant déjà participé au recueil de 2015 l'ont fait en 2017.

L'informatisation des dossiers a continué de progresser dans les établissements : 35 % déclarent être entièrement informatisés cette année.

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

Les données présentées ont été recueillies dans 26 008 dossiers de patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral (AVC) sur l'ensemble du pays. L'échantillon étudié représente environ 26 % des AVC pris en charge en établissement de santé chaque année si l'on se reporte aux chiffres publiés en 2017 (C de Peretti DREES mai 2017).

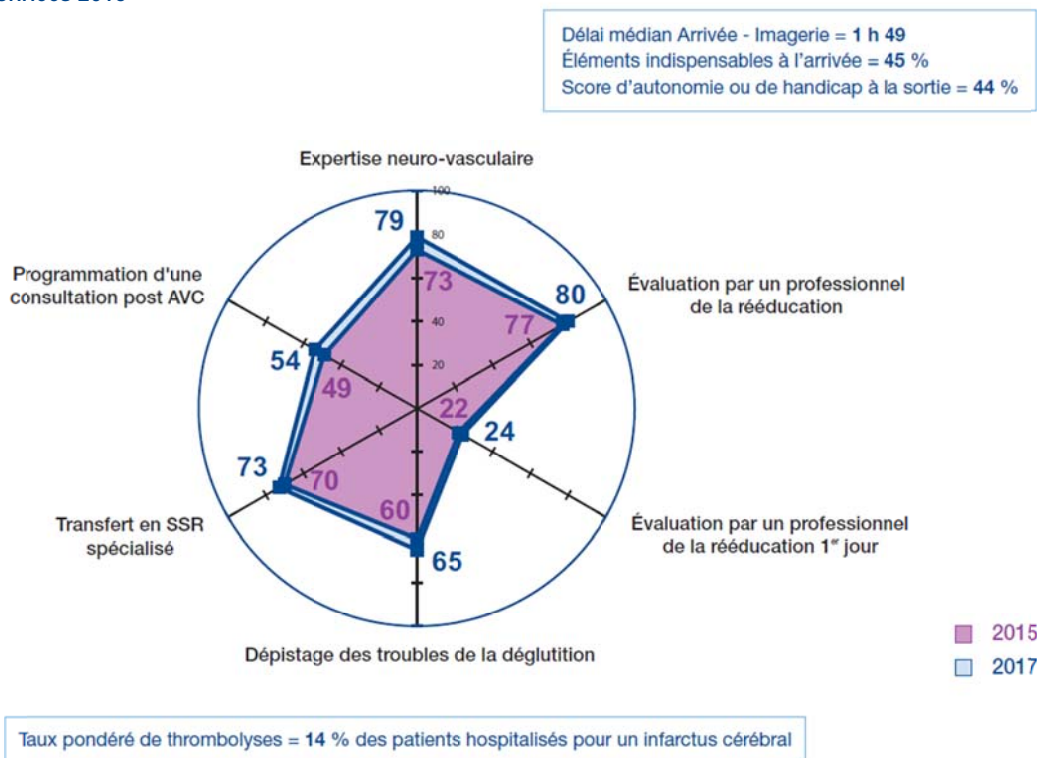
La population analysée est représentative de la population prise en charge en France pour un AVC en termes de sexe ratio et d'âge.

Lors de la campagne la participation des établissements a été optimale : 550 établissements ont analysé des dossiers parmi lesquels les 540 établissements ayant l'obligation de le faire.

► Des résultats en augmentation entre les 2 recueils

Tous les indicateurs déjà recueillis en 2015 présentent de meilleurs résultats au niveau national en 2017. Cependant des marges d'amélioration existent encore et il y a une grande variabilité inter-établissements pour tous les indicateurs (cf annexe II).

Figure 1. Résultats des indicateurs « Prise en charge initiale de l'AVC » - Moyennes pondérées nationales² - Campagne 2017 - Données 2016



L'indicateur « **Éléments indispensables à l'arrivée** » recueilli pour la première fois en 2017 comporte 3 critères déjà recueillis précédemment. La traçabilité de la date et l'heure de survenue des symptômes a continué à progresser, par contre la traçabilité du score NIHSS et de la glycémie capillaire ont baissé depuis la campagne 2015, la traçabilité du score NIHSS reste faible à 45 %.

Le délai médian « **Arrivée - Imagerie en première intention** » s'est amélioré depuis 2011. Une thrombolyse peut être réalisée dans les premières heures suivant l'apparition des symptômes lorsque les patients ne présentent pas de contre-indication au traitement. Les patients arrivés précocement après l'AVC (dans les 4 heures suivant l'apparition des symptômes), doivent ainsi bénéficier d'une imagerie en urgence. Le délai arrivée imagerie est mesuré pour ces patients. Dans ces cas, la prise en charge en imagerie est accélérée, 56 % de ces patients ont une imagerie dans l'heure suivant leur admission, comme en 2015. Ces patients bénéficient également plus souvent d'une IRM en première intention, 47 %, alors que cet examen est réalisé en première intention seulement pour 33 % des AVC.

Le taux pondéré de patients arrivant dans les établissements de santé dans un délai compatible avec la réalisation d'une thrombolyse reste peu élevé à 32 %.

Lorsque l'on pondère le **taux de thrombolyse** par l'activité des établissements, en 2017 il est de 14,2 % des patients avec un infarctus cérébral. Il était de 11,8 % en 2015. Le délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la thrombolyse est de 1h09. Il est de 2h55 entre le début des symptômes et la thrombolyse. Le taux de thrombolyse a beaucoup augmenté depuis le début des travaux ayant abouti à la mise en œuvre du plan AVC. Pour mémoire, en 2008 il était estimé à 1 % des patients.

Le traitement des infarctus cérébraux par **thrombectomie mécanique** fait l'objet d'études afin de déterminer la fenêtre de réalisation de l'acte après l'apparition des symptômes. En 2017 le délai recommandé était de 6 heures. La thrombectomie nécessite un plateau de neuro radiologie

² 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.

interventionnelle. En 2017, 39 établissements avaient les moyens techniques de réaliser des thrombectomies et 38 en ont fait. Le taux pondéré de patients ayant bénéficié d'une thrombectomie est de 4 %.

L'indicateur « **Expertise neurovasculaire** » a augmenté de 6 points depuis 2015. Ce résultat est dû d'une part à une augmentation du nombre de patients pris en charge en UNV et d'autre part à la montée en charge du télé AVC sur le territoire. Il reste cependant encore 11,2 % des patients (taux pondéré) qui n'ont bénéficié ni d'une expertise neurovasculaire ni d'un avis neurologique.

L'indicateur « **Évaluation par un professionnel de la rééducation** » a progressé de 3 points depuis le précédent recueil en 2015. Il mesure la trace de l'évaluation par un professionnel de la rééducation ou d'un déficit régressif. Les données pondérées indiquent que 60,3 % des patients ont bénéficié d'une évaluation de leur besoin par un professionnel de la rééducation (dont 83 % par au moins un masseur kinésithérapeute) ; un médecin de médecine physique et réadaptation a donné un avis pour 11,2 % des patients évalués ; 19,3 % des patients avaient un déficit qui a régressé au cours de la prise en charge. Il reste cependant 20,5 % des patients pour lesquels aucune information n'est tracée dans le dossier.

L'indicateur « **Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour** » a progressé de 2 points depuis 2015 mais reste faible à 24 %. Les établissements ont beaucoup de difficulté à réaliser cette évaluation le 1er jour de l'hospitalisation. Cette évaluation est réalisée dans 58 % des cas dans les 3 premiers jours de la prise en charge.

L'indicateur de sécurité des soins « **Dépistage des troubles de la déglutition** » a progressé de 5 points depuis 2015. Ce dépistage reste insuffisamment tracé et présente une grande variabilité entre les établissements (cf annexe II).

Dans la population analysée, comme en 2015, près de 34 % des patients ont été transférés en SSR. Parmi ces patients, le taux de « **Transfert en SSR spécialisé** » a progressé de 3 points entre les 2 campagnes. Les patients sont transférés pour 46 % d'entre eux en SSR « affection du système nerveux » et 26 % en SSR « gériatrique ». Les établissements SSR « affection du système nerveux » accueillent 87 % des patients âgés de moins de 60 ans et 69 % des 60-74 ans. Les établissements SSR « gériatriques » reçoivent quant à eux 33 % des patients âgés de 75 ans et plus, parmi ces patients 26 % ont bénéficié de l'avis d'un gériatre. Un médecin de médecine physique réadaptation a donné un avis pour 21 % des patients transférés en SSR.

L'indicateur « **Programmation d'une consultation post AVC** » présente une amélioration de 5 points par rapport à 2015. Il est à noter qu'une circulaire ministérielle définissant l'organisation des consultations post AVC et prévoyant le financement en 2 étapes sur 2 années n'a été publiée qu'en août 2015. En 2016, année des données analysées, l'organisation était en cours de mise en place, ce qui peut être un des facteurs explicatifs de ce résultat de 54 %.

Le « **Score d'autonomie ou de handicap à la sortie** » est un indicateur recueilli pour la première fois en 2017. L'autonomie ou le handicap devait être évalué avec l'une des échelles suivantes : Rankin, Barthel, échelle SOFMER, AGGIR ou ADL.

Pour tous les indicateurs, les établissements disposant d'une UNV ont de meilleurs résultats que les établissements sans UNV. Ceux disposant du Télé AVC ont aussi de meilleurs résultats, pour la majorité des indicateurs, que ceux ne disposant pas de ces équipements. On constate ainsi que l'inscription des patients dans une filière AVC améliore la qualité de la prise en charge.

Le plan national a été décliné au niveau de chaque région et les indicateurs présentent des variations régionales (cf annexe III) cependant en 2017 il n'est pas possible de comparer les régions entre elles car beaucoup ont changé de périmètre.

Axes d'amélioration

Les résultats de la campagne 2017 même s'ils présentent une amélioration par rapport à la campagne 2015, permettent de dégager des axes d'amélioration pour l'avenir :

- Le développement de la thrombectomie nécessitera sans doute la mise en place d'une organisation permettant de réaliser l'imagerie en urgence pour un nombre plus important de patients, en 2017, ils étaient 32 %.

- Le taux de patients bénéficiant d'une expertise neuro vasculaire devrait continuer à progresser avec le développement du télé AVC.
- Les patients devraient tous bénéficier d'une évaluation de leurs besoins en termes de rééducation durant leur prise en charge initiale. Même si les établissements rencontrent des difficultés pour organiser cette évaluation dans les plus brefs délais elle devrait avoir lieu au cours de cette hospitalisation car la rééducation précoce favorise la récupération des déficits.
- De nombreux patients suite à un AVC présentent des troubles de la déglutition, ce qui peut entraîner des pneumopathies d'inhalation s'ils ne sont pas dépistés et qu'une alimentation adaptée soit mise en place si nécessaire. Le dépistage de ces troubles doit progresser afin que tous les patients en bénéficient.
- Les patients transférés en établissements de soins de suite et réadaptation doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée afin de leur permettre la meilleure récupération possible de leurs déficits et ainsi un retour à leur vie antérieure. Le transfert en SSR spécialisé devrait être favorisé pour tous les patients ayant besoin d'une prise en charge en SSR.
- Après un AVC de nombreux patients conservent des séquelles fonctionnelles et même les patients qui semblent avoir totalement récupéré des suites de l'AVC peuvent rencontrer des difficultés à reprendre leurs activités antérieures. À distance de l'évènement ils peuvent développer des troubles cognitifs, une fatigabilité et une dépression peut s'installer. Une consultation avec des professionnels de la filière AVC, réalisée dans les 6 mois suivants l'AVC est fondamentale pour le suivi fonctionnel des patients. Elle permet également d'adapter le traitement des facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires.
- L'évaluation de l'autonomie ou du handicap est importante en particulier dans la perspective de la réalisation d'une consultation post AVC à distance. Elle permet ainsi de disposer d'une référence au moment de la sortie du patient du secteur MCO et de mesurer les progrès ou la dégradation des fonctions du patient lors de la consultation. La traçabilité de cette information doit donc s'améliorer à l'avenir.

Le score NIHSS et la glycémie capillaire la première heure de prise en charge feront l'objet d'une discussion avec les professionnels du groupe de travail afin soit de réévaluer la pertinence de l'indicateur, soit d'améliorer sa traçabilité.

Conclusion

Trois ans après la fin du plan ministériel, les indicateurs recueillis lors de la campagne 2017 permettent d'avoir une approche de l'impact du plan sur la prise en charge des AVC en France. La sensibilisation des professionnels à la spécificité de cette prise en charge a favorisé l'orientation d'une plus grande part des patients dans les établissements disposant des moyens pour une prise en charge spécialisée. Ainsi le taux de patients thrombolysés est aujourd'hui de plus de 14 %.

La consultation post AVC, partie intégrante du plan, se met en place dans les établissements de la filière et les patients pris en charge dans ces établissements bénéficient de cette évaluation à distance. Ceux pris en charge dans des établissements hors filière AVC ont rarement accès à cette expertise. L'indicateur mesurant la programmation de cette consultation devrait contribuer à l'amélioration de l'inscription de ces patients dans la filière.

Le développement de la thrombectomie mécanique est l'enjeu auquel les professionnels vont devoir faire face dans les années à venir, l'organisation mise en place devra s'adapter pour y répondre.

Les indicateurs généralisés permettent de constater que le plan AVC a eu un impact positif sur la prise en charge initiale de l'AVC en secteur MCO.

Le taux de patients arrivant rapidement dans les établissements de santé reste faible, seuls 32 % des AVC arrivent dans les 4 heures suivant les premiers symptômes. Il est nécessaire de renouveler l'information de la population sur la détection de l'AVC et l'urgence de la prise en charge.

De nombreux patients dans les suites d'un AVC conservent des séquelles nécessitant une rééducation spécialisée : 30 % des patients dans les suites d'un AVC sont hospitalisés en établissement de SSR. La prise en charge en SSR a également fait l'objet de recommandations dans le cadre du plan AVC. En 2017 la HAS développe des indicateurs permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge en SSR en

complément de ceux évaluant la prise en charge initiale en MCO. Ces indicateurs permettront ainsi de mesurer la qualité des pratiques tout au long du parcours hospitalier des patients après un AVC.

L'ensemble des résultats est détaillé dans le présent rapport. Des diagrammes en « barres » permettent de visualiser les résultats des indicateurs obligatoires sur le site internet de la [HAS](#).

Une analyse régionale des indicateurs sous forme de cartographie dynamique est disponible sur le site [scope santé](#).

Introduction

Contexte

Dans le monde, l'AVC est considéré comme la première cause de handicap acquis, la deuxième cause de démence et la deuxième cause de décès ainsi qu'une cause majeure d'épilepsie, de chute et de dépression.

En France, l'incidence serait de 113/100 000 habitants par an, soit 130 000 nouveaux cas par an. Cette pathologie occasionne plus de 100 000 hospitalisations chaque année. Parmi ces patients, 14,5 % décèdent durant l'hospitalisation initiale puis 16 % dans le mois suivant la sortie de MCO. Au total plus de 28 % des patients décèdent dans le mois suivant l'AVC. Pour les patients survivant à la période aiguë, 40 % à 50 % seront décédés à 5 ans. On peut ainsi estimer qu'une personne fait un AVC toutes les 45 secondes et qu'une personne meurt d'AVC toutes les 4 minutes.

L'AVC est une pathologie aiguë à son début avec une prise en charge en urgence et une hospitalisation en MCO, qui se poursuit pour 30 % des patients en SSR.

En 2010 le ministère de la santé a mis en œuvre un plan AVC qui s'est terminé fin 2014. Les objectifs de ce plan étaient de diminuer la mortalité et le handicap suite à un AVC. Pour ce faire, le plan s'est déployé autour des enjeux qualité suivants :

- Rapidité du diagnostic qui se fait sur imagerie. 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. Certains patients avec infarctus cérébral peuvent bénéficier d'une thrombolyse, si le diagnostic est réalisé dans les premières heures, voire d'une thrombectomie lorsqu'elle est indiquée.
- Évaluation neuro vasculaire du patient par un médecin spécialiste qui permet de définir la prise en charge la plus adaptée et d'orienter les patients en fonction de leurs besoins.
- Rééducation pour tous les patients qui présentent un déficit, diminuant complications et handicap et dépistage des troubles de la déglutition pour éviter les pneumopathies.
- Suivi en post AVC avec poursuite de la rééducation adaptée, consultation à distance de l'AVC permettant la maîtrise des facteurs de risque et la prévention des récives (30 à 43 % des AVC récidivent dans les 5 ans).

De nombreux établissements de santé, assurant la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, ont transcrit ces priorités dans leur démarche qualité.

Parmi les dispositifs d'amélioration de la qualité, les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) permettant la comparaison inter-établissements sont un de ceux choisis par la HAS pour aider les établissements à suivre leurs pratiques et les modifier le cas échéant. Ces indicateurs sont utilisés par différents acteurs :

- les établissements de santé dans leur démarche d'amélioration de la qualité valorisée notamment dans le compte qualité de la certification V2014 ;
- par les tutelles dans le cadre du pilotage institutionnel régional ou national (CPOM, CBU, IFAQ...) ;
- les usagers via l'affichage des résultats dans les établissements de santé et sur le site de diffusion publique "Scope Santé", pour leurs démarches de recherche d'information sur la qualité des établissements de santé.

Les indicateurs

Entre mars et juin 2017, la HAS a coordonné la quatrième campagne de recueil des indicateurs « Qualité de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral ». Neuf indicateurs ont été recueillis dans les établissements de santé MCO prenant en charge des patients hospitalisés pour AVC, parmi eux quatre sont en diffusion publique (DP).

- 2 indicateurs ont été recueillis pour la quatrième fois :
 - Délai arrivée - imagerie en première intention,
 - Évaluation par un professionnel de la rééducation (DP).
- 5 indicateurs ont été recueillis pour la seconde fois :
 - Expertise neuro vasculaire (DP),
 - Évaluation par un professionnel de la rééducation le premier jour,
 - Dépistage des troubles de la déglutition (DP),
 - Transfert en SSR spécialisé,
 - Programmation d'une consultation post AVC (DP).
- 2 indicateurs ont été recueillis pour la première fois :
 - Éléments indispensables à l'arrivée,
 - Score d'autonomie ou de handicap à la sortie.

Campagne de recueil en 2017

Le recueil consiste en une enquête rétrospective d'un maximum de 80 séjours de patients hospitalisés pour une prise en charge d'AVC à la phase initiale entre le 1er janvier et le 31 décembre 2014. Ce recueil est réalisé par tous les établissements de santé ayant une activité MCO, prenant en charge au moins 10 AVC par an, infarctus cérébral ou hémorragie cérébrale, les AIT sont exclus.

Ce rapport présente :

- Un descriptif de la campagne 2017, établissements participants et dossiers analysés,
- Les résultats nationaux 2017 par indicateur sur des données 2016 avec des analyses complémentaires et des résultats comparatifs, le positionnement des établissements par rapport à l'objectif de performance,
- Le bilan et les perspectives,
- Les annexes présentent :
 - la méthode de recueil et d'analyse,
 - les tableaux complémentaires des résultats des indicateurs par variable étudiée et les statistiques descriptives et la variabilité des établissements par indicateur,
 - les moyennes des indicateurs par région et par type d'établissements,
 - les grilles utilisées pour le recueil,
 - l'historique des indicateurs recueillis depuis 2011.

Descriptif de la campagne nationale 2017

Établissements de santé participants

Chaque établissement de santé MCO prenant en charge au moins 10 AVC par an, infarctus cérébral ou hémorragie cérébrale, les AIT sont exclus, est tenu de mesurer tous les indicateurs du thème « Prise en charge initiale de l'AVC ».

919 établissements de santé avaient codé au moins un dossier AVC dans le PMSI en 2016. 540 ayant codé plus de 9 dossiers AVC avaient l'obligation de réaliser le recueil, tous l'ont fait. Vingt établissements n'ayant pas cette obligation ont également participé à la campagne. Dix établissements n'ont pu analyser aucun dossier, les dossiers pouvant être exclus secondairement. Au total 550 établissements ont analysé des dossiers.

Tableau 1. Répartition des établissements de santé en fonction du nombre de dossiers analysés :

Nombre de dossiers analysés	Nombre d'établissements	Pourcentage
Effectif < 10	76	13,8 %
Effectif entre 10 et 29	131	23,8 %
Effectif entre 30 et 59	102	18,6 %
Effectif entre 60 et 80	241	43,8 %
Total	550	100 %

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

Implication des professionnels dans le recueil :

Des cliniciens ont participé à l'analyse des dossiers dans 457 établissements soit plus de 83 % des établissements ayant analysé des dossiers (en 2015 : 446 établissements, soit 82 %).

Parmi ces établissements la participation des cliniciens se répartit de la façon suivante :

- Des neurologues dans 175 établissements, soit 38 %, versus 175 établissements (39 %) en 2015,
- Des urgentistes dans 216 établissements, soit 47 %, versus 189 établissements (42 %) en 2015,
- Des gériatres dans 135 établissements, soit 29 %, versus 114 établissements (26 %) en 2015,
- D'autres cliniciens dans 217 établissements, soit 47 %, versus 216 établissements (48 %) en 2015.

On constate une plus grande implication des cliniciens dans l'analyse des dossiers en 2017 qu'en 2015.

Séjours analysés

Dans chaque établissement de santé sont analysés un maximum de 80 séjours de patients hospitalisés pour une prise en charge d'AVC à la phase initiale entre le 1er janvier et le 31 décembre 2016. Les dossiers sont sélectionnés par tirage au sort aléatoire à partir des données du PMSI.

Critères d'inclusion PMSI	Critères d'exclusion PMSI
<ul style="list-style-type: none"> L'échantillon principal est constitué de séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé (mode de sortie RSS ≠ décès) et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6). 	<ul style="list-style-type: none"> les séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances, les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie, les séjours de patients âgés de moins de 18 ans, les séjours de patients décédés, les séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire, les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire, les séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=>FinessB=>FinessA (exclusion des séjours chez établissement A), les séjours avec un GHM erreur.

Au niveau national 33 697 dossiers avec le diagnostic principal AVC ont été tirés au sort sur l'année 2016 via le PMSI. Parmi les dossiers tirés au sort, 23 % ont été exclus pour les raisons suivantes :

- 80 dossiers car le patient ne souhaitait pas que les données le concernant soient exploitées à des fins autres que sa prise en charge,
- 1 % (221 dossiers) non retrouvés,
- 2 % (607 dossiers) concernaient des patients pour lesquels l'abstention thérapeutique avait été décidée en accord avec la famille,
- 2 % (760 dossiers) concernaient des AVC ayant eu lieu alors que le patient était déjà hospitalisé,
- 3 % (1 138 dossiers) concernaient des patients transférés dans l'établissement après les 7 premiers jours du début de la prise en charge,
- 4 % (1378 dossiers) concernaient des séjours de moins de 24h,
- 4 % (1474 dossiers) comportaient une incohérence PMSI,
- 6 % (2031 dossiers) car le type d'AVC n'a pas été retrouvé ou il ne s'agissait pas d'un infarctus cérébral ou d'une hémorragie cérébrale ou il s'agissait d'un accident ischémique transitoire.

Au total 26 008 dossiers avec le diagnostic principal AVC ont été analysés.

Équipements disponibles dans l'établissement

Parmi les 550 établissements ayant analysé des dossiers :

- 139 disposaient d'une UNV en 2017 (25 % des établissements), 136 en 2015.
- 200 disposaient d'une installation de télé AVC en 2017 (36 % des établissements), 112 en 2015 :
 - 134 établissements étant requérant (établissements ayant la possibilité de solliciter une expertise via le télé-AVC),
 - 48 établissements étant requis (établissements exclusivement sollicités),
 - 18 établissements étant requérants et requis.
- 357 disposaient d'une IRM en 2017 (65 % des établissements), 331 en 2015,
 - dont 189 avec une IRM fonctionnant 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (53 % des établissements disposant d'une IRM), 156 en 2015.
- 39 établissements (7 %) disposaient d'un plateau de neuro radiologie interventionnelle en 2017 et 38 ont réalisé des thrombectomies mécaniques.

L'échantillon analysé comporte 26 008 dossiers (résultats non pondérés en fonction de l'activité de l'établissement) :

- 10 955 dossiers analysés sont issus d'établissements disposant d'une UNV, soit 42 % des dossiers (39 % en 2015).
 - Parmi eux, 8 958 dossiers sont ceux de patients pris en charge en UNV (soit 82 % des dossiers issus de ces établissements).
- 5 184 dossiers analysés sont issus d'établissements disposant d'une installation de Télé AVC en étant requérants ou requérants et requis, soit 9 % des dossiers.
 - 7 % de l'ensemble des dossiers analysés sont des dossiers de patients pris en charge via le télé AVC.
- 21 102 dossiers sont issus d'établissements disposant d'une IRM, soit 81 % des dossiers (76 % en 2015), dont 12 159 sont issus d'établissements disposant d'une IRM fonctionnant 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
- 2 951 dossiers sont issus d'établissements disposant d'un centre de neuro radiologie interventionnelle, soit 11 % des dossiers.

Mode d'entrée dans l'établissement

Les modes d'entrée dans l'établissement sont très similaires entre les 2 derniers recueils, la grande majorité des patients (80 %) est admis dans l'établissement via le SAU.

Tableau 2. Répartition des dossiers en fonction du mode d'entrée :

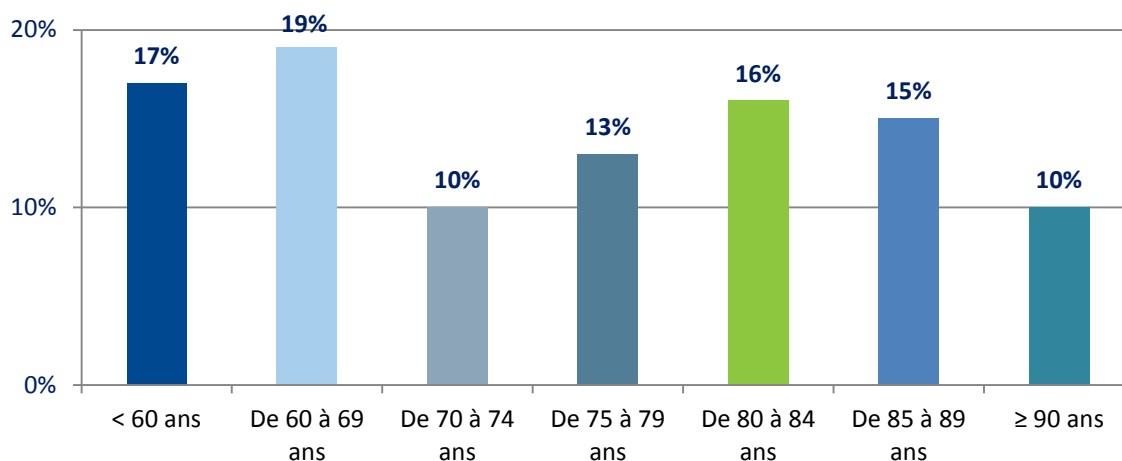
Mode d'entrée	2015		2017	
	Nombre de dossiers	Pourcentage	Nombre de dossiers	Pourcentage
SAU	21 296	79 %	20 818	80 %
Transfert	3 311	12 %	3 342	13 %
Entrée directe	1 975	7 %	1 704	7 %
Autre - Non retrouvée	305	2 %	144	0
Total	26 887	100 %	26 008	100 %

Population analysée et mode de prise en charge pondérés en fonction du poids de chaque établissement

La population de patients étudiée comprend 47 % de femmes.

Comme en 2015, l'âge moyen de la population étudiée est de 73 ans. La médiane est de 76 ans et 25 % des patients de l'échantillon sont âgés de 85 ans et plus.

Graphique 1. Répartition des patients en fonction de l'âge (données pondérées) :



L'âge moyen des patients de l'échantillon varie selon les régions. Dans les DOM TOM les patients sont plus jeunes que dans les régions de la métropole (tableau annexe III).

La durée moyenne de séjour est de 11,4 jours en service de court séjour, 12 jours en 2015,

La médiane est à 8 jours comme en 2015.

Les infarctus cérébraux représentent 88 % des dossiers analysés (22 818 dossiers).

Si les données sont pondérées en fonction du volume d'activité de l'établissement il en ressort que :

- 72,5 % des patients seraient pris en charge dans un établissement disposant d'une UNV,
- 60,7 % des patients seraient pris en charge en UNV,
- 6,2 % des patients seraient pris en charge via le télé AVC,
- 32,8 % des patients bénéficieraient d'une IRM en première intention.

Ces données objectivent que les patients sont majoritairement orientés dans les établissements disposant des moyens permettant une prise en charge spécialisée et qu'au sein des établissements les professionnels s'organisent pour que la majorité des patients ayant un AVC puissent bénéficier de cette prise en charge.

Résultats des indicateurs

Pour chaque indicateur sont présentés :

- *la fiche descriptive de l'indicateur (définition, numérateur, dénominateur,) ;*
- *l'analyse nationale des informations recueillies :*
 - ▶ moyenne nationale inter-établissements pondérée par l'activité des établissements ;
 - ▶ nombre d'établissements entrant dans le calcul de la moyenne inter-établissements de l'indicateur (ceux ayant inclus au moins 10 dossiers) ;
 - ▶ nombre total de dossiers évalués par l'ensemble des établissements entrant dans le calcul ;
 - ▶ des résultats complémentaires ;
- *le classement des établissements (nombre et pourcentage) :*
 - ▶ par rapport à l'objectif de performance. Il permet d'objectiver le nombre et le pourcentage d'établissements pour lesquels une marge d'amélioration existe ;
 - ▶ en fonction de l'évolution de leurs résultats entre les deux dernières campagnes, pour les indicateurs calculés de la même façon que lors de la campagne précédente. L'évolution indique si le résultat de l'indicateur s'est amélioré de façon statistiquement significative par rapport au recueil précédent ;
- *les principaux constats tirés de ces différents résultats.*

Indicateur « Délai arrivée – Imagerie en première intention »

Description de l'indicateur

Définition	<p>Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC.</p> <p>Délai médian (en heures) entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale.</p>
Références professionnelles	<p>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.</p> <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>
Mesure	<p>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.</p>
Critères d'exclusion secondaire de l'indicateur	<p>Patients transférés</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque</p>
Diffusion publique	<p>Pas de diffusion publique</p>
Recommandations	<p>Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse), Recommandations de bonne pratique, HAS, mai 2009.</p> <p>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</p>

Analyse nationale des informations recueillies

Sur les 550 établissements ayant réalisé le recueil, 468 ont analysé plus de 9 dossiers pour cet indicateur.

Sur les 26 008 dossiers analysés, 7 459 sont exclus du calcul du délai médian pour les raisons suivantes :

- 3 342 sont des dossiers de patients transférés, pour lesquels l'imagerie de première intention a été réalisée dans l'établissement d'aval,
- 2 423 dossiers ne comportent pas l'heure de l'imagerie,
- 863 dossiers comportent un délai entre arrivée dans l'établissement - imagerie négatif,
- 498 dossiers ne comportent pas l'heure d'arrivée dans l'établissement,
- 294 dossiers présentent un délai supérieur à 72 heures,
- 243 dossiers ne comportent pas la date de l'imagerie,
- 10 dossiers ne comportent pas la date d'arrivée dans l'établissement.

Tableau 3. Indicateur « Délai arrivée – Imagerie en première intention » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016

Campagne 2017 – données 2016		
Délai médian	1h49	
Établissements de santé avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	468
	Nombre de dossiers	18 534
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	477
	Nombre de dossiers	18 549

Le délai médian arrivée dans l'établissement - première imagerie est de 1h49, il a peu bougé depuis 2015, il était de 1h44.

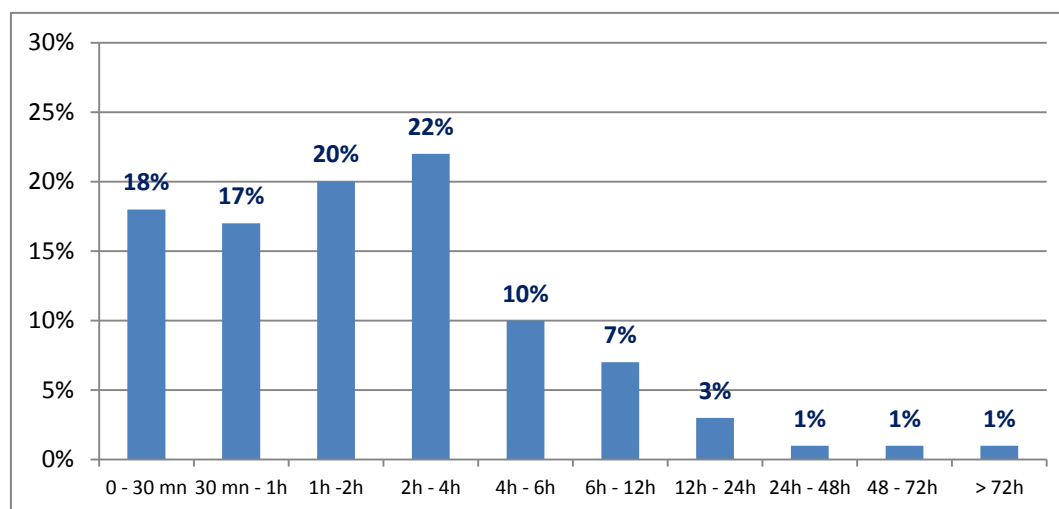
Résultats complémentaires

Le taux de patients arrivés dans l'établissement dans des compatibles avec la réalisation d'une thrombolyse est de 32 % en 2017, il était de 23,5 % en 2015.

► Pour tous les patients :

- 55 % des dossiers analysés objectivent la réalisation de la première imagerie dans les 2 heures suivant l'arrivée dans l'établissement, dont 35 % dans l'heure suivant leur admission.

Graphique 2. Délai Arrivée – Première imagerie pour tous patients– AVC – Campagne 2017 données 2016



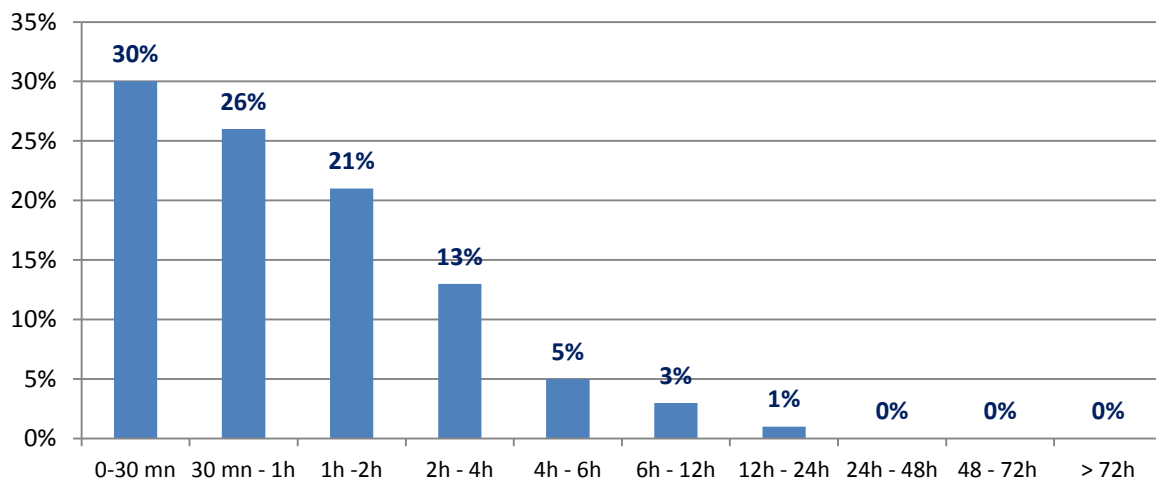
3 % des délais n'ont pas été inclus car non calculables.

- Les résultats de l'indicateur pour les établissements disposant d'une IRM 24/24 7/7 est de 1h33, pour ceux disposant d'une IRM sur des plages horaires classiques de 1h50 et pour ceux ne disposant pas d'IRM de 2h08.
- La réalisation d'une IRM en première intention est retrouvée dans 33 % des dossiers, elle est réalisée dans un délai médian de 42 minutes.
 - Lorsque l'établissement dispose d'une IRM fonctionnant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, le taux d'IRM en première intention est de 43 %, le délai médian de 44 minutes.
 - Lorsque l'établissement ne dispose pas d'une IRM fonctionnant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, le taux d'IRM en première intention est alors de 10 %, le délai médian de 1H40 minutes.

► **Pour les patients arrivés dans des délais compatibles avec thrombolyse :**

- Lorsque les patients arrivent dans des délais compatibles avec la thrombolyse,
 - la prise en charge est accélérée, 56 % de ces patients bénéficient d'une imagerie dans l'heure.
 - le délai médian arrivée imagerie en première intention est de 46 mn

Graphique 3. Délai Arrivée – Première imagerie pour les patients arrivés dans l'établissement dans des délais compatibles avec la thrombolyse – AVC – Campagne 2017 données 2016



3 % des délais n'ont pas été inclus car non calculables.

- Lorsque les patients arrivent dans des délais compatibles avec la thrombolyse, le taux d'IRM en première intention est de près de 47 % et le délai médian de 37 minutes.

Les établissements disposant d'une UNV réalisent une imagerie plus rapidement que ceux n'en disposant pas, le délai médian arrivée imagerie est de 1h32, il est de 1h44 dans les établissements disposant d'une installation de télé AVC et il est de 2h13 dans les établissements ne disposant ni d'UNV, ni du télé AVC.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Délai arrivée – Imagerie en première intention »

- Le délai médian arrivée imagerie en 2017 est de 1h49. Il s'est amélioré depuis 2011.
- Le taux de patients arrivant dans les établissements de santé dans un délai permettant, si elle est indiquée, la réalisation d'une thrombolyse reste faible. Il est de l'ordre de 32 %.
- Lorsque les patients arrivent dans l'établissement avec des délais compatibles avec une thrombolyse la prise en charge en imagerie est accélérée, 56 % d'entre eux ont une imagerie dans l'heure suivant leur admission, ce taux est le même qu'en 2015. Ces patients bénéficient plus souvent d'une IRM (47 %).

Indicateur « Éléments indispensables à l'arrivée »

Description de l'indicateur

Définition	<p>Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC :</p> <p>Taux de patients pour lesquels :</p> <ul style="list-style-type: none">• Le score de gravité NIHSS a été réalisé dans la 1^e heure suivant l'arrivée• Une glycémie capillaire a été réalisée dans la 1^e heure suivant l'arrivée <p>ET pour les patients avec un diagnostic d'infarctus cérébral</p> <ul style="list-style-type: none">• La date et l'heure de survenue des symptômes sont notées dans le dossier
Références professionnelles	<p>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.</p> <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).</p> <p>La thrombolyse IV peut être envisagée après 80 ans jusqu'à 3 heures (accord professionnel).</p> <p>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> <p>Le score NIHSS (National Institute of Health Stroke Score) apparaît comme le meilleur outil clinique d'évaluation et est l'échelle de référence à utiliser durant la phase aiguë des AVC car prédictif du pronostic vital et du devenir fonctionnel à moyen terme.</p> <p>L'échelle NIHSS évalue la conscience, l'oculomotricité, la vision, la paralysie faciale, la motricité des membres, l'ataxie des membres, la sensibilité, le langage, la dysarthrie, l'extinction et la négligence, chaque élément fait l'objet d'une cotation et un score global est calculé.</p> <p>La SFNV a publié un score simplifié disponible sur le site de la société savante.</p> <p>La glycémie capillaire est fondamentale pour réaliser le diagnostic différentiel avec une hypoglycémie et ainsi adapter la prise en charge.</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours pour lesquels sont notés dans le dossier :</p> <ul style="list-style-type: none">• le score de gravité NIHSS réalisé dans la 1^{ère} heure suivant l'arrivée• une glycémie capillaire réalisée dans la 1^{ère} heure suivant l'arrivée

Numérateur	ET pour les patients avec un diagnostic d'infarctus cérébral <ul style="list-style-type: none"> la date et l'heure de survenue des symptômes ou l'impossibilité à les déterminer.
Dénominateur	Nombre de séjours d'AVC inclus.
Critères d'exclusion secondaire de l'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> Hémorragies cérébrales pour le critère date et heure de survenue des symptômes Patient transféré pour les critères NIHSS et glycémie capillaire
Type d'indicateur	Indicateur de processus Pas d'ajustement sur le risque
Diffusion publique	Non
Recommandations	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse), Recommandations de bonne pratique, HAS, mai 2009.</p>

Analyse nationale des informations recueillies

Pour tous les dossiers, à l'exception des patients transférés, il est recherché la réalisation du score NIHSS et de la glycémie capillaire la première heure suivant l'arrivée du patient dans l'établissement. Sont également pris en compte la réalisation d'une glycémie veineuse dans l'heure ou une glycémie réalisée entre le début des symptômes et l'arrivée dans l'établissement.

Pour les patients avec un diagnostic d'infarctus cérébral il est recherché la date et l'heure de début des symptômes ou la notion que celles-ci sont impossibles à déterminer (AVC du réveil par exemple).

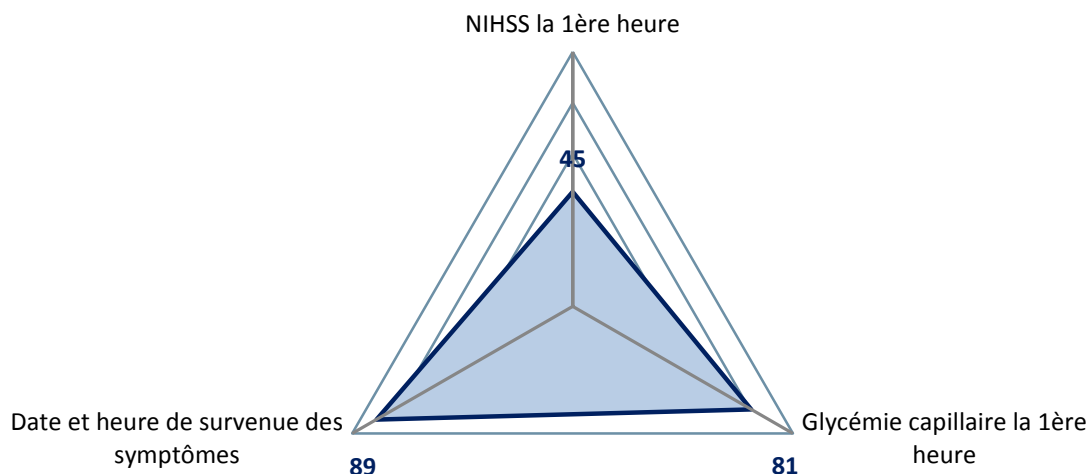
Tableau 4. Indicateur « Éléments indispensables à l'arrivée » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016

Campagne 2017 – données 2016		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France	45 %	
Établissements de santé avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	471
	Nombre de dossiers	25145
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	550
	Nombre de dossiers	25528

Pour cette première campagne de recueil, l'indicateur présente une moyenne nationale pondérée de 45 %.

Résultats complémentaires

Figure 2. Indicateur « Éléments indispensables à l'arrivée » - Campagne 2017 – données 2016 - Résultats détaillés des 3 critères composant le score



Le score de gravité NIHSS la première heure, est un repère qui permet de voir si l'état du patient s'aggrave ou s'améliore. Il est retrouvé dans 45 % des dossiers analysés, 47 % en 2015.

La glycémie capillaire la première heure, dont l'objectif est de poser un diagnostic différentiel, est retrouvée dans 81 % des dossiers, 89 % en 2015.

La date et l'heure de début des symptômes sont retrouvées dans 89 % des dossiers. En 2015 c'était un indicateur et cette information était retrouvée dans 86 % des dossiers analysés. Ces informations sont indispensables pour définir l'éligibilité des patients à la thrombolyse.

► Thrombolyse - thrombectomie :

Le taux pondéré de thrombolyse en 2017 est de 14,2 % des patients avec un infarctus cérébral, il était de 11,8 % en 2015.

Le délai médian pondéré entre l'arrivée dans l'établissement et la thrombolyse est de 1h09, il est de 2h55 entre le début des symptômes et la thrombolyse.

Le taux pondéré de patients admis dans l'établissement dans des délais compatibles avec la réalisation d'une thrombolyse (arrivé dans les 4 heures suivant l'apparition des symptômes), est de 32 %.

Parmi ces patients 27,2 % ont pu bénéficier d'un traitement thrombolitique.

La thrombectomie peut être réalisée dans les établissements disposant d'un plateau de neuro radiologie interventionnelle. En 2017, le taux pondéré de patients ayant bénéficié d'une thrombectomie mécanique serait de 4 %.

Les établissements disposant d'une UNV recueillent les éléments indispensables à l'arrivée plus souvent que ceux n'en disposant pas, informations présentes dans 54 % des dossiers, 22 % dans les établissements disposant d'une installation de télé AVC et 18 % dans les établissements ne disposant ni d'UNV ni du télé AVC.

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de la moyenne nationale

Cet indicateur est recueilli pour la première fois en 2017, aussi les établissements ne seront pas positionnés par rapport à un objectif de performance. Les établissements peuvent cependant se comparer par rapport à la moyenne nationale pondérée à 45 %.

39,7 % des établissements ont un résultat à cet indicateur supérieur ou égal à la moyenne nationale.

Tableau 5. Positionnement par rapport à la moyenne nationale

Données	Indicateur : « Éléments indispensables à l'arrivée »						
	Supérieur à la moyenne		Égal à la moyenne		Inférieur à la moyenne		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2016	71	15,1	116	24,6	284	60,3	471

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Éléments indispensables à l'arrivée »

- La traçabilité des informations concernant la date et l'heure de début des symptômes a continué à augmenter et ce, malgré le taux à 86% en 2015, il est de 89% des dossiers en 2017.
- La traçabilité du score NIHSS et de la glycémie capillaire la 1^{ère} heure de prise en charge ont baissé entre les 2 campagnes, de 2 points pour le NIHSS à 45% et de 8 points pour la glycémie à 81%.
- En 2017, 32% des patients présentant un AVC ont été admis dans l'établissement dans des délais compatibles avec une thrombolyse, ce taux a augmenté de 8 points et demi par rapport à la précédente campagne.
- Le taux de patients thrombolysés dans la population analysée a augmenté, il est de 14,1% en 2017 versus 11,8% en 2015 (données pondérées en fonction de l'activité des établissements).

Indicateur « Expertise neurovasculaire »

Description de l'indicateur

Définition	<p>Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC.</p> <p>Taux de patients ayant bénéficié d'une expertise neurovasculaire.</p>
Références professionnelles	<p>Tout patient ayant un diagnostic d'AVC doit bénéficier d'une expertise neurovasculaire 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> <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>
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la trace de l'expertise neurovasculaire est retrouvée.
Dénominateur	Nombre de séjours d'AVC inclus
Critères d'exclusion secondaire de l'indicateur	Pas d'exclusion secondaire
Type d'indicateur	Indicateur de processus Pas d'ajustement sur le risque
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance fixé à 80 % pour l'établissement, soit 8 dossiers sur 10 conformes à la qualité attendue. Diffusion publique du résultat de l'indicateur par établissement sur www.scopesante.fr
Recommandations	Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse), Recommandations de bonne pratique, HAS, mai 2009.

Analyse nationale des informations recueillies

La question concernant l'expertise neuro vasculaire n'est posée que pour les patients n'ayant pas été pris en charge en UNV ou via le télé AVC, dans ces 2 cas la réponse est automatiquement oui.

Tableau 6. Indicateur « Expertise neurovasculaire » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016

Campagne 2017 – données 2016		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France	79 %	
Établissements de santé avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	474
	Nombre de dossiers	25 631
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	550
	Nombre de dossiers	26 008

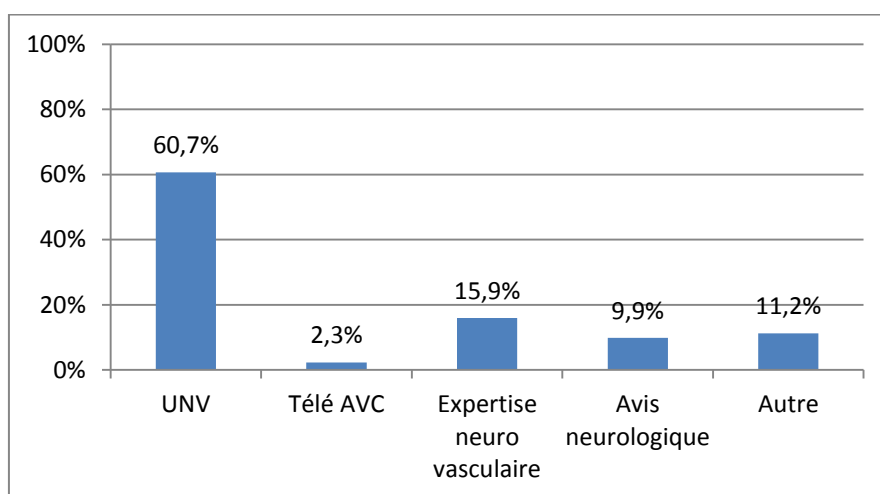
La moyenne nationale pondérée de traçabilité d'une expertise neuro vasculaire a progressé de 6 points entre les 2 campagnes, elle était de 73 % en 2015.

Résultats complémentaires

En 2017, le résultat pondéré sur l'activité des établissements montre une proportion importante de patients ayant bénéficié d'une expertise neuro vasculaire :

- Le taux de patients pris en charge dans un établissement avec une UNV est de 72,6 % ;
- Le taux de patients pris en charge en UNV est de 60,7 % ;
- Le taux de patients pris en charge via le télé AVC est de 2,3 % ;
- Le taux de patients ayant bénéficié d'une expertise neuro vasculaire est de 15,9 % ;
- Le taux de patients ayant bénéficié de l'avis d'un neurologue est de 9,9 % ;
- Le taux de patients n'ayant bénéficié ni d'une expertise neuro vasculaire ni de l'avis d'un neurologue est de 11,2 %.

Graphique 4. Répartition par type d'expertise – Moyenne pondérée



Les établissements disposant d'une UNV tracent la réalisation d'une expertise neuro vasculaire dans 92 % des dossiers, 46 % dans les établissements disposant d'une installation de télé AVC et 42 % dans les établissements ne disposant ni d'UNV ni du télé AVC.

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

En 2017, sur les 474 établissements ayant pu analyser plus de 9 dossiers, 210 (44,3 %) ont atteint ou dépassé l'objectif de performance fixé à 80 %³.




Tableau 7. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

Données	Indicateur : « Expertise neurovasculaire »						
	Objectif de performance dépassé Classe A		Objectif de performance atteint Classe B		Objectif de performance non atteint Classe C		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2016	116	24,5	94	19,8	264	55,7	474

Classement des établissements en fonction de l'évolution de leurs résultats

Entre les 2 campagnes, 111 établissements ont significativement amélioré leur résultat, 284 l'ont maintenu et 41 l'ont dégradé.

Tableau 8. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

Sens de l'évolution	Indicateur : « Expertise neurovasculaire »						Total
							
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2014-2016	111	25,5	284	65,1	41	9,4	436

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Expertise neurovasculaire »

- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur a augmentée de 6 points entre les 2 campagnes, 79% en 2017 versus 73% en 2015.
- Ce résultat est dû d'une part à une augmentation du nombre de patients pris en charge en UNV et d'autre part à la montée en charge du télé AVC sur le territoire.
- Le taux de patients n'ayant bénéficié ni d'expertise neuro vasculaire ni neurologique a baissé, il reste cependant encore à 11% des patients.
- Ces résultats montrent une plus grande concentration des prises en charge dans les établissements qui disposent de l'expertise nécessaire.

³ Explication du positionnement par rapport à l'objectif de performance en annexe 1 : Méthode de recueil et d'analyse

Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation »

Description de l'indicateur

Définition	<p>Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC.</p> <p>Taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation et/ou un avis par un médecin MPR.</p>
Références professionnelles	<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>« 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. » <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>
Numérateur	<p>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.</p>
Dénominateur	<p>Nombre de séjours d'AVC inclus</p>

Critères d'exclusion secondaire de l'indicateur	Pas d'exclusion secondaire
Type d'indicateur	Indicateur de processus Pas d'ajustement sur le risque
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance fixé à 80 % pour l'établissement, soit 8 dossiers sur 10 conformes à la qualité attendue. Diffusion publique du résultat de l'indicateur par établissement sur www.scopesante.fr
Recommandations	Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - Aspects paramédicaux - Recommandations, ANAES, Septembre 2002. 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) Kristensen HK, et al. Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2010; 1-15. 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. Référentiel Activités Orthophonie : BO n°32 du 5 septembre 2013

Analyse nationale des informations recueillies

La moyenne prend en compte le nombre de dossiers comportant la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) et/ou d'un avis par un médecin MPR ou pour lesquels le patient ne présente pas de déficit.

Tableau 9. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016

Campagne 2017 – données 2016		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France	80 %	
Établissements de santé avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	474
	Nombre de dossiers	25 631
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	550
	Nombre de dossiers	26 008

La moyenne nationale pondérée a progressé de 3 points entre 2015 et 2017, passant de 77 % à 80 %.

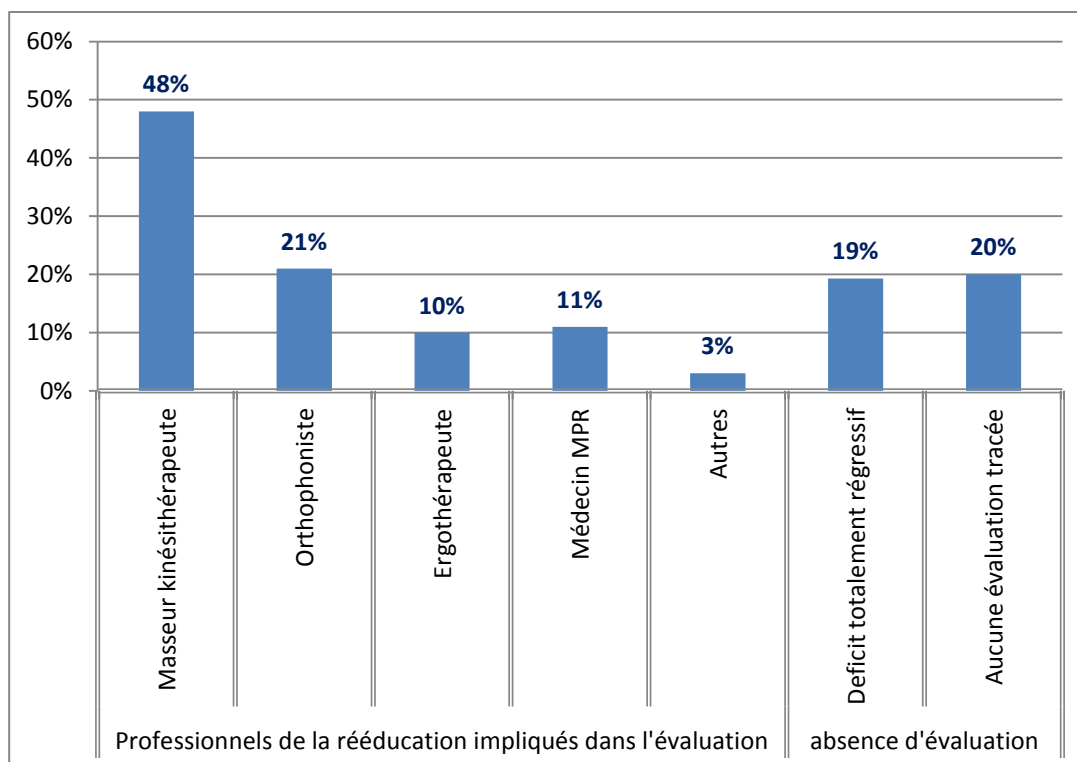
Résultats complémentaires

Les résultats sont pondérés sur l'activité des établissements :

- 49,1 % des patients auraient bénéficié d'une évaluation par un professionnel de la rééducation,
- 9,6 % des patients auraient bénéficié d'une évaluation par un professionnel de la rééducation et d'un avis d'un médecin de médecine physique et réadaptation,
- 1,6 % des patients auraient bénéficié d'une consultation ou d'un avis d'un médecin de médecine physique et réadaptation sans évaluation par un professionnel de la rééducation,
- 19,3 % des patients auraient eu un déficit régressif et à ce titre n'auraient pas eu d'évaluation spécialisée,
- 20,5 % des dossiers ne comporteraient aucune information.

Les établissements disposant d'une UNV réalisent une évaluation par un professionnel de la rééducation plus souvent que ceux n'en disposant pas, information présente dans 84 % des dossiers, 71 % pour les établissements disposant d'une installation de télé AVC et 68 % pour ceux ne disposant ni d'UNV ni du télé AVC.

Graphique 5. Répartition des professionnels ayant réalisé ou participé à l'évaluation des besoins du patient en terme de rééducation – Campagne 2017 – Données 2016



Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

En 2017, sur les 474 établissements ayant pu analyser plus de 9 dossiers, 70,5 % (334) ont atteint ou dépassé l'objectif de performance fixé à 80 %⁴, 66 % en 2015.

⁴ Explication du positionnement par rapport à l'objectif de performance en annexe 1 : Méthode de recueil et d'analyse




Tableau 10. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

	Indicateur : « Évaluation par un professionnel de la rééducation »						Total
	Objectif de performance dépassé <i>Classe A</i>		Objectif de performance atteint <i>Classe B</i>		Objectif de performance non atteint <i>Classe C</i>		
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2016	82	17,3	252	53,2	140	29,5	474
2014	84	17,3	236	48,7	165	34	485

Classement des établissements en fonction de l'évolution de leurs résultats

Entre les 2 campagnes, 75 établissements ont significativement amélioré leur résultat, 293 l'ont maintenu et 68 l'ont dégradé.

Tableau 11. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

Sens de l'évolution	Indicateur : Évaluation par un professionnel de la rééducation						Total
							
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2014-2016	75	17,2	293	67,2	68	15,6	436

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation »

- Entre les 2 campagnes la moyenne nationale pondérée a augmenté de 3 points, objectivant ainsi un nombre de patients plus important ayant bénéficié d'une évaluation de ses besoins en termes de rééducation.
- Il reste 20,5% des dossiers qui ne comportent pas d'information (taux pondéré).
- 60,3% des patients (taux pondéré) ont eu une évaluation de leur besoin par un professionnel de la rééducation. Une grande partie de ces patients ont eu au moins une évaluation par un masseur kinésithérapeute.
- 11,2% des patients (taux pondéré) ont bénéficié d'un avis par un médecin de médecine physique et réadaptation.
- Pour 19,3% des patients (taux pondéré), le déficit ayant été régressif, le dossier ne comporte pas d'évaluation spécialisée.

Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour »

Description de l'indicateur

Définition	<p>Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC ou dont le déficit n'était pas totalement régressif.</p> <p>Taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour suivant le jour de l'admission.</p>
Références professionnelles	<p>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 le début de la prise en charge.</p> <p>« 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.</p> <p>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.</p> <p>Les gains n'apparaissent qu'après des temps de rééducation suffisamment longs. »</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours pour lesquels la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) est retrouvée le 1er jour suivant le jour de l'admission.</p>
Dénominateur	<p>Nombre de séjours d'AVC inclus avec une évaluation par un professionnel de la rééducation.</p>
Critères d'exclusion secondaire de l'indicateur	<p>Patients dont le déficit est totalement régressif ou n'ayant pas eu d'évaluation par un professionnel de la rééducation.</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de résultat</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque</p>
Diffusion publique	<p>Pas de diffusion publique</p>
Recommandations	<p>Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte – recommandation pour la pratique clinique, HAS, Juin 2012</p>

Analyse nationale des informations recueillies

Les dossiers inclus dans le calcul de l'indicateur sont ceux comportant une trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation et/ou un avis par un médecin de médecine physique et réadaptation. Sont donc exclus les dossiers traçant que le déficit était régressif et les dossiers ne comportant pas d'information.

Tableau 12. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016

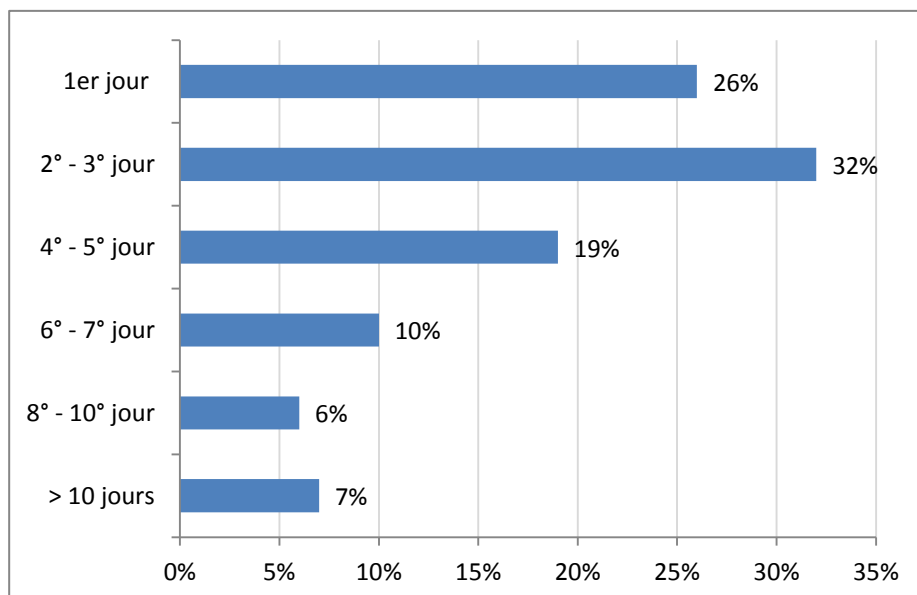
Campagne 2017 – données 2016		
<p>Moyenne nationale pondérée</p> <p>La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France</p>	24 %	
Établissements de santé avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	370
	Nombre de dossiers	13 884
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	508
	Nombre de dossiers	14 488

La moyenne nationale pondérée est de 24 % en 2017 versus 22 % en 2015, elle a progressé de 2 points entre les 2 campagnes.

Résultats complémentaires

L'évaluation des besoins du patient par un professionnel de la rééducation est réalisée dans les 3 jours pour plus de 58 % des patients pour lesquels cette évaluation est tracée, le résultat était le même en 2015.

Graphique 6. Répartition des délais d'évaluation par un professionnel de la rééducation – Campagne 2017 – Données 2016






Les établissements disposant d'une UNV réalisent l'évaluation par un professionnel de la rééducation le 1^{er} jour plus souvent que ceux n'en disposent pas, information présente dans 26 % des dossiers, 15 % lorsque les établissements disposent d'une installation de télé AVC et 21 % lorsqu'ils ne disposent ni d'UNV ni du télé AVC.

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'évolution de leurs résultats

Parmi les 321 établissements ayant pu analyser plus de 9 dossiers lors des 2 dernières campagnes, 28 ont amélioré significativement leurs résultats, 278 l'ont maintenu et 15 l'ont dégradé.

Tableau 13. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

Sens de l'évolution	Indicateur : Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour						Total
							
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2014-2016	28	8.7	278	86.6	15	4.7	321

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur «Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour »

- La moyenne nationale pondérée a progressé de 2 points depuis 2015, mais elle reste faible à 24%. L'organisation mise en place dans les établissements ne permet pas actuellement de réaliser une évaluation spécialisée des besoins en termes de rééducation dès le premier jour de prise en charge.
- Dans plus de 32% des dossiers cette évaluation est tracée les seconds et troisièmes jours de prise en charge.

Indicateur « Dépistage des troubles de la déglutition »

Description de l'indicateur

Définition	<p>Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC.</p> <p>Taux de patient ayant eu un dépistage des troubles de la déglutition</p>
Références professionnelles	<p>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.</p> <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> <ul style="list-style-type: none">– troubles de la déglutition ;– ... » <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>
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la trace du dépistage des troubles de la déglutition est retrouvée au cours de la prise en charge.
Dénominateur	Nombre de séjours d'AVC inclus
Critères d'exclusion secondaire de l'indicateur	Pas d'exclusion secondaire
Type d'indicateur	Indicateur de processus Pas d'ajustement sur le risque
Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance fixé à 80 % pour l'établissement, soit 8 dossiers sur 10 conformes à la qualité attendue. Diffusion publique du résultat de l'indicateur par établissement sur www.scopesante.fr

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

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 14. Indicateur « Dépistage des troubles de la déglutition » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016

Campagne 2017 – données 2016		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France	65 %	
Établissements de santé avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	474
	Nombre de dossiers	25 631
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	550
	Nombre de dossiers	26 008

Entre les 2 campagnes la moyenne nationale pondérée a progressé de 5 points, 65 % en 2017 versus 60 % en 2015.

Résultats complémentaires

Si l'on considère que les patients dont le déficit était régressif ne nécessitaient pas de dépistage des troubles de la déglutition, la moyenne nationale pondérée est alors de près de 74 % (dossier conforme = dépistage des troubles de la déglutition ou déficit totalement régressif).

Les établissements disposant d'une UNV réalisent un dépistage des troubles de la déglutition plus souvent que ceux n'en disposant pas, information présente dans 69 % des dossiers contre 53 % dans les établissements disposant d'une installation de télé AVC et 51 % dans les établissements ne disposant ni d'UNV ni du télé AVC.

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

En 2017, sur les 474 établissements ayant pu analyser plus de 9 dossiers, 38,2 % ont atteint ou dépassé l'objectif de performance fixé à 80 %⁵.




Tableau 15. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

Données	Indicateur : « Dépistage des troubles de la déglutition »						
	Objectif de performance dépassé <i>Classe A</i>		Objectif de performance atteint <i>Classe B</i>		Objectif de performance non atteint <i>Classe C</i>		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2016	47	9,9	134	28,3	293	61,8	474

Classement des établissements en fonction de l'évolution de leurs résultats

Parmi les 436 établissements ayant pu analyser plus de 9 dossiers lors des 2 dernières campagnes, 117 ont amélioré significativement leurs résultats, 251 l'ont maintenu et 68 l'ont dégradé.

Tableau 16. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

Sens de l'évolution	Indicateur : Dépistage des troubles de la déglutition						Total
							
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2014-2016	117	26,8	251	57,6	68	15,6	436

En 2017 cet indicateur est recueilli pour la seconde fois.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Dépistage des troubles de la déglutition »

- La moyenne nationale pondérée a progressé de 5 points depuis 2015, elle est à 65% en 2017.
- Le dépistage des troubles de la déglutition est insuffisamment tracé dans de nombreux établissements puisque dans la moitié des établissements elle est tracé dans moins de 7 dossiers sur 10 (médiane = 67%, cf annexe II).

⁵ Explication du positionnement par rapport à l'objectif de performance en annexe 1 : Méthode de recueil et d'analyse

Indicateur « Transfert en SSR spécialisé »

Description de l'indicateur

Définition	<p>Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC et ayant été transférés dans un établissement de Soins de Suite et Réadaptation.</p> <p>Taux de patient ayant été transféré dans un SSR spécialisé « Affection du système nerveux » ou « Gériatrie »</p>
Références professionnelles	<p>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.</p> <p>« 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... »</p>
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'exclusion secondaire de l'indicateur	Patients n'ayant pas été transférés en SSR
Type d'indicateur	Indicateur de processus.
Diffusion publique	Pas de diffusion publique
Recommandations	Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation, Société Française de Neuro Vasculaire et Société Française de Gériatrie et Gériatrie et Gériatrie et Gériatrie. Orientations des patients atteints d'AVC- Pratiques professionnelles et Recommandations, 2008.

La disponibilité de l'offre de SSR spécialisé est une donnée limitative du résultat. Les résultats ne sont donc pas totalement imputables à l'établissement. Dans ce contexte, aucun comparatif inter établissement n'a été restitué. Cependant sur la base du nombre de dossiers inclus dans l'analyse, le taux national pondéré est rendu à titre informatif.

Analyse nationale des informations recueillies

Les dossiers inclus dans le calcul de l'indicateur sont ceux des établissements ayant pu analyser plus de 9 dossiers comportant la trace d'un transfert en SSR, 8 042 dossiers soit 33,9% des dossiers analysés.

Tableau 17 et Graphique 7. Indicateur « Transfert en SSR spécialisé » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016

Campagne 2017 – données 2016		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France	73 %	
Établissements de santé avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	352
	Nombre de dossiers	8042
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	521
	Nombre de dossiers	8810

Entre les 2 campagnes la moyenne nationale pondérée a progressé de 3 points, 73 % en 2017 versus 70 % en 2015.

Résultats complémentaires

Dans la population analysée près de 32 % des patients ont été transférés en SSR, nous constatons le même taux lors de la campagne 2015.

Le taux de patients transférés en SSR spécialisé a un peu augmenté, la moyenne pondérée est 72 % en 2017 versus 70 % en 2015.

Le taux de patients transférés en SSR « Affection du système nerveux » n'a pas bougé, il est toujours de 46 % des transferts, par contre le taux de patients adressé en SSR « Gériatrie » est passé de 25 % à 26 %.

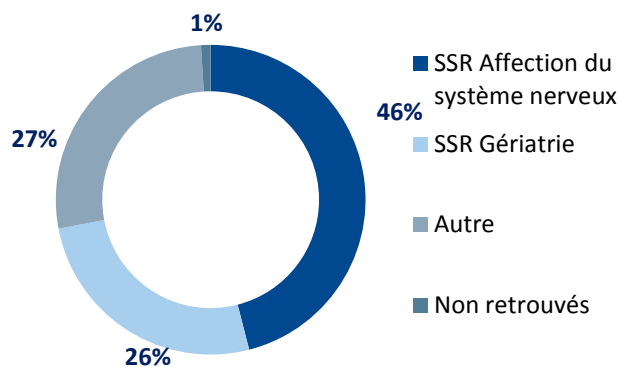
Parmi les patients transférés 21 % avaient bénéficié de l'avis d'un médecin de médecine physique réadaptation et 26 % des patients âgés de plus de 75 ans avaient bénéficié de celui d'un gériatre

Dans la population analysée, 26,4 % des patients de moins de 75 ans sont transférés en SSR, 38,7 % des patients de 75 ans et plus.

Parmi les patients transférés :

- 87 % des moins de 60 ans sont adressés en SSR neurologique, 69 % des 60-74 ans et 27 % des 75 ans et plus.
- 2 % des moins de 60 ans sont adressés en SSR gériatrie, 9 % des 60-74 ans et 39 % des 75 ans et plus.
- 11 % des moins de 60 ans sont adressés en SSR autre que neurologique ou gériatrique, 21 % des 60-74 ans et 33 % des 75 ans et plus.

Graphique 8. Distribution des patients transférés par type d'établissement SSR



Les établissements disposant d'une UNV transfèrent plus souvent les patients en SSR spécialisé que ceux n'en disposant pas, 78 % des dossiers analysés, 56 % dans les établissements disposant d'une installation de télé AVC, et 57 % dans les établissements ne disposant ni d'UNV ni du télé AVC.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Transfert en SSR spécialisé »

- La moyenne pondérée a progressé de 3 points entre les 2 campagnes, avec un taux de transfert identique parmi la population analysée. Le taux a progressé en particulier pour les transferts en SSR gériatrie.
- La moitié des établissements a transféré plus de 8 patients sur 10 en SSR spécialisé parmi les patients transférés en SSR (médiane à 81%).
- Les patients de moins de 75 ans sont majoritairement adressés en SSR neurologie, 87% des moins de 60 ans et 69% des 60-74 ans.
- Les patients âgés de 75 ans et plus sont plus souvent orientés en SSR gériatrie en 2017 qu'en 2015, cependant une grande partie de ces patients (41%) sont transférés dans d'autres types de SSR.
- 26% des patients de 75 ans et plus transférés en SSR ont bénéficié de l'avis d'un gériatre.
- 21% des patients transférés en SSR ont bénéficié de l'avis d'un médecin de médecine physique et réadaptation.

Indicateur « Programmation d'une consultation post AVC »

Description de l'indicateur

Définition	<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>
Références professionnelles	<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> <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>
Numérateur	<p>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.</p>
Dénominateur	<p>Nombre de séjours d'AVC inclus</p>
Critères d'exclusion secondaire de l'indicateur	<p>Pas d'exclusion secondaire</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus</p>

Diffusion publique	Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance fixé à 80 % pour l'établissement, soit 8 dossiers sur 10 conformes à la qualité attendue. Diffusion publique du résultat de l'indicateur par établissement sur www.scopesante.fr
Recommandations	Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 », Ministère de la santé et des sports, Avril 2010 INSTRUCTION N° DGOS/R4/2015/262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri professionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et du suivi des AVC.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 18. Indicateur « Programmation d'une consultation post AVC » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016

Campagne 2017 – données 2016		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France	54 %	
Établissements de santé avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	474
	Nombre de dossiers	25 631
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	550
	Nombre de dossiers	26 008

Entre les 2 campagnes la moyenne nationale pondérée a progressé de 5 points, 54 % en 2017 versus 49 % en 2015.

Résultats complémentaires

Parmi les 26 008 dossiers analysés lors de la campagne, cette information n'est présente que dans 11 236 soit 43 % des dossiers.

Pour les patients transférés en SSR (8810 dossiers), une consultation avec un médecin de la filière AVC est programmée dans 40 % des dossiers soit 3 576 dossiers.

Les établissements prenant en charge le moins de patients sont ceux qui ont le plus de difficultés à programmer une consultation avec un médecin de la filière post AVC :

- établissements ayant analysé entre 10 et 29 dossiers la moyenne est de 23,6 %,
- établissements ayant analysé entre 30 et 59 dossiers la moyenne est de 32,1 %,
- établissements ayant analysé entre 60 et 80 dossiers la moyenne est de 57,4 %.

Les établissements disposant d'une UNV programment une consultation post AVC plus souvent que ceux n'en disposant pas, information présente dans 62 % des dossiers, 36 % lorsque l'établissement dispose d'une installation de tété AVC et 29 % pour les établissements ne disposant ni d'UNV ni du télé AVC.

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

En 2017, sur les 474 établissements ayant analysé plus de 9 dossiers, 20,4 % ont atteint ou dépassé l'objectif de performance fixé à 80 %.




Tableau 19. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %

Données	Indicateur : « Programmation d'une consultation post AVC »						Total
	Objectif de performance dépassé <i>Classe A</i>		Objectif de performance atteint <i>Classe B</i>		Objectif de performance non atteint <i>Classe C</i>		
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2016	13	2,7	84	17,7	377	79,5	474

Classement des établissements en fonction de l'évolution de leurs résultats

Parmi les 436 établissements ayant pu analyser plus de 9 dossiers lors des 2 dernières campagnes, 113 ont amélioré significativement leurs résultats, 272 l'ont maintenu et 51 l'ont dégradé.

Tableau 20. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016)

Sens de l'évolution	Indicateur : Programmation d'une consultation post AVC						Total
							
Données	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	N
2014-2016	113	25,9	272	62,4	51	11,7	436

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Programmation d'une consultation post AVC »

- La moyenne nationale pondérée est à 54% en 2017. Elle a progressé de 5 points par rapport à 2015 mais demeure faible.
- En aout 2015 une circulaire ministérielle a défini l'organisation des consultations post AVC et prévu le financement en 2 étapes sur 2 années. Les données concernent des prises en charge de 2016, l'organisation était en cours de mise en place, ce qui peut expliquer ce résultat.

Indicateur « Score d'autonomie ou de handicap à la sortie »

Description de l'indicateur

Définition	<p>Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC.</p> <p>Taux de patient ayant une évaluation de son autonomie ou de son handicap à sa sortie de MCO noté dans le dossier ou pour lesquels il est noté que le déficit était totalement régressif.</p>
Références professionnelles	<p>Pour les patients dont le déficit n'était pas totalement régressif la réalisation d'une évaluation de l'autonomie ou du handicap permet de suivre les patients dans le temps et de vérifier la récupération ou la dégradation de l'autonomie ou du handicap.</p> <p>L'autonomie des patients et les besoins de rééducation à la sortie de MCO permettent de définir la meilleure orientation pour les patients après la phase aiguë.</p> <p>Les scores d'autonomie ou de handicap utilisés sont : RANKIN, Barthel, échelle SOFMER, AGGIR ou ADL.</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours pour lesquels est retrouvé dans le dossier un score d'autonomie ou de handicap réalisé à la sortie de MCO avec l'une des échelles suivantes RANKIN, Barthel, échelle SOFMER, AGGIR ou ADL ou pour lesquels il est noté que le déficit était totalement régressif.</p>
Dénominateur	<p>Nombre de séjours d'AVC inclus</p>
Critères d'exclusion secondaire de l'indicateur	<p>Pas d'exclusion secondaire</p>
Type d'indicateur	<p>Indicateur de processus</p>
Diffusion publique	<p>Indicateur diffusé publiquement avec un objectif de performance fixé à 80 % pour l'établissement, soit 8 dossiers sur 10 conformes à la qualité attendue.</p> <p>Diffusion publique du résultat de l'indicateur par établissement sur www.scopesante.fr</p>

Analyse nationale des informations recueillies

Cet indicateur est calculé pour les dossiers comportant une évaluation avec une des échelles suivantes RANKIN, Barthel, échelle SOFMER, AGGIR ou ADL. Pour les patients pour lesquels il est noté que le déficit était régressif, la réponse était automatiquement positive.

Tableau 21 et Graphique 9. Indicateur « Score d'autonomie ou de handicap à la sortie » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016

Campagne 2017 – données 2016		
<p>Moyenne nationale pondérée</p> <p>La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France</p>	44 %	
établissements de santé avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	474
	Nombre de dossiers	25 631
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	550
	Nombre de dossiers	26 008

La moyenne pondérée de l'indicateur est de 44 %, cet indicateur est recueilli pour la première fois en 2017, il était précédemment recueilli comme critère d'un indicateur.

Résultats complémentaires

Dans la population des patients n'ayant pas un déficit totalement régressif, cette information n'est présente que dans 30 % des dossiers. En 2015 cette information était un des critères inclus dans l'indicateur « Tenue du dossier patient », le taux était de 25 %.

Les établissements disposant d'une UNV réalisent une évaluation de l'autonomie ou du handicap des patients avant la sortie de MCO plus souvent que ceux n'en disposant pas, information présente dans 48 % des dossiers, 35 % dans les établissements disposant du télé AVC et 32 % dans ceux ne disposant ni d'UNV ni du télé AVC.

Classement des établissements

Cet indicateur est recueilli pour la première fois en 2017, aussi aucun comparatif inter établissement n'est restitué.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Score d'autonomie ou de handicap à la sortie »

- La moyenne nationale pondérée est de 44%. Les scores recherchés sont : Rankin, Barthel, échelle SOFMER, AGGIR ou ADL.
- La moyenne sur l'ensemble des dossiers analysés (en excluant les déficits totalement régressifs) est de 30%. En 2015 cette information était retrouvée dans 25% des dossiers analysés. Cette information est donc mieux documentée en 2017.
- Cette information est importante en particulier dans la perspective de la réalisation d'une consultation post AVC à distance, elle permet ainsi de disposer d'une référence au moment de la sortie du patient du secteur MCO.

Bilan et perspectives

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

Lors de la campagne 2017 la participation des établissements a été optimale : 550 établissements ont analysé des dossiers parmi lesquels les 540 établissements ayant l'obligation de le faire.

Les données ont été recueillies dans 26 008 dossiers de patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral (AVC) sur l'ensemble du pays ce qui représente environ 26 % des AVC pris en charge en établissement de santé chaque année si l'on se reporte aux chiffres publiés en 2017 (C de Peretti DREES mai 2017).

La population analysée est représentative de la population prise en charge en France pour un AVC en termes de sexe ratio et d'âge.

Parmi les 9 indicateurs recueillis en 2017, 4 sont diffusés publiquement.

► Entre les 2 campagnes la prise en charge a continué de se structurer

L'accès à l'expertise neuro vasculaire a été renforcé depuis la précédente campagne, 3 UNV de plus ont été ouvertes et le nombre d'établissements disposant d'une installation de télé AVC, en étant requérant, est passé de 88 en 2015 à 152 en 2017.

Cela a permis à un plus grand nombre de patients de bénéficier d'une expertise neuro vasculaire et d'être orienté dans les établissements disposant de l'expertise nécessaire à cette prise en charge.

► Au niveau national, les résultats des 7 indicateurs déjà recueillis se sont améliorés

- Les résultats des indicateurs en 2017 objectivent qu'il existe une marge d'amélioration de ces prises en charge et qu'il y a une grande variabilité inter-établissements pour tous les indicateurs (cf annexe II).
- Le délai médian « **Arrivée - Imagerie en première intention** » est de 1h49. Il s'est amélioré depuis 2011. Lorsque les patients arrivent dans des délais compatibles avec la thrombolyse 56 % ont une imagerie dans l'heure suivant leur admission, comme en 2015.
- Lorsque l'on pondère le **taux de thrombolyse** par l'activité des établissements, en 2017 il est de 14,2 % des patients avec un infarctus cérébral. Il était de 11,8 % en 2015
- L'indicateur « **Expertise neurovasculaire** » présente une moyenne nationale pondérée de 79 % en 2017. Elle a augmenté de 6 points depuis 2015.
- À 80 % la moyenne nationale pondérée de l'indicateur « **Évaluation par un professionnel de la rééducation** » a progressé de 3 points depuis le précédent recueil en 2015.
- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur « **Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour** » a progressé de 2 points depuis 2015 mais reste faible à 24 %.
- L'indicateur de sécurité des soins « **Dépistage des troubles de la déglutition** » présente une moyenne nationale pondérée de 65 %. Les résultats de cet indicateur ont progressé de 5 points depuis 2015.
- Parmi les 34 % des patients transférés en SSR, 73 % l'ont été en **SSR spécialisé** ce qui représente une progression de 3 points entre les 2 campagnes.
- L'indicateur « **Programmation d'une consultation post AVC** » présente une moyenne nationale pondérée de 54 % ce qui représente une amélioration de 5 points par rapport à 2015.

► Deux indicateurs recueillis pour la première fois à suivre

- La moyenne nationale pondérée de l'indicateur « **Éléments indispensables à l'arrivée** » est de 45 %. Les 3 critères le composant étaient déjà mesurés précédemment, score NIHSS et glycémie capillaire la 1ère heure de prise en charge et date et heure de survenue des symptômes. La traçabilité de la date et l'heure de survenue des symptômes a continué à progresser, par contre la traçabilité du score NIHSS et de la glycémie capillaire ont baissé depuis la campagne 2015.
- Le « **Score d'autonomie ou de handicap à la sortie** » présente une moyenne nationale pondérée de 44 %. L'autonomie ou le handicap devait être évalué avec l'une des échelles suivantes : Rankin, Barthel, échelle SOFMER, AGGIR ou ADL.

► L'inscription des patients dans une filière AVC améliore la qualité de la prise en charge

Pour tous les indicateurs, les établissements disposant d'une UNV ont de meilleurs résultats que les établissements sans UNV. Ceux disposant du Télé AVC ont aussi de meilleurs résultats, pour la majorité des indicateurs, que ceux ne disposant pas de ces équipements.

► Des axes d'amélioration se dégagent des résultats de la campagne

Les résultats de la campagne 2017 même s'ils présentent une amélioration par rapport à la campagne 2015, permettent de dégager des axes d'amélioration pour l'avenir :

- Le délai Arrivée - Imagerie en première intention reste globalement stable entre les 2 derniers recueils à environ 1h50. Le développement de la thrombectomie va nécessiter une imagerie en urgence pour un plus grand nombre de patients. Les établissements doivent poursuivre leurs efforts afin de permettre un accès plus rapide à l'imagerie pour plus de patients.
- Le score NIHSS et la glycémie capillaire la première heure de prise en charge feront l'objet d'une discussion avec les professionnels du groupe de travail afin soit de réévaluer la pertinence de l'indicateur, soit d'améliorer sa traçabilité.
- Le taux de patients bénéficiant d'une expertise neuro vasculaire devrait continuer à augmenter avec le développement du télé AVC.
- Les patients devraient tous bénéficier d'une évaluation de leurs besoins en termes de rééducation durant leur prise en charge initiale. Même si les établissements rencontrent des difficultés pour organiser cette évaluation dans les plus brefs délais elle devrait avoir lieu au cours de cette hospitalisation.
- De nombreux patients suite à un AVC présentent des troubles de la déglutition, ce qui peut entraîner des pneumopathies d'inhalation s'ils ne sont pas dépistés. Ce dépistage doit progresser afin que tous les patients en bénéficient.
- Les patients transférés en établissements de soins de suite et réadaptation doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée Les établissements spécialisés en affection du système nerveux et, pour les patients les plus âgés, en gériatrie, doivent être privilégiés.
- La consultation post AVC avec un médecin de la filière doit être proposée à tous les patients dans les suites de leur sortie de MCO. Elle permet d'évaluer à distance les séquelles de l'AVC et d'adapter le traitement des facteurs de risques cardio-neuro-vasculaires.
- L'évaluation de l'autonomie ou du handicap à la sortie du MCO doit se généraliser car elle permet de mesurer à distance les progrès ou la dégradation des fonctions.

Conclusion

Les indicateurs mesurent la traçabilité des informations dans le dossier du patient et non la prise en charge en tant que telle. Cependant le dossier du patient est le reflet de la prise en charge, il est un outil de partage entre professionnels et favorise la continuité des soins. L'absence de traçabilité des informations peut être grandement préjudiciable à la prise en charge du patient.

Trois ans après la fin du plan ministériel, les indicateurs recueillis lors de la campagne 2017 permettent d'objectiver l'impact du plan sur la prise en charge des AVC en France. La sensibilisation des professionnels à la spécificité de cette prise en charge a favorisé le regroupement des patients dans les établissements pouvant leur offrir une prise en charge spécialisée. Le nombre d'établissements comportant une UNV a augmenté depuis le début du plan. Le développement des équipements de télé AVC a permis de renforcer l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Dans les établissements les professionnels se mobilisent pour mettre en œuvre cette prise en charge dans les plus brefs délais. Ainsi le taux de patients thrombolysés est aujourd'hui de plus de 14 %. Cette organisation des soins permet à un plus grand nombre de patients d'avoir accès à une rééducation répondant à ses besoins, mise en œuvre rapidement.

La consultation post AVC, partie intégrante du plan, se met en place dans les établissements de la filière et les patients pris en charge dans ces établissements bénéficient de cette évaluation à distance. Ceux

pris en charge dans des établissements hors filière AVC ont rarement accès à cette expertise. L'indicateur mesurant la programmation de cette consultation devrait contribuer à l'amélioration de l'inscription de ces patients dans la filière.

Le développement de la thrombectomie mécanique est l'enjeu auquel les professionnels vont devoir faire face dans les années à venir, l'organisation mise en place devra s'adapter pour y répondre.

Les indicateurs généralisés permettent de constater que le plan AVC a eu un impact positif sur la prise en charge initiale de l'AVC en secteur MCO.

Le taux de patients arrivant rapidement dans les établissements de santé reste faible, seuls 32 % des AVC arrivent dans les 4 heures suivant les premiers symptômes. Il est nécessaire de renouveler l'information de la population sur la détection de l'AVC et l'urgence de la prise en charge.

De nombreux patients dans les suites d'un AVC conservent des séquelles nécessitant une rééducation spécialisée : 30 % des patients dans les suites d'un AVC sont hospitalisés en établissement de SSR. La prise en charge en SSR a également fait l'objet de recommandations dans le cadre du plan AVC. En 2017 la HAS développe des indicateurs permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge en SSR en complément de ceux évaluant la prise en charge initiale en MCO. Ces indicateurs permettront ainsi de mesurer la qualité des pratiques tout au long du parcours hospitalier des patients après un AVC.

Résultats 2017 du contrôle qualité du recueil des indicateurs du thème « Prise en charge initiale de l'Accident Vasculaire Cérébral » dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC)

Résultats du contrôle qualité du recueil

15 ARS sur les 17 ARS (88 %) ont participé à l'ONIC 2017.

Au total, 550 établissements de santé ont participé à la campagne nationale de recueil des indicateurs du thème « Prise en charge initiale de l'Accident Vasculaire Cérébral » : parmi eux, 55 ont été contrôlés par une ARS (10 %).

Indicateurs du thème « Prise en charge initiale de l'Accident Vasculaire Cérébral »	Nombre d'établissements de santé dont le recueil est non validé par le contrôle*
Expertise neuro vasculaire	3 structures ou établissements de santé (5,5 % total établissements de santé contrôlés)
Évaluation par un professionnel de la rééducation	6 structures ou établissements de santé (11 % total établissements de santé contrôlés)
Dépistage des troubles de la déglutition	4 structures ou établissements de santé (7 % total établissements de santé contrôlés)
Programmation d'une consultation post AVC	10 structures ou établissements de santé (18 % total établissements de santé contrôlés)

Conclusion : Pour 17 établissements de santé, le contrôle réalisé par l'ARS n'a pas validé le recueil réalisé par l'établissement pour les indicateurs « Prise en charge initiale de l'Accident Vasculaire Cérébral ».

Impact du contrôle qualité du recueil sur la diffusion publique

La liste des indicateurs soumis à diffusion publique fait l'objet d'un arrêté annuel ([arrêté du 10 février 2017](#)). Le nombre et le type d'indicateurs à contrôler diffèrent d'une année à l'autre. Cet arrêté annuel fixe les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins le concernant.

Les résultats des indicateurs nationaux, listés dans l'arrêté ministériel sus cité, sont diffusés publiquement sur le site internet de diffusion publique sur la qualité de la prise en charge en établissements « Scope Santé » (www.scopesante.fr) à compter du mois de novembre de chaque année. Les résultats des indicateurs sont diffusés sur Scope Santé après contrôle.

Les résultats des indicateurs IPAQSS ne sont pas recalculés lorsque le recueil est « non validé » suite au contrôle réalisé par l'ARS pour des questions de faisabilité. Le résultat est donc supprimé et la mention recueil « non validé » apparaît sur Scope Santé. L'annulation du résultat a des conséquences sur la diffusion publique, la certification, l'incitation financière à la qualité et autres utilisations.

Pour en savoir plus : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1637882/fr/controle-qualite-du-recueil-des-indicateurs-nationaux

Table des illustrations

Figure 1. Résultats des indicateurs « Prise en charge initiale de l'AVC » - Moyennes pondérées nationales – Campagne 2017 - Données 2016	8
Tableau 1. Répartition des établissements de santé en fonction du nombre de dossiers analysés :	14
Tableau 2. Répartition des dossiers en fonction du mode d'entrée :	16
Graphique 1. Répartition des patients en fonction de l'âge (données pondérées) :	17
Tableau 3. Indicateur « Délai arrivée – Imagerie en première intention » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016	20
Graphique 2. Délai Arrivée – Première imagerie pour tous patients– AVC – Campagne 2017 données 2016	20
Graphique 3. Délai Arrivée – Première imagerie pour les patients arrivés dans l'établissement dans des délais compatibles avec la thrombolyse – AVC – Campagne 2017 données 2016	21
Tableau 4. Indicateur « Éléments indispensables à l'arrivée » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016	24
Figure 2. Indicateur « Éléments indispensables à l'arrivée » - Campagne 2017 – données 2016 - Résultats détaillés des 3 critères composant le score	25
Tableau 5. Positionnement par rapport à la moyenne nationale	26
Tableau 6. Indicateur « Expertise neurovasculaire » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016	28
Graphique 4. Répartition par type d'expertise – Moyenne pondérée	28
Tableau 7. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %	29
Tableau 8. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016).....	29
Tableau 9. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016	31
Graphique 5. Répartition des professionnels ayant réalisé ou participé à l'évaluation des besoins du patient en terme de rééducation – Campagne 2017 – Données 2016.....	32
Tableau 10. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %	33
Tableau 11. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016).....	33
Tableau 12. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016	35
Graphique 6. Répartition des délais d'évaluation par un professionnel de la rééducation – Campagne 2017 – Données 2016.....	35
Tableau 13. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016).....	36
Tableau 14. Indicateur « Dépistage des troubles de la déglutition » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016	38
Tableau 15. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %	39
Tableau 16. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016).....	39
Tableau 17 et Graphique 7. Indicateur « Transfert en SSR spécialisé » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016	41
Graphique 8. Distribution des patients transférés par type d'établissement SSR.....	42
Tableau 18. Indicateur « Programmation d'une consultation post AVC » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016	44
Tableau 19. Positionnement par rapport à l'objectif national de performance de 80 %	45
Tableau 20. Positionnement par rapport à l'évolution des résultats entre les deux dernières campagnes (2014-2016).....	45
Tableau 21 et Graphique 9. Indicateur « Score d'autonomie ou de handicap à la sortie » - Résultats de la campagne 2017 - données 2016	47
Tableau 22. Répartition du nombre d'établissements en fonction des indicateurs – Campagne 2017 - données 2016	58
Tableau 23 et Graphique 10. Indicateur « Éléments indispensables à l'arrivée » - Statistiques descriptives - Campagne 2017 - données 2016	59
Tableau 24 et Graphique 11. Indicateur « Expertise neuro vasculaire » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016	59
Tableau 25 et Graphique 12. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016	59
Tableau 26 et Graphique 13. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation le premier jour » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016	60

Tableau 27 et Graphique 14. Indicateur « Dépistage des troubles de la déglutition » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016	60
Tableau 28 et Graphique 15. Indicateur « Transfert en SSR spécialisé » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016	60
Tableau 29 et Graphique 16. Indicateur « Programmation d'une consultation post AVC » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016	61
Tableau 30 et Graphique 17. Indicateur « Score d'autonomie ou de handicap à la sortie » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016	61
Tableau 31. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée - Campagne 2017- données 2016	62
Tableau 32. Informations régionales.....	63
Tableau 33. Indicateur Délai arrivée – Imagerie en première intention - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)	64
Tableau 34. Indicateur Éléments indispensables à l'arrivée - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)	65
Tableau 35. Indicateur Expertise neuro-vasculaire - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)	66
Tableau 36. Indicateur Évaluation par un professionnel de la rééducation - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)	67
Tableau 37. Indicateur Évaluation par un professionnel de la rééducation le premier jour - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)	68
Tableau 38. Indicateur Dépistage des troubles de la déglutition - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)	69
Tableau 39. Indicateur Consultation post-AVC - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %).....	70
Tableau 40. Indicateur Score d'autonomie ou de handicap à la sortie - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)	71
Tableau 41. Indicateur Délai arrivée – Imagerie en première intention - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2017 (en %)	72
Tableau 42. Indicateur Éléments indispensables à l'arrivée - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2017 (en %)	72
Tableau 43. Indicateur Expertise neuro-vasculaire - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2017 (en %)	73
Tableau 44. Indicateur Évaluation par un professionnel de la rééducation - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2017 (en %)	73
Tableau 45. Indicateur Évaluation par un professionnel de la rééducation le premier jour - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2017 (en %)	73
Tableau 46. Indicateur Dépistage des troubles de la déglutition - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2017 (en %)	74
Tableau 47. Indicateur Programmation d'une consultation post AVC - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2015 (en %)	74
Tableau 48. Indicateur Score d'autonomie ou de handicap à la sortie - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2015 (en %)	74

Annexes

Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse

Le « Guide méthodologique de production des résultats comparatifs des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la plate-forme QualHAS - Campagne nationale IPAQSS », disponible sur le site de la HAS, précise les méthodes statistiques utilisées pour la production des résultats comparatifs.

► Recueil et restitution des données

Chaque année, la HAS organise une campagne nationale de recueil. Pour chaque campagne, plusieurs thèmes sont concernés, avec des thématiques transversales et de pratique clinique, en alternance une année sur deux. Chaque thème est lui-même composé d'un ou de plusieurs indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS).

Outils

Le recueil des données se fait via l'utilisation d'outils informatiques développés par l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation). Ils permettent à la fois le recueil et la restitution en temps réel de résultats pour chaque indicateur recueilli par l'établissement de santé (ES) et se composent de :

- LOTAS : logiciel de tirage au sort des séjours analysés qui servent au calcul des indicateurs - les spécifications du logiciel sont construits à partir des données du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) ;
- QualHAS : plate-forme Internet sécurisée 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 de santé des résultats individuels dès la fin de la saisie, et des résultats comparatifs.

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 de santé, 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 document, sont issues de la plate-forme de recueil QualHAS et ont été saisies par les établissements.

Modalités de recueil

Le dossier patient est utilisé comme source de données car il contient l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives qui permettent d'assurer la prise en charge coordonnée d'un patient et la continuité des soins. C'est à partir du dossier que l'on assure la traçabilité de la démarche de prise en charge. Le contenu du dossier patient est défini par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique. Ce dossier contient des informations de différents types : compte-rendu d'hospitalisation, observations médicales, feuilles de soins, prescriptions, résultats des examens, etc.

La sélection des séjours (dossiers) à évaluer est réalisée par tirage au sort à partir des bases nationales de séjours hospitaliers issus du PMSI pour les différents champs d'activité : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soins de suite et réadaptation (SSR), santé mentale (PSY) et hospitalisation à domicile (HAD), sur une période donnée et avec des critères de sélection spécifiques pour chaque recueil d'IQSS.

Le recueil des IQSS, réalisé par l'ES, consiste en un audit rétrospectif portant sur un échantillon aléatoire de séjours (dossiers) :

- soit sur l'année N-1 de la campagne de recueil pour les indicateurs de spécialités ;
- soit sur une période de l'année N-1 de la campagne de recueil pour les indicateurs transversaux.

Selon les thèmes, 60 ou 80 séjours maximum doivent être analysés par établissements de santé.

Le nombre de dossiers évalués est identique quelles que soient la taille et la catégorie des établissements de santé participant au recueil national. Ce nombre de dossiers relativement faible est un compromis entre une charge de travail acceptable, tous types de structure confondus, et une précision statistique suffisante de l'indicateur estimé à partir de l'échantillon. Un intervalle de confiance à 95 % calculé sur l'échantillon est présenté avec le résultat de chaque indicateur, et ne tient pas compte de l'activité de l'ES. Pour plus de précision sur le calcul de l'intervalle de confiance, cf. Guide méthodologique.

► Mode de présentation des IQSS par établissements de santé

Les résultats des indicateurs de qualité par établissements de santé se présentent :

- soit sous la forme d'un score de qualité, constitué de plusieurs critères, compris entre 0 et 100, qui correspond à la moyenne des critères calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x 100) [exemple : Tenue du dossier Patient (TDP)] ;
- soit sous la forme de proportions ou pourcentages ou taux pour les variables binaires [exemple: Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)] ;
- soit sous la forme d'une médiane de durée pour les délais [exemple : Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale en heures pour la prise en charge initiale des AVC (IMA)].

► Méthodes de comparaison

Estimation des références

Deux types de mesure de valeurs centrales sont produits comme référence :

- une moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par établissements de santé (total des séjours comptabilisés dans le PMSI sur la période considérée). Chaque établissement de santé se voit ainsi attribuer un poids en fonction de son activité sur la période considérée : plus son activité est importante, plus son poids sera important et il participera donc d'autant plus au calcul de la moyenne.

Pour les indicateurs de type score, un seuil minimum de 31 dossiers à évaluer par établissement de santé a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient pris en compte dans les résultats comparatifs.

Pour les indicateurs de type proportion, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer par établissement de santé a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient intégrés dans les comparatifs.

- une médiane corrigée pour les indicateurs de type délai. Les délais aberrants statistiquement (délais strictement supérieurs à une borne) sont supprimés du calcul de la référence pour l'ensemble des dossiers inclus dans l'analyse.

Pour les indicateurs de type délai, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer a été retenu pour que les résultats de l'ES soient intégrés dans la comparaison inter établissements de santé.

Pour plus de précision sur l'estimation des références, cf. Guide méthodologique.

Types de référence

La plate-forme QualHAS permet à chaque établissements de santé de se comparer à quatre types de références.

- Trois références dans l'espace :
 - Une « référence nationale » ;
 - Une « référence régionale » : les établissements de santé ont accès au résultat moyen ou médian de leur région;
 - Une « référence par catégorie d'ES » : les établissements de santé ont accès au résultat moyen ou médian de leur catégorie.
- Un « objectif national de performance » a été défini dès 2009 par le ministère de la santé comme seuil à atteindre par les établissements de santé. Chaque année, une instruction DGOS relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par les établissements de santé, des

résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, redéfinit la liste des indicateurs et les objectifs nationaux de performance correspondants.

► Méthodes de présentation des résultats

Deux présentations sont proposées. Les ES sont comparés par rapport :

- à la moyenne pondérée (de tous les ES), via des pictogrammes de couleur vert, jaune et orange ;
- à l'objectif national de performance, via des classes « + », « = » et « - ».




Positionnement par rapport à la moyenne pondérée

Le positionnement d'un ES par rapport à la moyenne de référence est décliné en pictogrammes de couleur vert, jaune et orange. Ces 3 couleurs représentent 3 classes ou niveaux de qualité décroissants.

Indicateurs de type score ou proportion

Les 3 premières classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'ES à la moyenne de référence retenue pour l'indicateur analysé.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les ES « **Non répondants** ».

-  ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à la moyenne de référence : la position de l'ES est dite « **significativement supérieure à la moyenne pondérée de référence** ».
-  ES dont l'IC à 95 % coupe la référence : la position de l'ES est dite « **non significativement différente de la moyenne pondérée de référence** ».
-  ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à la moyenne de référence : la position de l'ES est dite « **significativement inférieure à la moyenne pondérée de référence** ».

Indicateurs de type délai

La méthode de comparaison dans le cadre d'un indicateur de délai reste à définir.

Positionnement par rapport à l'objectif national de performance

Indicateurs de type score ou proportion

Trois classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'ES à l'objectif national de performance.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les ES « **Non répondants** ».

- Classe « + »** ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES est « **significativement supérieure à l'objectif national de performance** ».
- Classe « = »** ES dont l'IC à 95 % coupe l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES est « **non significativement différente de l'objectif national de performance** ».
- Classe « - »** ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES « **est significativement inférieure à l'objectif national de performance** ».

Indicateurs de type délai

Il n'existe pas d'objectif national de performance sur les indicateurs de délais.

Calcul des évolutions des indicateurs - campagnes 2015

Pour les indicateurs dont les calculs sont identiques par rapport à la campagne précédente, une information sur leur évolution est fournie dans la fiche de résultats. Il s'agit de mesurer si le résultat de l'indicateur s'est amélioré de façon statistiquement significative par rapport au recueil précédent.

Pour cela, deux tests statistiques sont mobilisés en fonction du nombre de dossiers à partir desquels sont calculés les indicateurs :

- pour les ES ayant évalué entre 10 et 30 dossiers sur au moins une des deux années : test exact de fisher ;
- pour les ES ayant évalué plus de 30 dossiers sur les 2 années : test de Student.

Les règles de cotation sont les suivantes :

- si l'évolution est statistiquement significative et que le résultat de la nouvelle campagne est supérieur au résultat de la campagne précédente : l'évolution est positive. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « ↗ »
- si l'évolution est statistiquement non significative : l'évolution est stable. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « → »
- si l'évolution est statistiquement significative et que le résultat de la nouvelle campagne est inférieur au résultat de la campagne précédente : l'évolution est négative. Ce résultat est visualisé par le pictogramme « ↘ »

► Méthodes de pondération des résultats complémentaires

Compte tenu des disparités dans l'activité de prise en charge de l'AVC en France, la contribution des établissements au recueil n'est pas la même : certains peuvent remplir 80 dossiers et d'autres non ; il convient donc de redresser les données recueillies lors de la campagne en attribuant à chaque dossier un poids dépendant du niveau d'activité de l'établissement: plus l'établissement a une activité importante, plus son poids est important dans la qualité des prises en charge au niveau national et plus le dossier de cet établissements de santé a donc un poids important dans le calcul réalisé. Cette pondération réalisée au niveau du dossier du patient va donc permettre d'estimer des résultats corrigés de la différence d'activité des établissements (en termes de prise en charge hospitalière des AVC).

La pondération pour un dossier a été calculée comme suit :

$$\text{Pondération dossier}_i = \frac{\text{Nb séjours éligibles}_{\text{ES}} \times \text{Nb dossiers tirés au sort}}{\text{Nb séjours éligibles} \times \text{Nb dossier tirés au sort}_{\text{ES}}}$$

avec :

Nb séjours éligibles_{ES}, le nombre de séjours éligibles dans l'ES où a été tiré au sort le dossier

Nb séjours éligibles, le nombre total de séjours éligibles tout établissements de santé confondus

Nb dossiers tirés au sort_{ES}, le nombre de dossiers tirés au sort dans l'ES où a été tiré au sort le dossier

Nb dossiers tirés au sort, le nombre total de dossiers tirés au sort tout établissements de santé confondus

Annexe II. Autres résultats nationaux

► Participation des établissements de santé

Pour chaque indicateur seuls les établissements ayant pu analyser plus de 10 dossiers sont pris en compte pour le calcul de la moyenne nationale pondérée ou du délai médian. La variation de ce nombre suivant les indicateurs est due aux exclusions spécifiques de chaque indicateur. Le tableau suivant présente pour chaque indicateur le nombre d'établissement ayant été pris en compte dans le calcul de l'indicateur au niveau national.

Tableau 22. Répartition du nombre d'établissements en fonction des indicateurs – Campagne 2017 - données 2016

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne nationale pondérée (en %) / Délai médian
Délai arrivée – Imagerie en première intention	380	1h49
Éléments indispensables à l'arrivée	471	45 %
Expertise neuro vasculaire	474	79 %
Évaluation par un professionnel de la rééducation	474	80 %
Évaluation par un professionnel de la rééducation le premier jour	370	24 %
Dépistage des troubles de la déglutition	474	65 %
Transfert en SSR spécialisé	352	73 %
Programmation d'une consultation post AVC	474	54 %
Score d'autonomie ou de handicap à la sortie	474	44 %

► Variabilité nationale et distribution des établissements

Le tableau et le graphique présentent la variabilité des établissements pour l'indicateur.

Le tableau présente les données de variabilité concernant les résultats des établissements ayant analysé 10 dossiers ou plus pour l'indicateur.

- Résultat minimum = résultats de l'indicateur pour le ou les établissements ayant le résultat le plus faible,
- Résultat maximum = résultats de l'indicateur pour le ou les établissements ayant le résultat le plus élevé,
- 1er quartile : représente le seuil au-delà duquel 75 % des établissements se situent,
- Médiane : représente le seuil au-delà duquel la moitié des établissements se situent,
- 3ème quartile : représente le seuil au-delà duquel 25 % des établissements se situent.

Dans le graphique 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 pondérée.

Tableau 23 et Graphique 10. Indicateur « Éléments indispensables à l'arrivée » - Statistiques descriptives - Campagne 2017 - données 2016

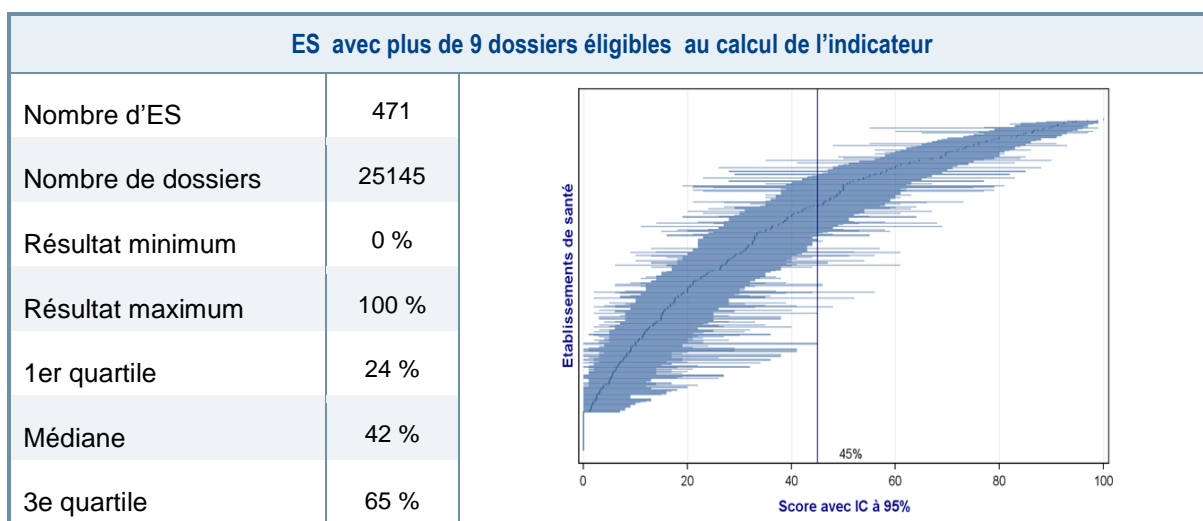


Tableau 24 et Graphique 11. Indicateur « Expertise neuro vasculaire » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016

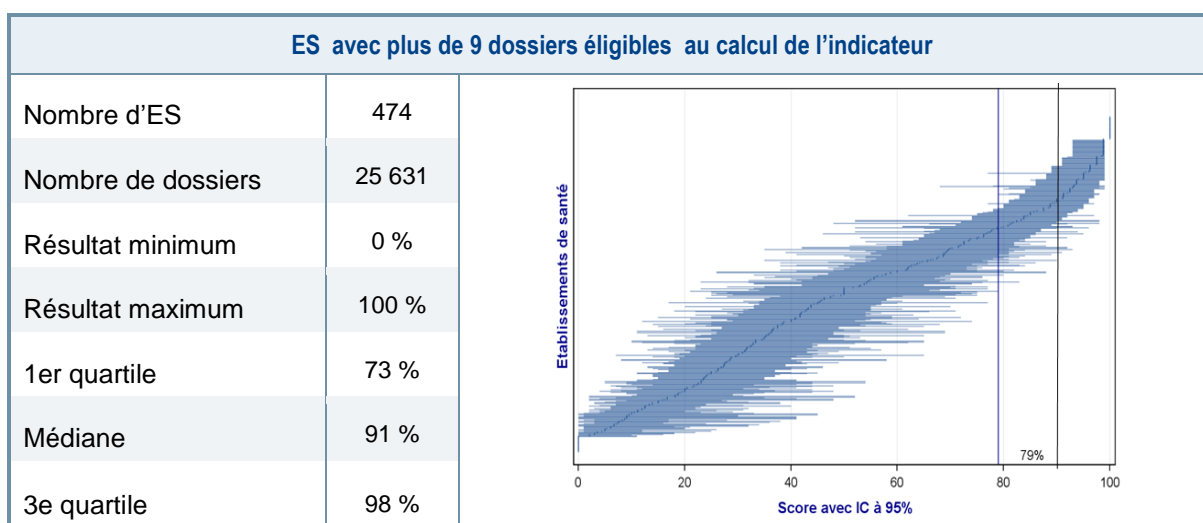


Tableau 25 et Graphique 12. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016

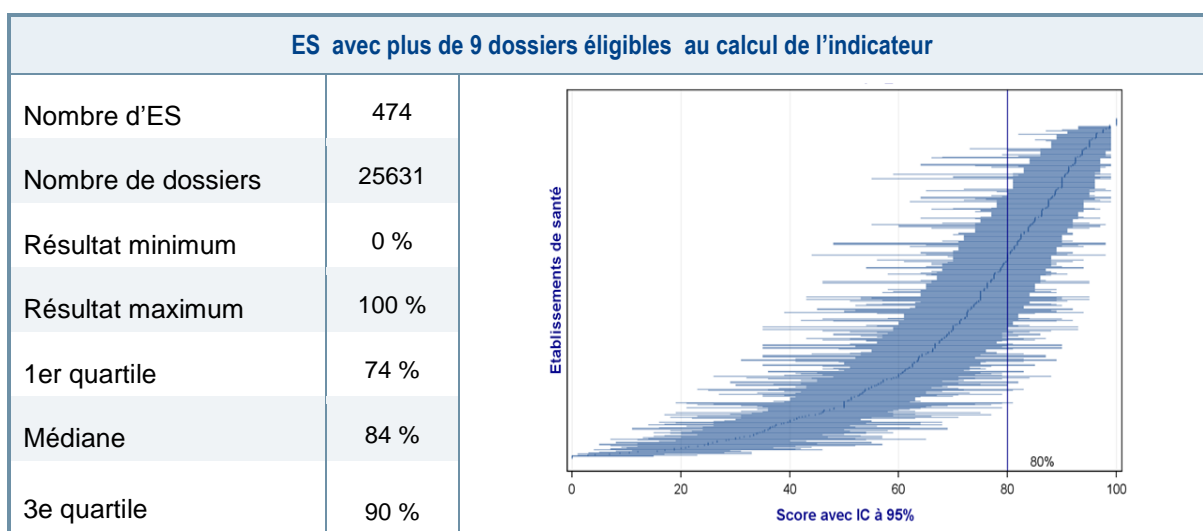


Tableau 26 et Graphique 13. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation le premier jour » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016

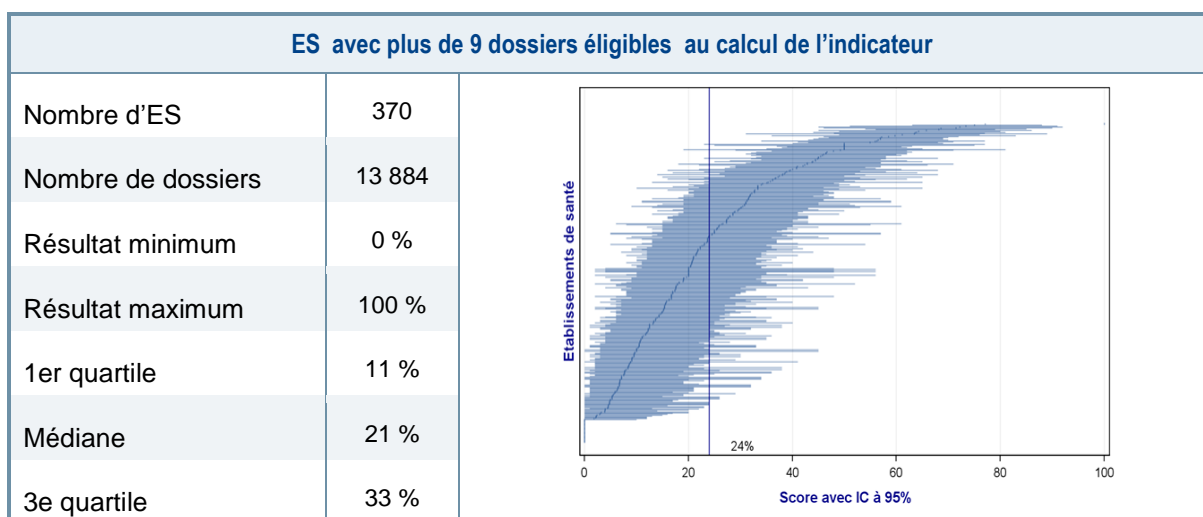


Tableau 27 et Graphique 14. Indicateur « Dépistage des troubles de la déglutition » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016

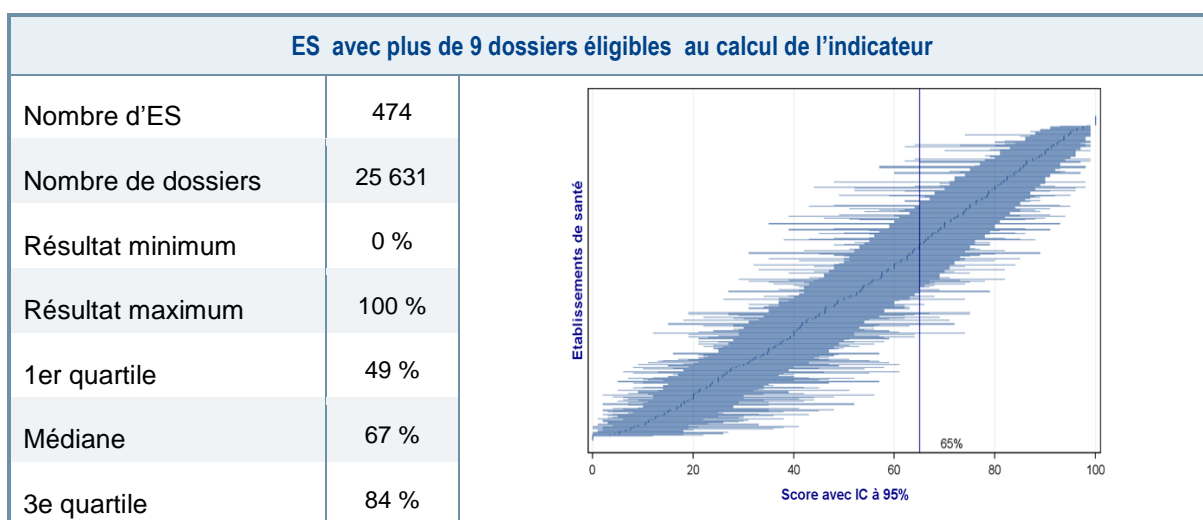


Tableau 28 et Graphique 15. Indicateur « Transfert en SSR spécialisé » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016

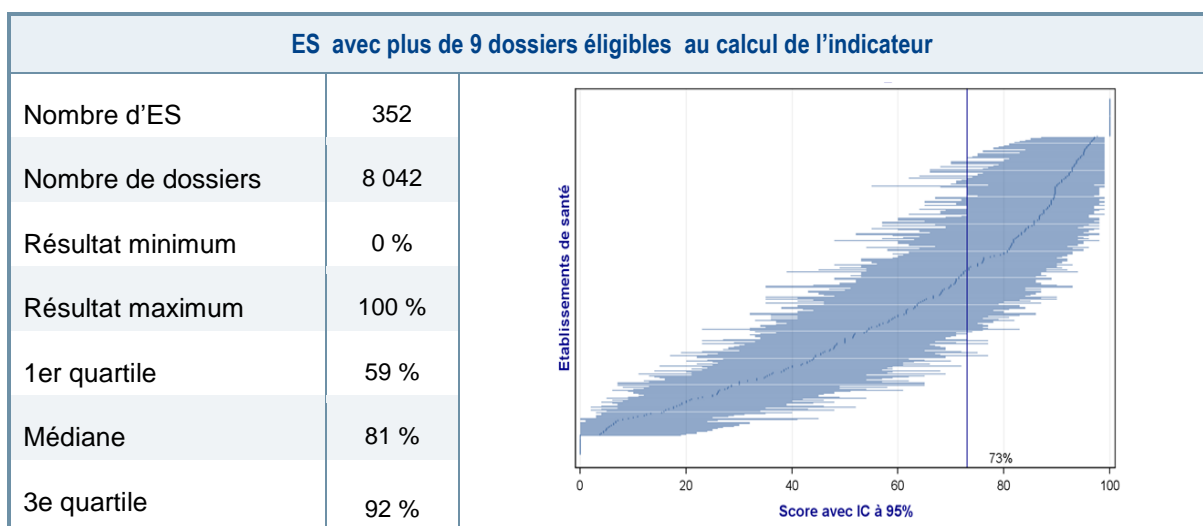


Tableau 29 et Graphique 16. Indicateur « Programmation d'une consultation post AVC » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016

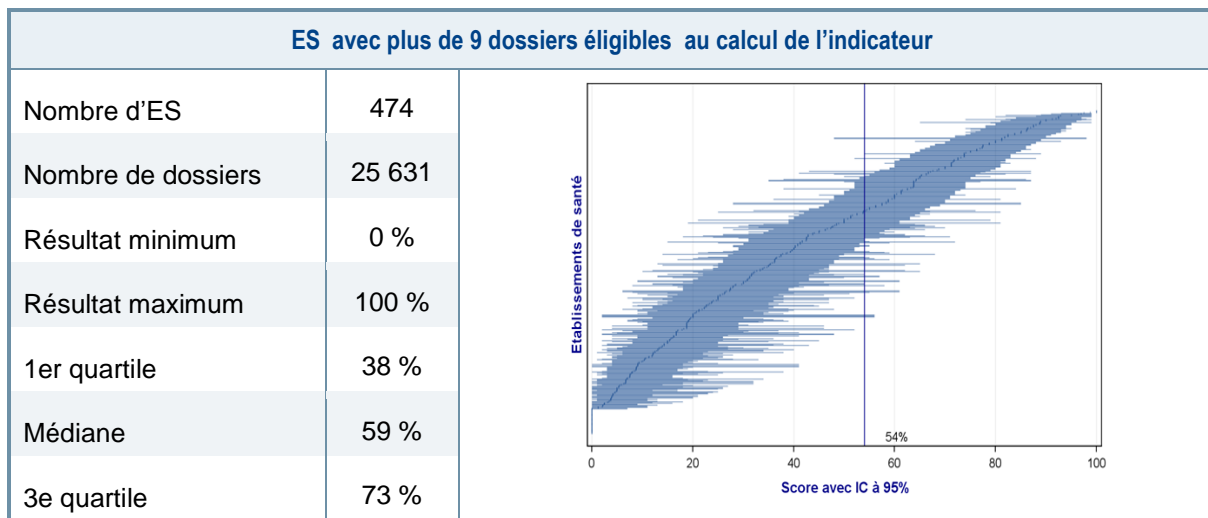
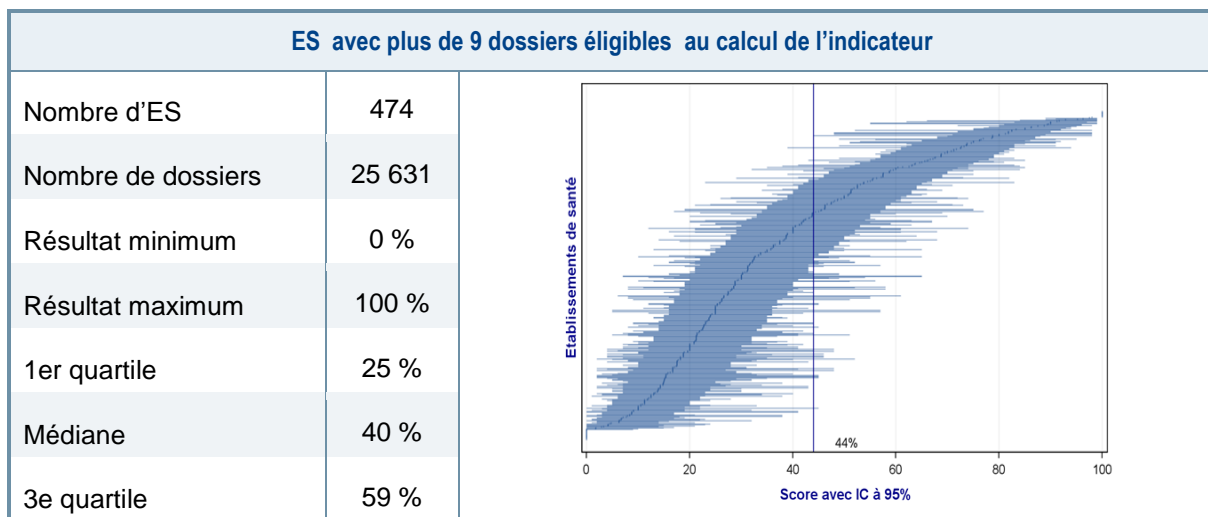





Tableau 30 et Graphique 17. Indicateur « Score d'autonomie ou de handicap à la sortie » - Variabilité nationale - Campagne 2017 - données 2016



► **Distribution des établissements par rapport à la moyenne nationale pondérée pour l'ensemble des indicateurs**

Tableau 31. Distribution par rapport à la moyenne nationale pondérée - Campagne 2017- données 2016

	Moyenne nationale pondérée (en %)				
Éléments indispensables à l'arrivée	45 %	Nombre de structures	71	116	284
		% de structures	15,1 %	24,6 %	60,3 %
Expertise neuro vasculaire	79 %	Nombre de structures	123	89	262
		% de structures	25,9 %	18,8 %	55,3 %
Évaluation par un professionnel de la rééducation	80 %	Nombre de structures	82	252	140
		% de structures	17,3 %	53,2 %	29,5 %
Évaluation par un professionnel de la rééducation le premier jour	24 %	Nombre de structures	50	241	79
		% de structures	13,5 %	65,1 %	21,4 %
Dépistage des troubles de la déglutition	65 %	Nombre de structures	102	169	203
		% de structures	21,5 %	35,7 %	42,8 %
Programmation d'une consultation post AVC	54 %	Nombre de structures	87	135	252
		% de structures	18,4 %	28,5 %	53,2 %
Score d'autonomie ou de handicap à la sortie	44 %	Nombre de structures	86	179	209
		% de structures	18,1 %	37,8 %	44,1 %

Annexe III. Résultats régionaux et par catégories d'établissements

► Informations régionales

Tableau 32. Informations régionales

Régions	Nombre d'ES participants ≥ 10 dossiers	Nombre d'ES participants < 10 dossiers	Nombre d'ES avec UNV	Nombre d'ES avec télé AVC	Nombre d'ES avec IRM	Moyenne d'âge des patients tirés au sort	Médiane d'âge des patients tirés au sort	% d'hommes parmi les patients tirés au sort
Auvergne-Rhône-Alpes	57	14	15	33	38	76	79	49 %
Bourgogne-Franche-Comté	26	1	5	25	17	76	79	50 %
Bretagne	25	1	10	4	14	77	80	49 %
Centre-Val de Loire	21	4	5	5	13	76	79	49 %
Corse	3	0	1	1	3	75	77	57 %
Grand Est	44	7	12	16	31	76	79	49 %
Guadeloupe	3	0	1	1	2	69	69	57 %
Guyane	1	0	-	-	0	66	68	42 %
Hauts de France	36	10	18	18	35	73	76	50 %
Ile de France	72	13	20	31	65	75	79	49 %
Martinique	2	0	1	-	1	71	72	59 %
Normandie	26	4	6	14	12	76	79	50 %
Nouvelle Aquitaine	46	8	15	17	38	77	80	49 %
Occitanie	39	12	17	14	29	76	79	53 %
Océan Indien	4	0	1	2	4	66	66	53 %
PACA	43	7	5	9	35	77	79	50 %
Pays de la Loire	22	1	6	8	16	77	79	52 %
Service de santé des armées	4	4	1	2	8	75	77	57 %

► Résultats des indicateurs par région

Tableau 33. Indicateur Délai arrivée – Imagerie en première intention - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)

Établissements de santé composant la référence nationale	Médiane nationale
380	1h49

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Médiane par région (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	45	2:10
Bourgogne-Franche-Comté	23	1:34
Bretagne	21	2:03
Centre-Val de Loire	17	2:19
Corse	3	1:21
Grand Est	33	1:36
Guadeloupe	1	1:43
Guyane	1	1:35
Hauts de France	29	1:23
Ile de France	52	1:50
Martinique	1	2:01
Normandie	22	1:54
Nouvelle Aquitaine	41	1:30
Occitanie	32	1:30
Océan Indien	4	2:12
PACA	33	2:12
Pays de la Loire	18	2:38
Service de santé des armées	4	1:59

Tableau 34. Indicateur Éléments indispensables à l'arrivée - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)

Établissements de santé composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
471	45

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	57	41
Bourgogne-Franche-Comté	26	54
Bretagne	25	25
Centre-Val de Loire	21	40
Corse	3	28
Grand Est	44	41
Guadeloupe	3	34
Guyane	1	8
Hauts de France	36	49
Ile de France	70	57
Martinique	2	37
Normandie	26	52
Nouvelle Aquitaine	46	44
Occitanie	39	52
Océan Indien	4	43
PACA	42	36
Pays de la Loire	22	32
Service de santé des armées	4	42

Tableau 35. Indicateur Expertise neuro-vasculaire - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)

Établissements de santé composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
474	79

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	57	78
Bourgogne-Franche-Comté	26	74
Bretagne	25	75
Centre-Val de Loire	21	76
Corse	3	60
Grand Est	44	75
Guadeloupe	3	87
Guyane	1	33
Hauts de France	36	88
Ile de France	72	86
Martinique	2	77
Normandie	26	75
Nouvelle Aquitaine	46	82
Occitanie	39	89
Océan Indien	4	72
PACA	43	66
Pays de la Loire	22	66
Service de santé des armées	4	90

Tableau 36. Indicateur Évaluation par un professionnel de la rééducation - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)

Établissements de santé composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
474	80

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	57	80
Bourgogne-Franche-Comté	26	83
Bretagne	25	84
Centre-Val de Loire	21	72
Corse	3	83
Grand Est	44	81
Guadeloupe	3	61
Guyane	1	50
Hauts de France	36	76
Ile de France	72	80
Martinique	2	64
Normandie	26	81
Nouvelle Aquitaine	46	83
Occitanie	39	81
Océan Indien	4	87
PACA	43	74
Pays de la Loire	22	82
Service de santé des armées	4	74

Tableau 37. Indicateur Évaluation par un professionnel de la rééducation le premier jour - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)

Établissements de santé composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
370	24

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	45	23
Bourgogne-Franche-Comté	21	19
Bretagne	24	23
Centre-Val de Loire	14	24
Corse	3	10
Grand Est	33	28
Guadeloupe	2	9
Hauts de France	26	24
Ile de France	53	32
Martinique	1	11
Normandie	21	16
Nouvelle Aquitaine	35	21
Occitanie	29	25
Océan Indien	4	32
PACA	34	19
Pays de la Loire	21	21
Service de santé des armées	4	18

Tableau 38. Indicateur Dépistage des troubles de la déglutition - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)

Établissements de santé composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
474	65

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	57	53
Bourgogne-Franche-Comté	26	61
Bretagne	25	66
Centre-Val de Loire	21	64
Corse	3	50
Grand Est	44	66
Guadeloupe	3	14
Guyane	1	42
Hauts de France	36	64
Ile de France	72	75
Martinique	2	49
Normandie	26	60
Nouvelle Aquitaine	46	71
Occitanie	39	71
Océan Indien	4	75
PACA	43	61
Pays de la Loire	22	50
Service de santé des armées	4	77

Tableau 39. Indicateur Consultation post-AVC - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)

Établissements de santé composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
474	54

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	57	53
Bourgogne-Franche-Comté	26	55
Bretagne	25	41
Centre-Val de Loire	21	58
Corse	3	33
Grand Est	44	51
Guadeloupe	3	53
Guyane	1	50
Hauts de France	36	58
Ile de France	72	64
Martinique	2	31
Normandie	26	59
Nouvelle Aquitaine	46	58
Occitanie	39	49
Océan Indien	4	49
PACA	43	50
Pays de la Loire	22	45
Service de santé des armées	4	83

Tableau 40. Indicateur Score d'autonomie ou de handicap à la sortie - Campagne 2017 - données 2016 - Moyennes régionales (en %)

Établissements de santé composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
474	44

Régions	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par région (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	57	39
Bourgogne-Franche-Comté	26	54
Bretagne	25	42
Centre-Val de Loire	21	44
Corse	3	35
Grand Est	44	40
Guadeloupe	3	50
Guyane	1	8
Hauts de France	36	47
Ile de France	72	50
Martinique	2	14
Normandie	26	64
Nouvelle Aquitaine	46	51
Occitanie	39	37
Océan Indien	4	55
PACA	43	32
Pays de la Loire	22	32
Service de santé des armées	4	31

► Informations par catégorie d'établissement

Tableau 41. Indicateur Délai arrivée – Imagerie en première intention - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2017 (en %)

Établissements de santé composant la référence nationale	Médiane nationale
380	1:49

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Médiane par catégorie
CHU	46	2:06
CH	295	1:47
ESPIC / EBNL / Privé non lucratif	16	2:38
Privé	23	1:49

Tableau 42. Indicateur Éléments indispensables à l'arrivée - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2017 (en %)

Établissements de santé composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
471	45

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CHU	49	58
CH	337	37
ESPIC / EBNL / Privé non lucratif	40	48
Privé	45	38

Tableau 43. Indicateur Expertise neuro-vasculaire - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2017 (en %)

Établissements de santé composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
474	79

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CHU	49	88
CH	337	75
ESPIC / EBNL / Privé non lucratif	41	77
Privé	47	56

Tableau 44. Indicateur Évaluation par un professionnel de la rééducation - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2017 (en %)

Établissements de santé composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
474	80

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CHU	49	82
CH	337	79
ESPIC / EBNL / Privé non lucratif	41	81
Privé	47	71

Tableau 45. Indicateur Évaluation par un professionnel de la rééducation le premier jour - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2017 (en %)

Établissements de santé composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
370	24

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CHU	44	23
CH	277	23
ESPIC / EBNL / Privé non lucratif	26	43
Privé	23	33

Tableau 46. Indicateur Dépistage des troubles de la déglutition - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2017 (en %)

établissements de santé composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
474	65

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CHU	49	66
CH	337	63
ESPIC / EBNL / Privé non lucratif	41	73
Privé	47	52

Tableau 47. Indicateur Programmation d'une consultation post AVC - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2015 (en %)

établissements de santé composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
474	54

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CHU	49	63
CH	337	49
ESPIC / EBNL / Privé non lucratif	41	57
Privé	47	53

Tableau 48. Indicateur Score d'autonomie ou de handicap à la sortie - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2015 (en %)

établissements de santé composant la référence nationale	Moyenne nationale pondérée
474	44

	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10	Moyenne par catégorie
CHU	49	51
CH	337	41
ESPIC / EBNL / Privé non lucratif	41	41
Privé	47	36

Annexe IV. Grilles de recueil

Le recueil est réalisé sur la plateforme sécurisée QualHAS qui permet le calcul des résultats des indicateurs. Dès la clôture du recueil elle fournit une information structurée et comparative qui permet aux établissements de se positionner par rapport aux autres établissements participants et à leur politique qualité conduite ou à engager.

N°	Questions	Réponses
Questionnaire établissement		
Q 1	L'établissement possède une Unité Neuro Vasculaire en 2016	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
Q 2	L'établissement possède une IRM en 2016	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
Q 3	Si oui, l'IRM est ouverte 24/24 et 7/7 pour les urgences neurologiques et neurovasculaires en 2016	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
Q 4	L'établissement dispose du télé AVC en 2016	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
Q 5	Si oui l'établissement est	<input type="radio"/> 1.Requérant <input type="radio"/> 2.Requis <input type="radio"/> 3.Les deux
Q 6	L'établissement dispose d'un centre de neuroradiologie interventionnelle	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non

Informations générales		
AVC 1	Numéro FINESS enquêté	□□□□□□□□
AVC 2	Nom de l'établissement enquêté	_____
AVC 3	Service (ou pôle)	□□□□
AVC 4	Date de la saisie	□□ / □□ / □□□□
AVC 5	Numéro du tirage au sort	□□□
AVC 6	Dossier	<input type="radio"/> 1.Retrouvé <input type="radio"/> 2.Non retrouvé <input type="radio"/> 3.Incohérence PMSI (séjour < 1 jour, patient décédé, patient âgé de moins de 18 ans ou diagnostic principal n'est pas un AVC) <input type="radio"/> 4.Non mobilisable
AVC 7	Type d'AVC	<input type="radio"/> 1.Infarctus cérébral <input type="radio"/> 2.Hématome intracérébral <input type="radio"/> 3.Non retrouvé <input type="radio"/> 4.Autre (ex : AIT)
AVC 8	Séjour de moins de 24 heures	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
AVC 9	AVC intra-hospitalier	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
AVC 10	Patient pour lequel l'abstention thérapeutique a été décidée en accord avec la famille	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
AVC 10.1	Patient transféré dans votre ES après les 7 premiers jours suivant le début de la PEC	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non <input type="radio"/> 3.Ne sait pas
AVC 11	Age du patient à la date d'entrée du séjour	□□□
AVC 12	Sexe du patient	<input type="radio"/> 1.Masculin <input type="radio"/> 2.Féminin
AVC 13	Durée du séjour	□□□
AVC 14	Dossier informatisé	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non <input type="radio"/> 3.Partiellement
	Si informatisation partielle, préciser	
AVC 15.1	Observations médicales	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non

Informations générales		
AVC 15.2	Compte rendu des urgences	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non <input type="radio"/> 3.Non applicable
AVC 15.3	Imagerie cérébrale initiale	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non <input type="radio"/> 3.Non applicable
AVC 15.4	Compte rendu de l'imagerie cérébrale initiale	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non <input type="radio"/> 3.Non applicable
AVC 15.5	Prescriptions médicamenteuses	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
AVC 15.6	Administrations médicamenteuses	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
AVC 15.7	Demande de SSR	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non <input type="radio"/> 3.Non applicable
AVC 15.8	Courrier de fin d'hospitalisation	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
Q 7	L'établissement réalise des thrombectomies mécaniques	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
Arrivée dans l'établissement		
ADE 2	Mode d'entrée du patient	<input type="radio"/> 1.SAU <input type="radio"/> 2.Transfert <input type="radio"/> 3.Entrée directe <input type="radio"/> 4.Autre <input type="radio"/> 5.Non retrouvé
ADE 3	Date d'arrivée dans l'établissement	□□ / □□ / □□□□ <input type="checkbox"/> Non retrouvée
ADE 4	Heure d'arrivée dans l'établissement	□□:□□ <input type="checkbox"/> Non retrouvée
ADE 5	Trace dans le dossier de la date de début des symptômes	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non retrouvée <input type="radio"/> 3.Impossible à déterminer
ADE 6	Si oui, date de début des symptômes	□□ / □□ / □□□□
ADE 7	Trace dans le dossier de l'heure de début des symptômes	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non retrouvée <input type="radio"/> 3.Impossible à déterminer
ADE 8	Si oui, heure de début des symptômes	□□:□□
ADE 11	Patient pris en charge via le télé AVC	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non <input type="radio"/> 3.Ne sait pas
ADE 12	Patient pris en charge en UNV	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
TDP 4	Trace dans le dossier du score de gravité NIH réalisé la 1ère heure suivant l'arrivée dans l'ES	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
TDP 5	Si oui, valeur du score NIH	□□
TDP 8	Trace dans le dossier d'une mesure de la glycémie capillaire réalisée la 1ère heure suivant l'arrivée dans l'ES	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
ADE 11	Patient pris en charge via le télé AVC	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non <input type="radio"/> 3.Ne sait pas
ADE 12	Patient pris en charge en UNV	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
TDP 4	Trace dans le dossier du score de gravité NIH réalisé la 1ère heure suivant l'arrivée dans l'ES	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
TDP 5	Si oui, valeur du score NIH	□□

Arrivée dans l'établissement		
TDP 8	Trace dans le dossier d'une mesure de la glycémie capillaire réalisée la 1ère heure suivant l'arrivée dans l'ES	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
ADE 11	Patient pris en charge via le télé AVC	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non <input type="radio"/> 3.Ne sait pas
ADE 12	Patient pris en charge en UNV	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
TDP 4	Trace dans le dossier du score de gravité NIH réalisé la 1ère heure suivant l'arrivée dans l'ES	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
TDP 5	Si oui, valeur du score NIH	<input type="text"/>
TDP 8	Trace dans le dossier d'une mesure de la glycémie capillaire réalisée la 1ère heure suivant l'arrivée dans l'ES	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
Imagerie en première intention		
IMA 1	Type d'examen d'imagerie cérébrale réalisé en 1ère intention	<input type="radio"/> 1.IRM <input type="radio"/> 2.Scanner <input type="radio"/> 3.Non retrouvé
IMA 2	Date de l'imagerie initiale	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
IMA 3	Heure de l'imagerie initiale	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
Ces questions ne s'affichent que pour les établissements participant à l'expérimentation des 2 indicateurs Prise en charge radiologique des AVC		
IMA 4	Trace dans le dossier de l'exploration des artères intracrâniennes	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
IMA 5	Examen réalisé pour explorer les artères intracrâniennes	<input type="radio"/> 1. Angio-scanner <input type="radio"/> 2. Angio-RM <input type="radio"/> 3. doppler trans-crânien <input type="radio"/> 4. écho-doppler <input type="radio"/> 5. Non retrouvé
IMA 6	Date de réalisation de l'exploration des artères intracrâniennes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
IMA 7	Heure de réalisation de l'exploration des artères intracrâniennes	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
IMA 8	Trace dans le dossier d'une exploration des Troncs Supra Aortiques	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
IMA 9	Examen réalisé pour explorer les Troncs Supra Aortiques	<input type="radio"/> 1.Echo doppler <input type="radio"/> 2.Angio-scanner <input type="radio"/> 3.Angio-RM <input type="radio"/> 4.Non retrouvé
IMA 10	Date de réalisation de l'exploration des Troncs Supra Aortiques	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
IMA 11	Heure de réalisation de l'exploration des Troncs Supra Aortiques	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
Expertise neuro vasculaire		
ENV 1	Trace dans le dossier d'une expertise neuro-vasculaire	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
ENV 2	Si non, trace dans le dossier d'un avis neurologique	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
ENV 3	Si expertise neuro-vasculaire ou neurologique, date	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
ENV 4	Si expertise neuro-vasculaire ou neurologique, heure	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée

Thrombolyse / Thrombectomie		
Si infarctus (AVC 7 = 1) : la grille s'ouvre. Si hématome intracérébral (AVC 7 = 2) et/ou patients transférés (ADE 2 = 2) sans prise en charge via le téléAVC (ADE 11 = 2 ou ADE 11 = 3) : la grille ne s'ouvre pas.		
TTT 1	Trace dans le dossier d'un traitement thrombolytique	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
TTT 2	Si trace d'un traitement thrombolytique, date de la thrombolyse	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
TTT 3	Si trace d'un traitement thrombolytique, heure de la thrombolyse	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
TTT 4	Si pas de trace d'un traitement thrombolytique, trace d'une contre-indication à la thrombolyse ou trace d'une discussion « bénéfique / risque »	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
TTT 5	Trace dans le dossier d'une thrombectomie mécanique	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
Dépistage des troubles de la déglutition		
DTD 1	Trace dans le dossier d'un dépistage des troubles de la déglutition	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
Évaluation par un professionnel de la rééducation		
EPR 1.1	Trace dans le dossier d'une évaluation par un professionnel de la rééducation	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
EPR 1.2	Trace dans le dossier d'une consultation ou d'un avis par un médecin MPR	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
EPR 2	Si trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation ou par un médecin MPR, date de l'évaluation	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
EPR 2.1	Si trace de l'évaluation par un professionnel de la rééducation, professionnel ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> 1.Masseur Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> 2.Orthophoniste <input type="checkbox"/> 3.Ergothérapeute <input type="checkbox"/> 4.Autre <input type="checkbox"/> 5.Non précisé
EPR 3	Si pas de trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation ou par un médecin MPR, trace que le déficit du patient est totalement régressif	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
Transfert en SSR		
SSR 1	Transfert ou mutation du patient en SSR	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non <input type="radio"/> 3.Non retrouvé
SSR 3	Si trace d'un transfert ou d'une mutation, type de SSR où le patient a été transféré ou muté	<input type="radio"/> 1.SSR spécialisé « Neurologie / MPR » <input type="radio"/> 2.SSR spécialisé « Gériatrie » <input type="radio"/> 3.Autre (ex :SSR polyvalent) <input type="radio"/> 4.Non retrouvé
SSR 4	Si trace d'un transfert ou d'une mutation, date du transfert ou de la mutation en SSR	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Non retrouvée
Sortie		
SOR 1	Pour les patients dont le déficit n'était pas totalement régressif : Trace dans le dossier d'un score d'autonomie ou de handicap (RANKIN, Barthel, échelle SOFMER, AGGIR ou ADL) à la sortie	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
SOR 1.1	Pour les patients de plus de 75 ans, la trace de l'avis d'un gériatre est retrouvée dans le dossier	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non
SOR 3	Trace dans le dossier de la programmation d'une consultation post-AVC dans les 6 mois	<input type="radio"/> 1.Oui <input type="radio"/> 2.Non

Annexe V. Historique des indicateurs

Modifications réalisées depuis le premier déploiement national des indicateurs « Prise en charge initiale de l'AVC » en 2011
Indicateurs recueillis lors du premier recueil national en 2011
<p>Pour la campagne nationale 2011, le thème « Prise en charge initiale de l'AVC » était composé de 6 indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none">• Imagerie en première intention = Délai Arrivée - Imagerie en première intention ;• Éligibilité à la thrombolyse = Date et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral ;• Aspirine après AVC ischémique ;• Évaluation par un professionnel de la rééducation (2 parties) :<ul style="list-style-type: none">▸ Évaluation par un professionnel de la rééducation ;▸ Délai médian (en jours) entre l'arrivée du patient dans l'établissement et l'évaluation par un professionnel de la rééducation ;• Transfert en SSR = Délai première demande – Transfert ;• Tenue du dossier patient.
Modifications apportées pour le second recueil national en 2013
<p>Pour la campagne nationale 2013, l'indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation » a été modifié, le thème « Prise en charge initiale de l'AVC » était composé de 7 indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none">• Imagerie en première intention = Délai Arrivée - Imagerie en première intention ;• Éligibilité à la thrombolyse = Date et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral ;• Aspirine après AVC ischémique ;• Évaluation par un professionnel de la rééducation ;• Évaluation par un professionnel de la rééducation dans les 3 jours ;• Transfert en SSR = Délai première demande – Transfert ;• Tenue du dossier patient.
Modifications apportées pour le troisième recueil national en 2015
<p>Pour la campagne nationale 2015,</p> <ul style="list-style-type: none">• L'indicateur « Aspirine après AVC ischémique » a été supprimé ;• L'indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation dans les 3 jours » a été modifié par « Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour » ;• L'indicateur « Transfert en SSR » a été modifié par « Transfert en SSR spécialisé » ;• 4 nouveaux indicateurs ont été élaborés. <p>Au total le thème « Prise en charge initiale de l'AVC » était composé de 10 indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 1er 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.

Modifications apportées pour le quatrième recueil national en 2017

Pour la campagne nationale 2017 :

- L'indicateur « Date et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral » n'est plus recueilli comme indicateur mais est un des critères de l'indicateur « AVC éléments indispensables à l'arrivée » ;
- L'indicateur « Traitement anti agrégant ou anti coagulant à la sortie » a été supprimé ;
- L'indicateur « Tenue du dossier patient » a été supprimé :
 - ▶ Le critère « Score d'autonomie ou de handicap à la sortie » est devenu un indicateur ;
 - ▶ Les critères « Score NIHSS la 1ère heure suivant l'arrivée » et « glycémie capillaire la 1ère heure suivant l'arrivée » ont été retenus comme critères de l'indicateur « AVC éléments indispensables à l'arrivée ».

Au total le thème « Prise en charge initiale de l'AVC » est composé de 9 indicateurs :

- Délai arrivée - imagerie en première intention ;
- AVC éléments indispensables à l'arrivée comportant les critères :
 - ▶ Date et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral ;
 - ▶ Score NIHSS la 1ère heure suivant l'arrivée ;
 - ▶ Glycémie capillaire la 1ère heure suivant l'arrivée ;
- Expertise neuro vasculaire ;
- Évaluation par un professionnel de la rééducation ;
- Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour ;
- Dépistage des troubles de la déglutition ;
- Transfert en SSR spécialisé ;
- Programmation d'une consultation post AVC ;
- Score d'autonomie ou de handicap à la sortie.

Références bibliographiques

- Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse), Recommandations de bonne pratique, HAS, mai 2009.
- 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
- 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.
- 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.
- Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - Aspects paramédicaux - Recommandations, ANAES, Septembre 2002.
- 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)
- Kristensen HK, et al. Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2010; 1-15.
- 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.
- Référentiel Activités Orthophonie : BO n°32 du 5 septembre 2013
- Accident vasculaire cérébral : méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte – recommandation pour la pratique clinique, HAS, Juin 2012
- Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 », Ministère de la santé et des sports, Avril 2010
- INSTRUCTION N° DGOS/R4/2015/262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri professionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et du suivi des AVC.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr