



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

Fiches descriptives des indicateurs et informations complémentaires 2023

Thème

« Prise en charge initiale d'un accident vasculaire cérébral aigu en MCO »

Campagne IQSS 2023

contact.iqss@has-sante.fr

Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (DAQSS)

Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEvOQSS)

Version : mai 2023

Sommaire

Importance du thème	3
Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Imagerie cérébrale diagnostique »	6
Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Informations pour une prise en charge immédiate »	9
Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Délai entre l'arrivée dans l'établissement et la 1ère imagerie cérébrale à visée diagnostique »	12
Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Accès à une expertise neuro-vasculaire »	15
Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Prévention des pneumopathies d'inhalation »	18
Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Accès à une prise en charge rééducative »	22
Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Délai entre l'arrivée dans l'établissement et la prise en charge rééducative »	26
Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Planification du suivi post-AVC »	29
Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Thrombolyse »	33
Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Thrombectomie »	35
Modifications apportées depuis le 1er déploiement national aux indicateurs sur ce thème	38
Suivi des indicateurs et informations complémentaires 2023.....	42

Importance du thème

En France, on dénombre chaque année plus de 140 000 nouveaux cas d'accidents vasculaires cérébraux selon l'Inserm. L'AVC est la première cause de handicap physique acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer) et une cause majeure d'entrée en EHPAD¹. La dynamique de l'AVC est préoccupante en France, en raison du vieillissement de la population et de la proportion significative (25%) d'AVC chez les moins de 65 ans^{2,3}. Tout patient ayant un AVC devrait bénéficier d'une expertise neurovasculaire selon les recommandations de la HAS de 2009 et les recommandations étrangères les plus récentes^{4, 5, 6, 7, 8}.

Avec la mise en œuvre du plan AVC, le nombre de patients hospitalisés en UNV a augmenté entre 2010 et 2014 avec 51,5% des AVC ischémiques et 33,2% des hémorragies intracérébrales admis en UNV. L'accès à l'expertise des UNV connaît de fortes disparités régionales, que devrait pallier le recours à la téléexpertise/télémedecine. La rapidité de prise en charge est un élément essentiel pour limiter le risque de décès et de séquelles fonctionnelles pour les patients atteints par un AVC ischémique ou pour prendre en charge les patients atteints d'AVC hémorragique. L'organisation de la filière de soins et le déploiement des unités neurovasculaires a permis de baisser la mortalité des patients atteints d'infarctus cérébral (sans effet sur la mortalité des patients atteints d'AVC hémorragique)^{10, 11}.

Cependant malgré les avancées thérapeutiques, la proportion de patients décédant au-delà de 30 jours après l'admission à l'hôpital est importante, un patient sur deux présente des séquelles fonctionnelles significatives après un AVC^{1, 2, 11, 12}. Le suivi des patients et la coordination des soins doivent être renforcés dans les suites d'un AVC pour prévenir une aggravation de la dépendance. Il est important de rechercher et prendre en charge les complications tardives des AVC : les victimes d'AVC conservent dans 40% des cas des séquelles de gravité diverse ; 25 % d'entre eux présentent des séquelles lourdes après un an^{1, 2, 9, 12-14}.

Les recommandations étrangères sur la prise en charge immédiate de patients victime d'AVC parues entre 2016 et 2019 rappellent que les soins de rééducation doivent débuter dès que possible c'est-à-dire dès que l'état du patient le permet. Ces soins sont basés sur une évaluation réalisée par un médecin ayant une expertise neuro-vasculaire et complétée dans les premières heures par une évaluation réalisée par les professionnels impliqués dans la rééducation/réadaptation (médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation, professionnels paramédicaux). Cette évaluation qui devrait être systématique a pour objectifs d'apprécier la sévérité de l'AVC, d'estimer le pronostic de récupération, les besoins de rééducation, et l'orientation du patient. La rééducation/réadaptation permet de réduire de manière significative la mortalité, la dépendance et le risque d'institutionnalisation. Une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée, a montré des résultats significatifs en ville comme en SMR, quelle que soit la sévérité de l'AVC. Elle permet d'initier sans délai la prise en charge rééducative qui sera poursuivie dans les structures de soins les plus adaptées^{5-8, 12-14}.

Après une hospitalisation en MCO, un tiers des patients seront admis en SMR, les 2 tiers seront suivis en ville. Des améliorations restent nécessaires pour la prise en charge des complications latentes (consultation post AVC) et handicaps post AVC en SMR comme en ville¹². L'accès aux soins de qualité reste en effet considéré comme insuffisant et inégal sur le territoire¹⁴.

La rapidité et la qualité du diagnostic, la coordination des expertises et la continuité des soins déterminent la qualité de prise en charge des AVC aigus et chroniques.

1. Inserm (2019). <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc>. MAJ 2019, consulté le 19 juillet 2021
2. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits>, consulté en juillet 2021
3. BEH (2017). L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolutions 2008-2014. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/5/2017_5_1.html
4. HAS (2009). Recommandation pour la prise en charge précoce d'un AVC aigu (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precoce_-_recommandations.pdf
5. Steiner, T. (2014). European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. Updated of 2006 guidelines.
6. Hemphill, JC. (2015) Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Haemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association AHA, Stroke. 2015; 46: 2032-2060. DOI: 10.1161/STR.000000000000069. Update of 2010 guidelines.

7. Kobayashia, A. (2018). European Academy of Neurology and European Stroke Organization consensus statement and practical guidance for pre-hospital management of stroke. *European Journal of Neurology* 2018, 25: 425–433. Doi :10.1111/ene.13539
8. Powers, WJ. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association
9. HAS (2018). Organisation de la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu par thrombectomie mécanique. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2757616/fr/organisation-de-la-prise-en-charge-precoce-de-l-accident-vasculaire-cerebral-ischemique-aigu-par-thrombectomie-mecanique
10. ASIP (2020). Etude pour l'accompagnement du déploiement de la télémédecine Etat des lieux de l'offre de services et des plateformes régionales de télémédecine. <https://esante.gouv.fr/projets-nationaux/telemedecine>.
11. BEH (2020). Déterminants de la létalité à la suite d'une hospitalisation pour un accident vasculaire cérébral en France, 2010-2015. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/5/2020_5_1.html
12. DGOS (2015). 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. <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/39923>
13. Gittler M. (2018). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2673525>
14. HAS (2019). Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc. Mai 2019.

Indicateurs en 2023

La qualité de la prise en charge en MCO de tous types d'AVC aigus est analysée grâce à :

5 indicateurs

1. Imagerie cérébrale diagnostique (ICD)
2. Accès à une évaluation neuro-vasculaire (ENV)
3. Prévention des pneumopathies d'inhalation (PPI)
4. Accès à une prise en charge rééducative (AR)
5. Planification du suivi post AVC (SUIV)

Et

5 informations complémentaires :

1. Informations pour une prise en charge immédiate (IPI)
2. Délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'imagerie cérébrale diagnostique (DARIM)
3. Délai entre l'arrivée dans l'établissement et la prise en charge rééducative (DARER)
4. Thrombolyse (TBL)
5. Thrombectomie (TBT)

Les fiches descriptives des indicateurs et informations complémentaires suivent l'ordre chronologique de la prise en charge.

Échantillon

Le recueil porte sur un échantillon aléatoire de 50 séjours tirés au sort à partir du PMSI MCO 2022.

Critères d'inclusion

L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes

- En hospitalisation complète hors séances,
- D'au moins un jour (1 nuitée)
- Commencés et terminés en 2022.

- Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu¹ :
 - I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes),
 - I61.x (hémorragies intracérébrales),
 - I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision),
 - I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène)
 - I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus)

Critères d'exclusion

- Les séjours avec un erreur (GHM 90)
- Les séjours avec séances (GHM 28)
- Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans
- Les séjours de patients décédés au cours du séjour
- Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée
- Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B)
- Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2)
- Les séjours avec un code d'AIT en DP (G45.x) de n'importe quelle unité médicale

¹ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Imagerie cérébrale diagnostique » 2023

Définition	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la trace d'une imagerie cérébrale horodatée confirmant le diagnostic radiologique d'accident cérébral vasculaire aigu (AVC) réalisée par ou pour votre établissement ou la trace d'un diagnostic radiologique d'AVC aigu antérieur à l'admission.</p>
Justification	<p>Pour tout séjour avec un diagnostic principal d'AVC aigu, le dossier du patient doit comporter la trace d'une imagerie cérébrale avec la date et heure du diagnostic radiologique d'AVC. L'imagerie cérébrale est indispensable pour confirmer ou écarter le diagnostic d'AVC aigu et pour distinguer un infarctus cérébral, d'une hémorragie ou thrombose cérébrales et pour la décision thérapeutique.</p> <p>En application de l'article R.1112-2 du code de santé publique, les établissements de santé publics ou privés ont l'obligation de constituer un dossier médical dont le contenu est fixé de manière non exhaustive. Ce qui implique de conserver au sein du dossier les examens d'imageries tant les clichés que le compte rendu pour tout patient hospitalisé. Aujourd'hui, et sauf exception, tous les dossiers d'imagerie sont numériques et les images sont gérées et conservées dans un système d'archivage numérique dédié (PACS Picture Archive and Communication System), en interface avec soit avec le SIH (système d'information hospitalier) ou soit le SIR (RIS en anglais : Radiologic Information System). 2012. https://ressources.anap.fr/numerique/publication/synthese/165.</p> <p>Les situations où le diagnostic radiologique d'AVC n'a pas pu être réalisé sont exceptionnelles dans la mesure où l'étude porte sur les dossiers de patients entrés et sortis vivants et que l'abstention thérapeutique est prise en compte.</p> <p>Si l'imagerie cérébrale posant le diagnostic d'AVC a été réalisée pour votre établissement par un autre établissement dans le cadre d'une prestation inter établissement, le compte rendu et les images sont présents dans le dossier du patient.</p> <p>Si le patient est admis avec un diagnostic radiologique d'AVC aigu réalisé en ville, le compte rendu de l'examen radiologique doit être présent dans le dossier du patient.</p> <p>La date et l'heure du diagnostic radiologique d'un AVC sont renseignées et tracées dans le dossier, même si l'imagerie a été réalisée dans un autre établissement ou par téléexpertise. Ces informations sont indispensables pour évaluer le délai entre l'arrivée dans l'établissement et le traitement des infarctus cérébraux par thrombolyse ou thrombectomie. Ce délai compte aussi pour les décisions relatives à la prise en charge des hémorragies cérébrales. Ces notions établies depuis plus de 15 ans (HAS, 2009) et mises en œuvre dans le cadre du plan AVC 2010- 2014 (2012) font consensus sont régulièrement rappelées dans les recommandations les plus récentes américaines ou européennes (1-7)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 HAS 2009. Recommandation pour la prise en charge d'un AVC. https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse 2 DGOS (2012). Circulaire DGOS/R4/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC. https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf 3 European Stroke Organisation, ESO. (2013). Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828 4 American Heart Association/American Stroke Association, ASA & AHA. (2015). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage from American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015; 46:2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069 https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069

	<p>5 National Institute for care excellence, NICE. (2016). Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016</p> <p>6 American Heart Association/American Stroke Association, ASA & AHA. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211</p> <p>7 National Institute for care excellence (NICE). 2019. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. Guidelines https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269</p>
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	<p>Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Indicateur de type de taux.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Echantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 séjours, tirés au sort sur l'année N-1.
Numérateur	<p>Nombre de séjours patients pour lesquels on trouve dans le dossier</p> <ul style="list-style-type: none"> • La trace de la première imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC aigu ET • La trace de la date et heure de l'imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC aigu <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • La trace que le diagnostic radiologique d'AVC aigu est antérieur à l'admission en l'absence d'imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC aigu réalisée par ou pour votre établissement
Dénominateur	Les dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.
Critères d'inclusion	<p>L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> • En hospitalisation complète hors séances, • D'au moins un jour (1 nuitée) • Commencés et terminés en 2022. • Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu² : <ul style="list-style-type: none"> ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • En provenance de leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-social) et tous modes de sortie hors décès.

² https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours avec un erreur (GHM 90) • Les séjours avec séances (GHM 28) • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour • Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée • Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) • Les séjours avec un code d'AIT (G45.x) en DP de n'importe quelle unité médicale
Critères d'exclusion secondaires	<ul style="list-style-type: none"> • Néant
Mode d'évaluation de l'indicateur	<p>Il convient de trouver dans le dossier de tout patient hospitalisé pour un AVC aigu une imagerie cérébrale diagnostique horodatée. L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Le critère est satisfait si on retrouve dans le dossier</p> <ul style="list-style-type: none"> • La trace d'une imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC aigu <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • La trace de la date et heure de l'imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC aigu <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • La trace que le diagnostic radiologique d'AVC aigu est antérieur à l'admission en l'absence d'imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC aigu réalisée par ou pour votre établissement

Algorithme de calcul de l'indicateur ICD

Taux de dossiers patients avec la trace d'une imagerie cérébrale horodatée confirmant le diagnostic radiologique d'accident cérébral vasculaire aigu (AVC) réalisée par ou pour votre établissement ou la trace d'un diagnostic radiologique d'AVC aigu antérieur à l'admission.

Variable		Algorithme
<p>Pourcentage de dossiers =</p> $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND ICD_V2}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND ICD_V2}]}$	<p>Dossier i :</p> <p>[num IND ICD_V2]</p>	<p>Si [ICD_2_1] = 1 ET [ICD_2_1_2] = 1 OU [ICD_2] = 0 ET [ICD_2_3] = 1</p> <p>Alors [num IND ICD_V2] = 1 Sinon num IND ICD_V2] = 0 FinSi</p>
	<p>Dossier i :</p> <p>[den IND ICD_V2]</p>	<p>Les dossiers évalués : [Inclusion_Dossier] = 1 ET [AVC_Dossier] = 1 ET [AVC_10] = 0 ET [ModeEntree] = 1 ET [ModeSortie] = 1 ou 2</p>

Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Informations pour une prise en charge immédiate » 2023

Définition	<p>Cette information complémentaire évalue la qualité des informations à recueillir pour une prise en charge immédiate d'un AVC aigu, quelle que soit son étiologie.</p> <p>Elle est présentée sous forme de taux calculé à partir de 6 critères qui doivent être renseignés dans le dossier :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Date et heure d'entrée dans l'établissement 2. Recherche du début des symptômes ou signes d'AVC 3. Score de gravité NIHSS à l'entrée dans l'ES 4. Glycémie capillaire réalisée à l'entrée dans l'établissement 5. Recherche d'informations relatives aux traitement médicamenteux 6. notamment d'un traitement par anticoagulants
Justification	<p>L'orientation du patient et la prise en charge thérapeutique de l'AVC s'appuient sur des informations recueillies auprès du patient de l'entourage ou par les premiers intervenants. le recueil de ces informations doit être mieux formalisés et standardisés (1-7).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 HAS 2009. Recommandation pour la prise en charge d'un AVC. HAS 2009. Recommandation pour la prise en charge d'un AVC. https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse 2 DGOS (2012). Circulaire DGOS/R4/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC. https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf

	<p>3 European Stroke Organisation, ESO. (2013). Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828</p> <p>4 American Heart Association/American Stroke Association, ASA & AHA. (2015). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage from American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015; 46:2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069 https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069</p> <p>5 National Institute for care excellence, NICE. (2016). Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016</p> <p>6 American Heart Association/American Stroke Association, ASA & AHA. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211</p> <p>7 National Institute for care excellence (NICE). 2019. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. Guidelines https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269</p>
Utilisations	Pilotage interne de la qualité
Type d'indicateur	Information complémentaire Taux
Échantillon	L'information complémentaire est calculée sur un échantillon aléatoire de 50 séjours, tirés au sort sur l'année N_1
Numérateur	<p>Nombre séjours de patients pour lesquels le dossier comporte les informations suivantes</p> <p>La date et heure d'entrée dans l'établissement</p> <p>ET</p> <p>La date et heure de début des symptômes ou signes d'un AVC Ou date ou heure de début des symptômes ou des signes impossibles à déterminer</p> <p>ET</p> <p>Un score de NIHSS à l'entrée dans l'établissement</p> <p>Et</p> <p>Une glycémie capillaire réalisée à l'entrée dans l'établissement</p> <p>ET</p> <p>Le traitement médicamenteux du patient avant l'AVC dont un traitement anticoagulant est décrit ou l'état du patient ne permet pas de documenter cette information</p>
Dénominateur	Les dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.

<p>Critères d'inclusion</p>	<p>L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> • En hospitalisation complète hors séances, • D'au moins un jour (1 nuitée) • Commencés et terminés en 2022. • Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu³ : <ul style="list-style-type: none"> ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • En provenance de leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-social) et tous modes de sortie hors décès.
<p>Critères d'exclusion</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours avec un erreur (GHM 90) • Les séjours avec séances (GHM 28) • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour • Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée • Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) • Les séjours avec un code d'AIT en DP de n'importe quelle UM (G45.x)
<p>Critères d'exclusion secondaires</p>	<p>Néant</p>
<p>Mode d'évaluation de l'information complémentaire</p>	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire Les critères suivants sont satisfaits si le dossier documente les informations suivantes comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traçabilité de la date et heure d'entrée dans l'établissement • Traçabilité de la date et heure de début des symptômes ou signes d'un AVC OU date ou heure de début des symptômes ou des signes sont impossibles à déterminer • Traçabilité du score de NIHSS à l'entrée dans l'établissement • Glycémie capillaire à l'entrée dans l'établissement • Le critère est satisfait si la glycémie capillaire réalisée à l'entrée du patient est tracée dans le dossier • Trace du traitement médicamenteux du patient avant l'AVC ou état du patient ne permettant pas de documenter cette information • Trace du traitement anticoagulant avant l'AVC ou état du patient ne permettant pas de documenter cette information

³ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

**Fiche descriptive de l'information complémentaire :
« Délai entre l'arrivée dans l'établissement
et la 1^{ère} imagerie cérébrale à visée diagnostique »
2023**

<p>Définition</p>	<p>Cette information complémentaire évalue le taux de dossiers de patients permettant de déterminer le délai entre l'arrivée dans l'établissement et la 1^{ère} imagerie cérébrale à visée diagnostique, si ce n'est pas celle qui a confirmé le diagnostic d'AVC.</p>
<p>Justification</p>	<p>Les patients, pour lesquels un diagnostic d'accident vasculaire cérébral aigu est évoqué, doivent avoir un accès prioritaire à une imagerie cérébrale (IRM ou scanner). Celle-ci est indispensable pour confirmer ou infirmer un diagnostic d'AVC aigu et pour distinguer un infarctus cérébral, d'une hémorragie ou thrombose cérébrales et prendre les décisions thérapeutiques recommandées (1, 2-8). Des protocoles de prise en charge doivent être formalisés avec le service de radiologie pour un accès 7/7 et 24/24 (1,2). Pour les établissements sans unité neurovasculaire, l'accès à la téléexpertise (télé-AVC) doit être opérationnel.</p> <p>Le délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'imagerie contribue au délai entre l'arrivée dans l'ES et la thrombolyse des infarctus cérébraux « time door to needle ». Ce délai qui doit être le plus court possible est considéré par toutes sociétés savantes comme un indicateur de qualité des pratiques et organisations nécessaires à la prise en charge des infarctus cérébraux.</p> <p>De même, le pronostic des hémorragies cérébrales est associé à la rapidité de mise en œuvre d'une prise en charge adaptée, permettant de suivre l'état neurologique, les fonctions vitales et de contrôler le processus hémorragique et ses conséquences. Cette notion est mise en exergue dans les recommandations les plus récentes (3-8).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 HAS 2009. Recommandation pour la prise en charge d'un AVC. https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse 2 DGOS (2012). Circulaire DGOS/R4/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC. https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf 3 European Stroke Organisation, ESO. (2013). Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828 4 American Heart Association/American Stroke Association, ASA & AHA. (2015). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage from American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015; 46:2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069 https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069 5 National Institute for care excellence, NICE. (2016). Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016 6 American Heart Association/American Stroke Association, ASA & AHA. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211

	7 National Institute for care excellence (NICE). 2019. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. Guidelines https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269
Utilisations	Pilotage interne de la qualité
Type de mesure	Information complémentaire Taux
Numérateur	<p>Nombre de dossiers patients dont les informations permettent de calculer le délai entre l'arrivée dans l'établissement et la première imagerie cérébrale à visée diagnostique, qui n'est pas l'imagerie qui a confirmé le diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> La date et l'heure d'arrivée dans l'établissement <p>Et</p> <ul style="list-style-type: none"> La date et heure de la première imagerie cérébrale à visée diagnostique d'un AVC qui n'est pas celle qui a confirmé le diagnostic d'AVC aigu. <p>Le délai est calculé à partir des dossiers correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.</p>
Dénominateur	Néant
Échantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2022, débutés et terminés en 2022
Critères d'inclusion	<p>L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> En hospitalisation complète hors séances, D'au moins un jour (1 nuitée) Commencés et terminés en 2022. Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu⁴ : <ul style="list-style-type: none"> I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), I61.x (hémorragies intracérébrales), I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) En provenance de leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-social) et tous modes de sortie hors décès.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> Les séjours avec un erreur (GHM 90) Les séjours avec séances (GHM 28) Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans Les séjours de patients décédés au cours du séjour Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B)

⁴ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

	<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) • Les séjours avec un code d'AIT en DP de n'importe quelle unité médicale (G45.x)
Critères d'exclusion secondaires	<ul style="list-style-type: none"> • Dossiers pour lesquels le diagnostic radiologique d'AVC aigu est antérieur l'admission • Dossiers pour lesquels le diagnostic radiologique d'AVC aigu est confirmé par la première imagerie cérébrale réalisée dans ou pour votre établissement
Mode d'évaluation de l'information complémentaire	<p>Il convient de trouver dans le dossier des patients arrivant du domicile, la trace des informations permettant de déterminer le délai entre la date et heure d'arrivée dans l'établissement et la première imagerie cérébrale à visée diagnostique d'un AVC aigu, si elle n'est pas celle qui a confirmé le diagnostic.</p> <p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une trace de la date et heure de l'arrivée dans l'ES <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • La date et heure de la première imagerie à visée diagnostique d'un AVC, qui n'est pas celle qui a confirmé le diagnostic

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Accès à une expertise neuro-vasculaire »

2023

Définition	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue le nombre de dossiers patients admis pour un AVC aigu hors hémorragies méningées ou intracrâniennes pris en charge en UNV, ou pris en charge en dehors de l'UNV avec des conclusions de l'expertise neurovasculaire horodatées</p>
Justification	<p>En dehors des hémorragies méningées ou intracrâniennes, les infarctus cérébraux et les hémorragies intracérébrales doivent avoir un accès prioritaire à un médecin neurovasculaire. Cette expertise détermine les choix thérapeutiques et le pronostic de l'AVC.</p> <p>Pour les patients qui ne sont pas admis dans les services neurovasculaires, l'accès à un médecin neurovasculaire peut être réalisé en distanciel. Les situations où il n'y a pas eu d'accès à un médecin neurovasculaire devraient être mieux documentées.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 HAS 2009. Recommandation pour la prise en charge d'un AVC. https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse 2 DGOS (2012). Circulaire DGOS/R4/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC. https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf 3 European Stroke Organisation, ESO. (2013). Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828 4 American Heart Association/American Stroke Association, ASA & AHA. (2015). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage from American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015; 46:2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069 https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069 5 National Institute for care excellence, NICE. (2016). Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016 6 American Heart Association/American Stroke Association, ASA & AHA. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211 7 National Institute for care excellence (NICE). 2019. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. Guidelines https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé.

	<ul style="list-style-type: none"> Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	<p>Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Indicateur de type de taux.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours pour lesquels le dossier comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> Une prise en charge en unités neurovasculaires <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> Une prise en charge en dehors des UNV comportant les conclusions horodatées d'un médecin neurovasculaire
Dénominateur	Les dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.
Échantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2022, débutés et terminés en 2022.
Critères d'inclusion	<p>L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> En hospitalisation complète hors séances, D'au moins un jour (1 nuitée) Commencés et terminés en 2022. Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu⁵ : <ul style="list-style-type: none"> I61.x (hémorragies intracérébrales), I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) En provenance de leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-social) et tous modes de sortie hors décès.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> Les séjours avec un erreur (GHM 90) Les séjours avec séances (GHM 28) Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans Les séjours de patients décédés au cours du séjour Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B) Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) <p>Les séjours avec un code d'AIT en DP (G45.x) de n'importe quelle unité médicale</p>
Critères d'exclusion secondaire	<ul style="list-style-type: none"> Patients admis pour une hémorragie sous arachnoïdienne ou intracrânienne
Mode d'évaluation de l'indicateur	<p>Il convient de trouver dans le dossier une prise en charge dans une unité neurovasculaire ou la trace des conclusions horodatées d'un médecin neurovasculaire dans le dossier, pour tout patient hospitalisé pour un accident vasculaire cérébral à l'exception des hémorragies méningées ou intracrâniennes.</p> <p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Le critère est satisfait si on retrouve dans le dossier</p>

⁵ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

	<ul style="list-style-type: none"> • Une prise en charge en unités neurovasculaires OU <ul style="list-style-type: none"> • En dehors des unités neurovasculaires, les conclusions horodatées d'un médecin neurovasculaire
--	--

Algorithme de calcul de l'indicateur ENV		
Taux de dossiers de patients avec une expertise neuro-vasculaire tracée pour tout AVC en dehors des hémorragies méningées ou intracrâniennes		
Variable	Algorithme	
<p>Pourcentage de dossiers =</p> $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND ENV}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND ENV}]}$	<p>Dossier i :</p> <p>[num IND ENV]</p>	<p>Si</p> <p>[ADE_12] = 1</p> <p>OU</p> <p>([ADE_12] = 0 ET [ENV_1] = 1 ET [ENV_1_1] = 1 ET [ENV_1_2] = 1)</p> <p>Alors [num IND ENV] = 1 Sinon [num IND ENV] = 0]</p> <p>FinSi</p>
	<p>Dossier i :</p> <p>[den IND ENV]</p>	<p>Les dossiers évalués :</p> <p>[Inclusion_Dossier] = 1 ET [AVC_Dossier] = 1 ET [AVC_10] = 0 ET [ModeEntree] = 1 ET [ModeSortie] = 1 ou 2 ET [AVC_7] = 1, 2 ou 5</p>

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Prévention des pneumopathies d'inhalation »

2023

Définition

Cet indicateur, présenté sous forme de taux, évalue le nombre de dossiers pour lesquels la prévention des pneumopathies d'inhalation et la prise en charge des troubles de la déglutition avérés sont tracées dans le dossier.

Justification

La recommandation de l'Anaes (2002) et les recommandations étrangères les plus récentes (1-7) rappellent les risques accrus de décès et de morbidité liées aux pneumopathies provoquées par des troubles de déglutition dans les suites immédiates d'un AVC aigu.(1_8).

Cette complication majeure des AVC aigus doit être prévenue en précisant les conditions et modalités d'une alimentation per os solide ou liquide, en surveillant la prise des repas quelle que soit la texture .

.La prévention des pneumopathie d'inhalation doit faire l'objet d'un protocole et s'appliquer y compris lors des prises en charge en urgence.

La fonction de déglutition doit être renseignée dans le dossier, dans la lettre de liaison à la sortie ou la lettre de transfert.

Si le patient présente des troubles de la déglutition, leur prise en charge doit être décrite dans le dossier, la lettre de liaison ou la lettre de transfert.

Il est recommandé que le service se dote d'un protocole de prévention des pneumopathies d'inhalation et de prise en charge des troubles de la déglutition.

1. Anaes 2002. Prise en charge des patients adulte atteints d'AVC. Aspects paramédicaux. https://www.has-sante.fr/jcms/c_272250/en/prise-en-charge-initiale-des-patients-adultes-atteints-d-accident-vasculaire-cerebral-aspects-paramedicaux
2. SIGN 2010. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. A national clinical guideline <https://www.sign.ac.uk/media/1057/sign119.pdf>
3. European Stroke Organisation Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, <http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828>
4. American Heart Association/American Stroke Association (2015). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage from American Heart Association/American Stroke Association (AHA & ASA, 2015). Stroke. 2015; 46:2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069>
5. NICE Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016
6. National Institute for care excellence (NICE). 2019. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. Guidelines <https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269>
7. American Heart Association/American Stroke Association (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic

	Stroke: 2019 Update to the 2018. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association (AHA & ASA, 2019) https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant la comparaison inter-établissements. Indicateur de type de taux. Pas d'ajustement sur le risque.
Echantillon	L'information complémentaire est calculée sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2022.
Numérateur	<p>Nombre de séjours pour lesquels le dossier comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La trace d'une prescription médicale autorisant ou pas l'alimentation per os dans un délai maximal de 24 heures <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fonction de déglutition normale ou anormale est décrite dans le dossier <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si le patient a présenté des troubles de la déglutition, la trace de mesures de leur prise en charge des troubles dans le dossier
Dénominateur	Les dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.
Critères d'inclusion	<p>L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> • en hospitalisation complète hors séances, • D'au moins un jour (1 nuitée) • Commencés et terminés en 2022. • Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu⁶ : <ul style="list-style-type: none"> ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • Applicable pour tout mode d'entrée et tout mode de sortie (hors décès)
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours avec un erreur (GHM 90) • Les séjours avec séances (GHM 28) • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans

⁶ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

	<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours de patients décédés au cours du séjour • Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée • Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) • Les séjours avec un code d'AIT (G45.x) en DP de n'importe quelle unité médicale
Critères d'exclusion secondaires	Néant
Mode d'évaluation de l'indicateur	<p>Il convient de trouver dans le dossier des mesures immédiates de prévention des complications des troubles de la déglutition (pneumopathies d'inhalation) et si les troubles de la déglutition sont avérés la trace de leur prise en charge .</p> <p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire Pour tout patient admis pour AVC aigu, le dossier est conforme si on trouve :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La trace d'une prescription médicale autorisant ou pas une alimentation per os dans un délai maximal de 24 heures <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fonction de déglutition normale ou anormale décrite dans le dossier <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si le patient a présenté des troubles de la déglutition, la trace de mesures de leur prise en charge dans le dossier

Algorithme de calcul de l'indicateur PPI

Taux de dossiers de dossiers patients pour lesquels la prévention des pneumopathies d'inhalation et la prise en charge des troubles de la déglutition sont tracées dans le dossier

Variable		Algorithme
<p>Pourcentage de dossiers =</p> $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND PPI}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND PPI}]}$	<p>Dossier i :</p> <p>[num IND PPI]</p>	<p>Si</p> <p>(([PPI_1] = 1 ET [PPI_1_1] = 1) ET [PPI_2] = 1 ET {([PPI_3] = 1 ET [PPI_3_1] = 1) OU [PPI_3] = 0})</p> <p>Alors [num IND PPI] = 1 Sinon [num IND PPI] = 0 FinSi</p>
	<p>Dossier i :</p> <p>[den IND PPI]</p>	<p>Les dossiers évalués :</p> <p>[Inclusion_Dossier] = 1 ET [AVC_Dossier] = 1 ET [AVC_10] = 0 ET [ModeEntree] = 1 ET [ModeSortie] = 1 ou 2 ET [AVC_7] = 1, 2 ou 5</p>

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Accès à une prise en charge rééducative » 2023

Définition	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue le nombre de dossiers patients avec une prise en charge rééducative.</p>
Justification	<p>Les recommandations étrangères sur la prise en charge immédiate des AVC parues entre 2016 et 2019 rappellent que les soins de rééducation doivent débuter dès que possible c'est-à-dire dès que l'état du patient le permet. Il a été montré qu'une rééducation à la phase initiale de la prise en charge d'un AVC aigu, qui est centrée et adaptée aux besoins du patient réduit la sévérité des déficiences et augmente le pronostic fonctionnel des patients.</p> <p>Cette prise en charge a pour objectifs d'identifier les besoins d'une rééducation passive et ou active, elle contribue à apprécier la sévérité de l'AVC, à estimer le pronostic de récupération et détermine l'orientation du patient vers un SSR</p> <p>Selon que le tableau clinique associe une ou plusieurs déficiences, plusieurs rééducateurs sont sollicités pour définir un plan de soins de rééducation et de réadaptation coordonné : masseur kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien ou médecin de médecine physique et de réadaptation.</p> <p>L'absence de prise en charge rééducative immédiate peut être justifiée mais doit être explicitée .</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Steiner, T. (2014). European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. Updated of 2006 guidelines. 2. Hemphill, JC. (2015) Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Haemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association AHA, Stroke. 2015; 46: 2032-2060. DOI: 10.1161/STR.000000000000069. Update of 2010 guidelines. 3. Kobayashia, A. (2018). European Academy of Neurology and European Stroke Organization consensus statement and practical guidance for pre-hospital management of stroke. European Journal of Neurology 2018, 25: 425–433. Doi :10.1111/ene.13539 4. Powers, WJ. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association 5. Gittler M. (2018). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2673525 6. HAS (2019). Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc. Mai 2019. 7. Circulaire DGOS/R4/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC. solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf 8. European Stroke Organisation Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828 9. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage from American Heart Association/American Stroke Association (AHA & ASA, 2015). Stroke. 2015; 46:2032-2060. DOI: 10.1161/STR.000000000000069 https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.000000000000069

	<p>10. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016. https://www.nice.org.uk/guidance/qs2</p> <p>11. Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association (AHA & ASA, 2019) https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211</p>
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	<p>Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Indicateur de type de taux.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Echantillon	L'information complémentaire est calculée sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2022, débutés et terminés en 2022
Numérateur	<p>Nombre dossiers patients comportant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une prise en charge rééducative <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une justification à l'absence de prise en charge rééducative
Dénominateur	Les dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.
Critères d'inclusion	<p>L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> • En hospitalisation complète hors séances, • D'au moins un jour (1 nuitée) • Commencés et terminés en 2022. • Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu⁷ : <ul style="list-style-type: none"> ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • Applicable à tout mode d'entrée et tout mode de sortie (hors décès)
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours avec un erreur (GHM 90) • Les séjours avec séances (GHM 28) • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour • Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée

⁷ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

	<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) • Les séjours avec un code d'AIT en DP (G45.x) de n'importe quelle unité médicale
Critères d'exclusion secondaire	Néant
Mode d'évaluation	<p>Il convient de trouver dans le dossier la trace d'une prise en charge rééducative par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et de réadaptation dans les suites immédiates d'un AVC.</p> <p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Pour tout patient quel que soit le service d'hospitalisation, le dossier du patient est conforme s'il comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une prise en charge rééducative <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une justification à l'absence prise en charge rééducative

Algorithme de calcul de l'indicateur AR

Taux de dossiers patients avec une prise en charge rééducative ou une justification à l'absence de prise en charge rééducative à la phase initiale d'un AVC aigu

Variable		Algorithme
Pourcentage de dossiers = $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND AR}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND AR}]}$	Dossier i : [num IND AR]	Si [AR_1] = 1 OU ([AR_1] = 0 ET [AR_1_1] = 1, 2 ou 3) Alors [num IND AR] = 1 Sinon [num IND AR] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND AR]	Les dossiers évalués : [Inclusion_Dossier] = 1 ET [AVC_Dossier] = 1 ET [AVC_10] = 0 ET [ModeEntree] = 1 ET [ModeSortie] = 1 ou 2 ET [AVC_7] = 1, 2 ou 5

Fiche descriptive de l'information complémentaire :
« Délai entre l'arrivée dans l'établissement
et la prise en charge rééducative »
2023

Définition	<p>Cette information complémentaire évalue sous forme d'un taux le nombre de dossiers de patients permettant de déterminer le délai entre la date de première prise en charge rééducative et la date d'arrivée dans l'établissement et de tracer une justification à une première prise en charge supérieure ou égal à 4 jours. Uniquement pour les personnes ayant bénéficié d'une prise en charge rééducative</p>
Justification	<p>Une évaluation sans délai des déficiences et besoins de rééducation par un médecin de médecine physique et de réadaptation ou par des rééducateurs (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien) permet de définir un plan de soins de rééducation et de réadaptation dans les suites immédiates de l'AVC. Une rééducation immédiate, centrée et adaptée aux besoins du patient réduit la sévérité des déficiences et augmente le pronostic fonctionnel des patients (1-8).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Circulaire DGOS/R4/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC. solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf 2. European Stroke Organisation Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828 3. Steiner, T. (2014). European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. Updated of 2006 guidelines. 4. Hemphill, JC. (2015) Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Haemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association AHA, Stroke. 2015; 46: 2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069. Update of 2010 guidelines. 5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016. https://www.nice.org.uk/guidance/qs2 6. Kobayashia, A. (2018). European Academy of Neurology and European Stroke Organization consensus statement and practical guidance for pre-hospital management of stroke. European Journal of Neurology 2018, 25: 425–433. Doi :10.1111/ene.13539 7. Powers, WJ. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association 8. Gittler, M. (2018). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2673525 9. HAS (2019). Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc. Mai 2019

Utilisations	Pilotage interne de la qualité
Type d'indicateur	Information complémentaire Taux
Numérateur	<p>Nombre de séjours pour lesquels le dossier comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La date d'arrivée dans l'établissement <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • La date de l'évaluation par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et de réadaptation <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une justification, si ce délai est supérieur ou égal à 4 jours
Dénominateur	Les dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.
Echantillon	L'information complémentaire est calculée sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2022.
Critères d'inclusion	<p>L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> • En hospitalisation complète hors séances, • D'au moins un jour (1 nuitée) • Commencés et terminés en 2022. • Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu⁸ : <ul style="list-style-type: none"> ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • Applicable pour toute provenance et tout mode de sortie (hors décès)
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours avec un erreur (GHM 90) • Les séjours avec séances (GHM 28) • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour • Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée • Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) • Les séjours avec un code d'AIT en DP de n'importe quelle UM (G45.x)
Mode d'évaluation de l'indicateur	Il convient de trouver dans le dossier les informations nécessaires à l'estimation du délai entre l'arrivée dans l'établissement et la prise en charge rééducative et une justification à un délai supérieur à 3 jours

⁸ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>Pour tout patient en séjour en MCO pour AVC, le dossier du patient est conforme si on trouve :</p> <ul style="list-style-type: none">• La date d'arrivée dans l'établissement <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none">• La date de l'évaluation par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et de réadaptation <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none">• Une justification, si ce délai est supérieur ou égal à 4 jours
--	---

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et sécurité des soins « Planification du suivi post-AVC »

2023

Définition	Cet indicateur, présenté sous forme d'un taux, évalue dans les dossiers des patients sortant à domicile, la trace d'un score d'autonomie à la sortie de MCO, des mesures de prise en charge en cas de déficiences et d'un rendez-vous de consultation post AVC programmé dans les 6 mois.
Justification	<p>La préparation du retour à domicile consiste à planifier le suivi médical et paramédical après une hospitalisation pour un AVC aigu. C'est une étape critique pour la qualité et la continuité des soins.</p> <p>La proportion importante de patients décédant au-delà de 30 jours après l'admission à l'hôpital, phase considérée comme aiguë, souligne l'importance d'optimiser le suivi post-AVC et la coordination des soins.</p> <p>Après une hospitalisation en MCO, 2 tiers des patients seront suivis en ville. Des améliorations restent nécessaires pour la prise en charge des complications latentes et handicaps post AVC en ville. L'accès aux soins de qualité reste en effet considéré comme insuffisant et inégal sur le territoire.</p> <p>La planification du suivi post-AVC permet, en lien avec l'équipe de soins de proximité et le médecin spécialiste de médecine générale, d'assurer la continuité et la sécurité des soins pour une autonomie optimale des patients de retour à domicile.</p> <p>Pour assurer la continuité des soins, il est nécessaire de :</p> <ul style="list-style-type: none">• Tracer le niveau d'autonomie à la fin de son séjour en MCO, ainsi que les mesures d'accompagnement des déficiences résiduelles.• Programmer dans les 6 mois suivant l'hospitalisation, une consultation post AVC adaptée à l'âge et aux déficiences du patient• Décrire les soins médicaux et paramédicaux à réaliser dans les mois suivant la sortie de MCO <ol style="list-style-type: none">1. BEH 2019. Déterminants de la léthalité à la suite d'une hospitalisation pour un AVC en France en 2010-15 fonction motrice chez l'adulte. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/5/pdf/2020_5_1.pdf2. SOFMER & FEDMER (2011) Yelnik, A-P., Schnitzler, A, Prada- Diehl, P., et al. Parcours de soins et médecin physique et de réadaptation (MPR) : « le patient après un AVC ». https://www.chu-st-etienne.fr/Reseaux/Coordination_viaTrajectoire/Documents/Doc_Generaux/Parcours/Parcours%20MPR%20apr%C3%A8s%20AVC%202011.pdf3. HAS (2019). Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc. Mai 2019.4. HAS (2020) Parcours de rééducation réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC HAS (2020) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/fiche_parcours_de_reeducation_readaptation_des_patients_apres_la_phase_initiale_de_lavc.pdf5. CNAM (2021). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022.

	<p>https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits, consulté en juillet 2021</p> <p>6. CNAM (2021) Prado AVC Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022.https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits, consulté en juillet 2021</p>
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	<p>Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Indicateur de type de taux.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Échantillon	L'information complémentaire est calculée sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2022
Numérateur	<p>Nombre de dossiers patients avec</p> <ul style="list-style-type: none"> • La trace d'un score d'autonomie à la fin du séjour <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • En cas de déficiences, les mesures de prise en charge des déficiences <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • La trace d'un rendez-vous de consultation post AVC dans les 6 mois suivant la sortie
Dénominateur	Les dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.
Critères d'inclusion	<p>L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> • En hospitalisation complète hors séances, • D'au moins un jour (1 nuitée) • Commencés et terminés en 2022. • Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu⁹ : <ul style="list-style-type: none"> ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • Sortant vers un lieu de résidence (domicile, ehpad ou toute autre structure d'hébergement médico-social), quel que soit le mode d'entrée dans l'établissement de santé

⁹ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours avec un erreur (GHM 90) • Les séjours avec séances (GHM 28) • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour • Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée • Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) • Les séjours avec un code d'AIT en DP de n'importe quelle UM (G45.x)
Critères d'exclusion secondaire	<ul style="list-style-type: none"> • Néant
Mode d'évaluation de l'indicateur	<p>Il convient de trouver dans le dossier un score d'autonomie à la sortie de MCO, un descriptif des mesures de prise en charge si déficiences et un rendez-vous de consultation post AVC programmé dans les 6 mois.</p> <p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>Pour tout patient retournant à domicile après son séjour en MCO, le dossier du patient est conforme si on trouve :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un score d'autonomie à la sortie <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • En cas de déficiences, les mesures de prise en charge des déficiences <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un rendez-vous de consultation post AVC dans les 6 mois suivant la sortie de MCO

Algorithme de calcul de l'indicateur SUIV

Taux de dossiers de patients sortis à domicile avec un score d'autonomie à la sortie de MCO, des mesures de prise en charge en cas de déficiences et un rendez-vous de consultation post AVC programmé dans les 6 mois.

Variable		Algorithme
<p style="text-align: center;">Pourcentage de dossiers =</p> $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND SUIV}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND SUIV}]}$	<p>Dossier i :</p> <p>[num IND SUIV]</p>	<p>Si</p> <p>[SOR_1] = 1</p> <p>ET</p> <p>{([DEF_1] = 1 ET [DEF_1_1] = 1) OU [DEF_1] = 0}</p> <p>ET</p> <p>([PCAVC_1] = 1 ET [PCAVC_1_1] = 1)</p> <p>Alors [num IND SUIV] = 1 Sinon [num IND SUIV] = 0 FinSi</p>
	<p>Dossier i :</p> <p>[den IND SUIV]</p>	<p>Les dossiers évalués :</p> <p>[Inclusion_Dossier] = 1 ET [AVC_Dossier] = 1 ET [AVC_10] = 0 ET [ModeEntree] = 1 ou 2 ET [ModeSortie] = 1</p>

**Fiche descriptive de l'information complémentaire :
«Thrombolyse »
2023**

Définition	<p>Cette information complémentaire, présentée sous la forme d'un taux, évalue le nombre de dossiers de patients venant du domicile, ayant un infarctus cérébral avec une thrombolyse ou une absence justifiée de thrombolyse et, en cas de thrombolyse, avec un délai calculable entre l'arrivée dans l'établissement et le début de l'injection du thrombolytique.</p>
Justification	<p>La thrombolyse médicamenteuse consiste à administrer par voie intraveineuse un fibrinolytique pour dissoudre un caillot de fibrine obstruant une artère cérébrale. Il s'agit de rétablir un débit sanguin cérébral et éviter ainsi l'anoxie du tissu cérébral. Le traitement doit être instauré le plus tôt possible après avoir exclu une hémorragie intracrânienne par des techniques appropriées d'imagerie (par exemple, tomodensitométrie cérébrale ou autre méthode d'imagerie sensible pour le diagnostic d'une hémorragie). L'effet du traitement est temps-dépendant ; par conséquent, plus le traitement est administré précocement, plus la probabilité de résultat clinique favorable est élevée.</p> <p>L'hémorragie intracérébrale représente l'effet indésirable majeur du traitement thrombolytique de l'accident vasculaire cérébral ischémique à la phase aiguë, les hémorragies survenant préférentiellement dans la zone de l'infarctus. Le recours à une thrombolyse est basé sur une analyse bénéfice / risque prenant en compte pour chaque cas, plusieurs facteurs dont la (sévérité de l'infarctus, le début des symptômes, la prise d'anticoagulants, antiagrégants...) et sur la surveillance des personnes.</p> <p>L'instauration et le suivi du traitement doivent être réalisés sous la responsabilité d'un médecin formé et expérimenté en pathologie neurovasculaire. Il est recommandé d'administrer au sein de structures disposant en permanence d'équipements et de traitements de réanimation.</p> <p>1. Powers, WJ. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association</p>
Utilisations	<p>Pilotage interne de la qualité</p>
Type d'information complémentaire	<p>Information complémentaire Taux</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients avec un infarctus cérébral aigu pour lesquels le dossier présente la trace :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'une thrombolyse médicamenteuse <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'absence justifiée de thrombolyse <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si thrombolyse réalisée, les informations nécessaires au calcul du délai entre l'arrivée et le début de l'injection du thrombolytique

Dénominateur	Les dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.
Échantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2022.
Critères d'inclusion	<p>L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> • En hospitalisation complète hors séances, • D'au moins un jour (1 nuitée) • Commencés et terminés en 2022. • Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène)
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours avec un erreur (GHM 90) • Les séjours avec séances (GHM 28) • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour • Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée • Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) • Les séjours avec un code d'AIT en DP de n'importe quelle UM (G45.x) • En provenance de leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-social) et tous modes de sortie hors décès.
Critères d'exclusion secondaire	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours avec diagnostic principal d'hémorragie cérébrale ou d'AVC non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus
Mode d'évaluation de l'information complémentaire	<p>Pour tout patient avec un diagnostic d'infarctus cérébral, le dossier du patient pris en charge à la phase aigüe dans l'établissement de santé audité est conforme si on trouve une trace des informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'une thrombolyse médicamenteuse <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'absence justifiée de thrombolyse <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si thrombolyse réalisée, les informations nécessaires au calcul du délai entre l'arrivée et le début de l'injection du thrombolytique

¹⁰ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Thrombectomie »

2023

Définition	Cette information complémentaire, présentée sous la forme d'un taux, évalue le nombre de dossiers de patients venant du domicile, ayant un infarctus cérébral avec une thrombectomie ou une absence justifiée de thrombectomie et, si thrombectomie, avec un délai calculable entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction artérielle.
Justification	<p>La thrombectomie cérébrale consiste à recanaliser une artère cérébrale occluse à la phase aiguë d'un accident vasculaire cérébral ischémique. Cette technique est utilisée seule ou en association avec une thrombolyse veineuse. Le nombre de thrombectomies a triplé en France passant de 2822 en 2015 à 6844 en 2018 (3). Les indications de la thrombectomie et les conditions de sa réalisation précisées dans les recommandations de la HAS (2016, 2018), dans la charte de la société française de neuroradiologie (2015) sont celles décrites dans les recommandations les plus récentes (1, 2, 4-7).</p> <p>La décision d'entreprendre une thrombectomie mécanique doit être prise par une équipe multidisciplinaire comprenant au moins : 1°) un neurologue et/ou un médecin compétent en pathologie neurovasculaire ; et 2°) un neuroradiologue interventionnel qualifié. La TBT doit être réalisée dans un établissement disposant d'un centre de neuroradiologie interventionnelle autorisé et d'une unité neurovasculaire.</p> <p>La thrombectomie mécanique est recommandée à la phase aiguë dans le traitement de l'AVC chez les patients qui présentent une occlusion proximale des artères cérébrales (carotide, cérébrale moyenne, tronc basilaire). Ces informations indispensables à l'indication d'une thrombectomie sont fournies par une exploration neuroradiologique standardisée. Elle doit être réalisée le plus rapidement possible, dès que son indication a été posée. Une thrombectomie est réalisée en complément ou en alternative à d'une thrombolyse intraveineuse</p> <p>Références</p> <ol style="list-style-type: none">1. HAS (2016). Thrombectomie des artères intracrâniennes par voie endovasculaires. Rapport d'évaluation technologique. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-11/rapport_thrombectomie.pdf2. HAS (2018). Organisation de la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu par thrombectomie mécanique. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2757616/fr/organisation-de-la-prise-en-charge-precoce-de-l-accident-vasculaire-cerebral-ischemique-aigu-par-thrombectomie-mecanique.3. AVC ischémique aigu : intérêt de la thrombectomie mécanique. https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974244/fr/avc-ischemique-aigu-interet-de-la-thrombectomie-mecanique. MAJ juin 20194. Enquête de la SFNR menée en janvier 2019 auprès de 33 centres de neuroradiologie. sfnr.net/neuroradiologie-quotidien/thrombectomie/la-thrombectomie/etat-lieux-carte-interactive5. Société Française de neuroradiologie. (2015). Charte des conditions de réalisation de la thrombectomie mécanique en France. https://www.sfnr.net/neuroradiologie-quotidien/thrombectomie/charte-thrombectomie6. Kobayashia, A. (2018). European Academy of Neurology and European Stroke Organization consensus statement and practical guidance for pre-hospital management of stroke. <i>European Journal of Neurology</i> 2018, 25: 425–433. Doi :10.1111/ene.13539

	<p>7. Powers, WJ. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association</p> <p>8. European Stroke Organisation (ESO) - European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) Guidelines on Mechanical Thrombectomy in Acute Ischemic Stroke. 2019. https://www.sfnr.net/sites/www.sfnr.net/files/medias/documents_telechargeables/journal-of-neurointerventional-surgery.pdf</p>
Utilisations	Pilotage interne de la qualité
Type d'information complémentaire	Information complémentaire Taux
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients avec un infarctus cérébral pour lesquels le dossier présente la trace :</p> <ul style="list-style-type: none"> D'une thrombectomie mécanique OU une justification expliquant l'absence de thrombectomie mécanique <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> Si thrombectomie réalisée, les informations nécessaires au calcul du délai entre l'arrivée et la ponction artérielle sont tracées dans le dossier
Dénominateur	Les dossiers répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.
Échantillon	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2022
Critères d'inclusion	<p>L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> en hospitalisation complète hors séances, D'au moins un jour (1 nuitée) Commencés et terminés en 2022. Avec en diagnostic principal, un code CIM 10 d'AVC aigu¹¹ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) En provenance de leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-social) et tous modes de sortie hors décès.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> Les séjours avec un erreur (GHM 90) Les séjours avec séances (GHM 28) Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans Les séjours de patients décédés au cours du séjour Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B) Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2) Les séjours avec un code d'AIT en DP de n'importe quelle UM (G45.x)
Critères d'exclusion secondaire	<ul style="list-style-type: none"> Séjours avec diagnostic principal d'hémorragie cérébrale ou d'AVC non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus

¹¹ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

Mode d'évaluation de l'indicateur	<p>Le dossier répond aux exigences si on trouve la trace</p> <ul style="list-style-type: none">• D'une thrombectomie ou une justification expliquant l'absence de thrombectomie mécanique <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none">• Si thrombectomie réalisée, les informations nécessaires au calcul du délai entre l'arrivée et la ponction artérielle sont tracées dans le dossier
--	---

Historique des indicateurs

Modifications apportées aux indicateurs « Prise en charge initiale de l'AVC »
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">o Évaluation par un professionnel de la rééducation ;o 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

Pour la campagne nationale 2015,

- 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.

Au total le thème « Prise en charge initiale de l'AVC » était composé de 10 indicateurs :

- Délai arrivée - imagerie en première intention ;
- Date et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral ;
- Expertise neuro vasculaire ;
- Évaluation par un professionnel de la rééducation ;
- Évaluation par un professionnel de la rééducation le 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 antiagrégant 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.

Modifications apportées au 5^{ème} recueil campagne 2021

La campagne 2021 est une campagne volontaire (le recueil est optionnel)

- Le recueil est optionnel. Il porte sur les séjours de 2019.
- La saisie de dates et d'horaires a été limitée au maximum.
- Les modifications apportées permettent de mieux prendre en compte la prise en charge de tous les types d'AVC.

L'évolution des indicateurs / informations complémentaires met l'accent sur la rapidité de la phase diagnostique (ICD, DARIM, EPCI), sur l'accès hors des services spécialisés à l'expertise neurologique, neurochirurgicale ou neurovasculaire (EN, DAREX), à la rééducation / réadaptation (AEPR, DARER), à la continuité des soins (SSR, PRD) ; à la traçabilité des traitements thrombolytiques (TBL/ TBT) et à la prévention des troubles de la déglutition (DTD).

Au total l'évaluation de la qualité du thème « Prise en charge initiale de l'AVC » comprend 5 indicateurs et 7 informations complémentaires.

Les 5 indicateurs permettant la comparaison des établissements de santé MCO sont :

1. Imagerie cérébrale diagnostique (ICD)
2. Accès à une évaluation neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale en dehors des UNV ou neurochirurgie (EN)
3. Prévention des troubles de la déglutition (DTD)
4. Accès à l'Evaluation par un Rééducateur ou un médecin de médecine physique et réadaptation (AEPR)
5. Préparation du retour à domicile (PRD)

Les indicateurs « score d'autonomie et programmation de la consultation post AVC » ont été abandonnés et ces critères sont intégrés comme critères de l'indicateur « préparation du retour à domicile (PRD).

Toutes les informations complémentaires suivantes pourront à terme être des indicateurs de comparaison après un travail de validation à l'exception du transfert en SSR qui ne relève pas uniquement de la responsabilité de l'établissement mais de l'organisation de l'offre de soins sur un territoire :

1. Eléments déterminants la prise en charge immédiate (EPCI)
2. Evaluation du délai entre la date d'arrivée dans l'ES et la date de l'imagerie cérébrale (DARIM)
3. Evaluation du délai entre la date d'arrivée dans ES et la date de l'expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale (DAREX)
4. Evaluation du délai entre la date d'arrivée dans l'ES et la date de l'évaluation par un rééducateur ou un médecin de MPR (DARER)
5. Transfert en SSR de neurologie ou de gériatrie (SSR)
6. Traçabilité de la thrombolyse (TBL)
7. Traçabilité de la thrombectomie (TBT)

Modifications apportées au 6^{ème} recueil campagne 2023

La campagne 2023 est une campagne nationale de recueil obligatoire et porte sur les dossiers de l'année 2022.

Les indicateurs et informations complémentaires ont été revus pour tenir compte des recommandations de bonnes pratiques les plus récentes (ESO 2019) et l'avis du groupe de travail réuni le 12 décembre 2022.

La qualité de la prise en charge en MCO de tous types d'AVC est analysée grâce 2 indicateurs permettant la comparaison des ES et 8 informations complémentaires

En 2023, les indicateurs de comparaison des ES sont les suivants :

- Imagerie cérébrale diagnostique (ICD)
- Accès à une évaluation neuro-vasculaire (ENV)
- Prévention des pneumopathies d'inhalation (PPI)
- Accès à une prise en charge rééducative (AR)
- Planification du suivi post AVC (SUIV)

Les informations complémentaires sont les suivantes :

- Informations pour une prise en charge immédiate (IPI)
- Délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'imagerie cérébrale diagnostique (DARIM)
- Délai entre l'arrivée dans l'établissement et la prise en charge rééducative (DARER)
- Thrombolyse (TBL)
- Thrombectomie (TBT)

Suivi des indicateurs et informations complémentaires 2023

Trigramme	IQSS	Recueil 2023	Statut 2023	Diffusion publique 2023
SEIA	Éléments déterminants la prise en charge immédiate	Abandonné		
EPCI	Éléments déterminants la prise en charge immédiate	Abandonné		
IPI	Informations pour une prise en charge immédiate	Information complémentaire	Nouveau	Non
ICD	Imagerie cérébrale diagnostique	Indicateur	Inchangé	Oui
IMA	Délai arrivée - imagerie	Abandonné		
DARIM_2	Délai entre l'arrivée dans l'ES et l'imagerie cérébrale diagnostique	Information complémentaire	Modifié	-
ENV	Accès à une expertise neurovasculaire	Indicateur	Nouveau	Non
T EN V AEN	Expertise neuro vasculaire, neurochirurgicale, neurologique	Abandonné 2021		
DAREX	Délai entre l'arrivée et l'expertise neurovasculaire	Abandonné		
DTD	Prévention des troubles de la déglutition	Abandonné		
PPI	Prévention des pneumopathies d'inhalation	Indicateur	Nouveau	Non
EPR1 EPR2	Évaluation par un professionnel de la rééducation Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1 ^{er} jour	Abandonné		
AEPR	Accès à l'évaluation par un médecin de médecin physique et réadaptation ou professionnels de la rééducation	Abandonné		
AR	Accès à une prise en charge rééducative	Indicateur	Nouveau	Non
DARER	Délai entre l'arrivée dans l'ES et prise en charge rééducative	Information complémentaire	Nouveau	Non
SUIV	Suivi post AVC	Indicateur	Nouveau	Oui
TBL2	Thrombolyse	Information complémentaire	Nouveau	-
TBT2	Thrombectomie	Information complémentaire	Nouveau	-

PRD	Préparation du retour à domicile	Abandonné		
SSR	Transfert en SSR spécialisé	Abandonné		
CPA	Préparation du retour à domicile	Abandonné		
-	Réalisation d'une imagerie des troncs supra-aortiques pour tout infarctus cérébral	Abandonné		
-	Exploration des artères intracrâniennes à la phase aigüe »	Abandonné		
DHS	Date et heure de survenue des symptômes	Abandonné		
SAS	Score d'autonomie ou de handicap à la sortie	Abandonné		
TSOR	Traitement anti-agrégant/ anti coagulant approprié à la sortie	Abandonné		
TDP	Tenue du dossier du patient	Abandonné		



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