HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

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

Résultats nationaux de la campagne 2015 - Données 2014

Rapport long

Novembre 2015

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

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

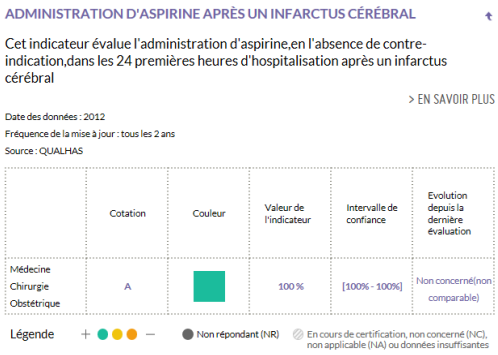
Rapport rédigé sans prise en compte des résultats du contrôle qualité du recueil réalisé par les agences régionales de santé (ARS)

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

Où retrouver les résultats de votre établissement ?

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

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



Pour en savoir plus

Le descriptif des indicateurs est disponible sur le site Internet :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970481/ipaqss-recueils-des-indicateurs

Pour nous contacter

Pour toutes questions relatives aux indicateurs, le service IPAQSS (Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) vous répondra par e-mail : ipaqss@has-sante.fr

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

Rapport validé par le Collège de la HAS le 18 novembre 2015.

© Haute Autorité de Santé - novembre 2015

Sommaire

Avant-propos : Politique nationale des indicateurs qualité et sécurité des soins....4
Introduction....5
Descriptif de la campagne nationale....7
Résultats des indicateurs....11
Indicateur « Délai arrivée - Imagerie en première intention »....12
Indicateur « Date et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral »....15
Indicateur « Expertise neurovasculaire »....18
Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation »....21
Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour »....25
Indicateur « Dépistage des troubles de la déglutition »....28
Indicateur « Transfert en SSR spécialisé »....31
Indicateur « Traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie »....34
Indicateur « Programmation d'une consultation post-AVC »....38
Indicateur « Tenue du dossier patient »....41
Bilan et perspectives....45
Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale....49
Résultats 2015 du contrôle qualité des indicateurs du thème « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (AVC) » dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC)....50
Table des illustrations....51
Annexes....53
Annexe I. Méthode de recueil et d'analyse....53
Annexe II : Résultats complémentaires....57
Références bibliographiques....76

Avant-propos : Politique nationale des indicateurs qualité et sécurité des soins

Depuis 2006, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont mis en œuvre un recueil national d'indicateurs afin de disposer, pour l'ensemble des établissements de santé, de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins. Ceci s'inscrit dans le cadre de l'approche globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé, via le suivi d'indicateurs.

Ce suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) produisant des données comparatives, est utilisé à des fins de management interne, d'évaluation externe, de pilotage institutionnel, et de diffusion publique[1]. Ce programme de déploiement national des indicateurs est discuté par un comité de pilotage, co-animé par la DGOS et la HAS, et regroupant l'ensemble des parties prenantes dont les fédérations d'établissements de santé, les représentants des directeurs et des présidents de CME, les directeurs généraux des agences régionales de santé, la CNAM-TS et des représentants des usagers. Ce comité discute également de la nature des indicateurs à développer, des modalités de leur utilisation et de leur diffusion publique en fonction du cadre réglementaire en vigueur.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité au sein des établissements de santé et constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'usager en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins. Dans ce cadre, la liste des IQSS mis à la disposition du public est fixée annuellement par arrêté ministériel. Ceci concerne certains IQSS obligatoires et imputables aux établissements de santé, ayant fait l'objet de plus d'une campagne nationale. Cette diffusion de leur résultat par les établissements de santé est accompagnée par la diffusion publique sur le site Scope Santé (www.scopesante.fr).

Les résultats des établissements pour ces indicateurs y sont présentés avec un code couleur et leur classe A, B, C, selon qu'ils sont supérieurs (vert), égaux (jaune) ou inférieurs (orange) à la référence nationale appelé objectif national de performance. Cet objectif national de performance correspond à une valeur fixée pour plusieurs années et pour chaque indicateur diffusé publiquement. Il permet aux établissements de santé de disposer d'un repère correspondant au minimum à atteindre. L'objectif est défini en concertation avec le comité de pilotage des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé (COPIL) et les structures professionnelles concernées par le thème.

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

Cet ensemble permet d'objectiver les progrès réalisés par les établissements concernant la qualité et la sécurité des soins.

1 La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité au sein des établissements de santé et constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'usager en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins.

Introduction

Contexte

Priorité de santé en France, l'accident vasculaire cérébral touche chaque année 130 000 personnes environ. Parmi elles, 40 000 décèdent ; l'AVC est la première cause de décès chez la femme et la troisième chez l'homme. C'est la première cause de handicap acquis non traumatique en France, 30 000 personnes gardent de lourdes séquelles. L'AVC est aussi la seconde cause de démence après la maladie d'Alzheimer.

En 2010, le ministère de la Santé a mis en œuvre un plan AVC sur 4 ans dont les objectifs étaient de diminuer la mortalité et le handicap suite à un AVC. Il s'est terminé en décembre 2014. L'AVC est une urgence qui nécessite une prise en charge le plus rapidement possible après l'apparition des premiers signes, idéalement via le 15.

Les enjeux de la prise en charge sont multiples :

- Rapidité du diagnostic qui se fait sur imagerie, l'IRM est l'examen le plus performant mais sa réalisation ne doit pas retarder la prise en charge ; en cas d'indisponibilité de l'IRM dans les plus brefs délais un scanner sera réalisé. L'imagerie permet de faire le diagnostic différentiel entre infarctus cérébral et hémorragie cérébrale et permet à certains patients avec infarctus cérébral de bénéficier d'une thrombolyse, si le diagnostic est réalisé dans les premières heures.
- Évaluation neurovasculaire du patient par un médecin spécialiste qui permet de définir la prise en charge la plus adaptée et d'orienter les patients en fonction de leurs besoins.
- Rééducation pour tous les patients qui présentent un déficit, diminuant complications et handicap et dépistage des troubles de la déglutition pour éviter les pneumopathies.
- Suivi en post-AVC avec poursuite de la rééducation adaptée, consultation à distance de l'AVC permettant la maitrise des facteurs de risque et prévention des récidives (30 à 43 % des AVC récidivent dans les 5 ans).

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

- les établissements de santé dans leur démarche d'amélioration de la qualité valorisée notamment dans le compte qualité de la certification V2014 ;
- par les tutelles dans le cadre du pilotage institutionnel régional ou national (CPOM, CBU, IFAQ…[2]);
- les usagers via l'affichage des résultats dans les établissements de santé et sur le site de diffusion publique "Scope Santé" (cf. avant-propos), pour leurs démarches de recherche d'information sur la qualité des établissements de santé.

Les indicateurs

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

Quatre indicateurs recueillis pour la troisième fois

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

[2] CPOM : contrat pluriannuel d'objectif et de moyen, CBU : contrat de bon usage, IFAQ : incitation financière à l'amélioration de la qualité.

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

Six nouveaux indicateurs recueillis pour la première fois en 2015

- Expertise neurovasculaire.
- Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour.
- Dépistage des troubles de la déglutition.
- Transfert en SSR spécialisé.
- Traitement à la sortie.
- Programmation d'une consultation post-AVC.

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

Campagne de recueil en 2015

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

Le recueil est réalisé sur la plate-forme sécurisée QualHAS qui permet le calcul des résultats des indicateurs. Dès la clôture du recueil elle fournit une information structurée et comparative qui permet aux établissements de se positionner par rapport aux autres établissements participants et à leur politique qualité conduite ou à engager. Sur cette plate-forme, la présentation des résultats individuels permet d'identifier les voies d'amélioration et, grâce à l'évolution dans le temps, les établissements peuvent valoriser le résultat des actions d'amélioration mises en œuvre.

La qualité du recueil des indicateurs a été contrôlée par les ARS au cours du 3e trimestre 2015. À l'issue de ce contrôle qualité du recueil, les résultats de ces indicateurs, par établissement, sont mis à disposition du public sur le site Scope Santé à partir de novembre 2015.

Ce rapport présente :

- Un descriptif de la campagne 2015, établissements participants et dossiers analysés.
- Les résultats nationaux 2015 par indicateur sur des données 2014 avec des analyses complémentaires et des résultats comparatifs, positionnement des ES par rapport à l'objectif de performance.
- Le bilan et les perspectives.

Les annexes présentent la méthode de recueil et d'analyse, les tableaux complémentaires des résultats des indicateurs par variable étudiée, les moyennes par région et par type d'établissements des indicateurs et les grilles utilisées pour le recueil.

Descriptif de la campagne nationale

Établissements de santé participants

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

Dans chaque établissement de santé, 80 dossiers maximum sont sélectionnés par tirage au sort aléatoire à partir des données du PMSI.

Pour cette campagne, 550 établissements concernés par le recueil, un établissement n'a pas participé, 6 établissements n'ayant pas l'obligation de réaliser le recueil l'ont fait, ce sont donc 549 établissements qui ont participé au recueil. Parmi eux, 5 établissements n'ont pu analyser aucun dossier, il reste donc 544 établissements ayant analysé des dossiers.

Pour chaque indicateur du thème, quelques établissements n'ont pas un nombre de dossiers inclus suffisant[3] pour que leurs données soient prises en compte dans l'analyse comparative.

Tableau 1. Répartition des ES en fonction du nombre de dossiers analysés

Nombre de dossiers analysés	Nombre d'ES	Pourcentage d'ES
Effectif <10	59	11
Effectif entre 10 et 29	124	23
Effectif entre 30 et 59	108	20
Effectif entre 60 et 80	253	46

Des cliniciens ont participé au recueil dans 446 établissements, soit 82 % des établissements ayant analysé des dossiers :

- Des neurologues dans 175 établissements, soit 39 %.
- Des urgentistes dans 189 établissements, soit 42 %.
- Des gériatres dans 114 établissements, soit 26 %.
- D'autres cliniciens dans 216 établissements, soit 48 %.

Séjours analysés

Au niveau national, 33 715 dossiers avec le diagnostic principal AVC ont été tirés au sort sur l'année 2014 via le PMSI, sont exclus du tirage au sort les séjours des patients âgés de moins de 18 ans et des patients décédés. Parmi les dossiers tirés au sort, 20 % ont été exclus pour les raisons suivantes :

- 0,4 % n'étaient pas mobilisables (patient ne souhaitant pas que les données le concernant soient exploitées à des fins autres que sa prise en charge),
- 1 % non retrouvés,
- 1 % concernaient des patients en fin de vie pour lesquels l'abstention thérapeutique avait été décidée en accord avec la famille,
- 2 % concernaient des AVC ayant eu lieu alors que le patient était déjà hospitalisé,
- 3 % concernaient des séjours de moins de 24 h,
- 5 % comportaient une incohérence PMSI.

[3] Moins de 10 dossiers pour les indicateurs de délai et les taux, et moins de 31 pour les indicateurs présentés sous la forme d'un score.

- 7 % le type d'AVC n'a pas été retrouvé ou il ne s'agissait pas d'un infarctus cérébral ou d'une hémorragie cérébrale ou il s'agissait d'un accident ischémique transitoire.

Au total, l'analyse a porté sur 26 887 dossiers parmi lesquels :

- 23 % sont entièrement informatisés, 13 % en 2012,
- 71 % partiellement, 78 % en 2012,
- 6 % de dossiers non informatisés, 9 % en 2012.

Le nombre de dossiers totalement informatisé a progressé de 10 points entre les 2 campagnes, le nombre de dossiers non informatisés a baissé de 3 points.

Moins les établissements prennent en charge des AVC, plus la moyenne d'âge des patients est élevée. Il est à noter que les établissements prenant en charge moins de 100 AVC ont un recueil quasi exhaustif voire exhaustif de leurs dossiers d'AVC, alors que pour les autres établissements, il s'agit d'un échantillon de 80 dossiers maximum.

Tableau 2. Âge moyen et médian en fonction du volume d'activité

Volume activité (année 2014)	Nombre de dossiers	Moyenne d'âge (années)	Médiane d'âge (années)
Moins de 30 AVC	1 672	79,5	82
30 à 100 AVC	7 824	78,5	81
100 à 300 AVC	9 715	76,1	79
Plus de 300 AVC	7 676	71,6	74

Équipements disponibles dans l'établissement

Parmi les 544 établissements ayant analysé des dossiers :

- 136 disposaient d'une UNV, soit 25 % des établissements,
- 112 disposaient d'une installation de télé AVC, soit 21 % des établissements,
    - 74 établissements étant requérants,
    - 24 établissements étant requis,
    - 14 établissements étant requérants et requis.
- 331 disposaient d'une IRM, soit 61 % des établissements,
    - dont 156 avec une IRM fonctionnant 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, soit 47 % des ES disposant d'un IRM.

Parmi les 26 887 dossiers :

- 10 494 dossiers analysés sont issus d'établissements disposant d'une UNV, soit 39 % des dossiers.
    - Parmi eux 8 141 dossiers sont ceux de patients pris en charge en UNV, soit 30 % de l'ensemble des dossiers analysés, mais près de 78 % des dossiers issus des établissements disposant d'une UNV.
- 5 284 dossiers analysés sont issus d'établissements disposant d'une installation de Télé AVC requérant, soit 20 % des dossiers.
    - Parmi eux 662 dossiers sont ceux de patients pris en charge via le télé AVC, soit 2,5 % de l'ensemble des dossiers analysés et 12 % des dossiers issus des établissements disposant du télé AVC en tant que requérants.
- 20 459 dossiers sont issus d'établissements disposant d'une IRM, soit 76 % des dossiers,
    - Dont 10 358 sont issus d'établissements disposant d'une IRM fonctionnant 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Population

La population de patients étudiée comprend 50 % de femmes.

L'âge moyen est de 76 ans (médiane 79 ans) et 71 % des patients sont âgés de 70 ans et plus, 72 % en 2012.

Tableau 3. Répartition des patients par âge

Âge des patients	Nombre de dossiers	Pourcentage
< 60 ans	3 457	13 %
60 à 69 ans	4 247	16 %
70 à 74 ans	2 607	9 %
75 à 79 ans	3 684	14 %
80 à 84 ans	4 860	18 %
85 à 89 ans	4 787	18 %
≥ 90 ans	3 245	12 %
Total	**26 887**	**100 %**

La durée moyenne de séjour est de 12 jours en service de court séjour, médiane à 9 jours, la durée moyenne de séjour était également de 12 jours en 2012 mais la médiane était de 10 jours. Les infarctus cérébraux représentent 87 % des AVC étudiés (86 % en 2012).

La population analysée est très comparable entre les 2 campagnes.

Parmi les dossiers issus des établissements disposant d'une UNV.

- 78 % des patients ont été pris en charge dans ce service spécialisé.

Parmi les dossiers issus des établissements disposant du télé AVC.

- 9 % des patients ont été pris en charge via le télé AVC.

Mode d'entrée dans l'établissement et mode de transport

Les modes d'entrée dans l'établissement sont très similaires entre les 2 recueils, la grande majorité des patients (79 %) est admis dans l'établissement via le SAU.

Tableau 4. Mode d'entrée dans l'établissement - Campagnes 2012 et 2014

	2012 %	2014 %
SAU	81 %	79 %
Transfert	10 %	12 %
Entrée directe	7 %	7 %
Autre	1 %	1 %
Non retrouvé	1 %	0 %

La répartition des modes de transport des patients est très similaire entre les 2 campagnes. La majorité des patients arrivent dans l'établissement en ambulance.

Tableau 5. Modes de transport - Campagnes 2012 et 2014

	2012 %	2014 %
SMUR	8 %	7 %
Pompiers	22 %	23 %
Ambulances	39 %	38 %
Propres moyens, taxis, …	21 %	21 %
Non retrouvé	10 %	10 %

Calcul et présentation des résultats

Pour chaque indicateur, dans la partie analyse nationale, un tableau présente :

- la fiche descriptive de l'indicateur (définition, numérateur, dénominateur, …),
- le nombre d'établissements ayant participé au recueil, le nombre de dossiers inclus,
- le nombre d'établissements ayant inclus plus de 10 dossiers, le nombre de dossiers inclus dans ces établissements,
- le résultat national (moyenne pondérée[4] pour les taux et médiane[5] pour les délais, minimum et maximum établissement, 1er et 3e quartile).

Les résultats pondérés nationaux sont calculés à partir des dossiers des établissements ayant inclus plus de 10 dossiers.

Les autres résultats sont calculés à partir de l'ensemble des dossiers inclus dans le recueil, que l'établissement ait plus ou moins de 10 dossiers.

Pour chaque indicateur diffusé publiquement, un tableau présente le nombre d'établissements ayant atteint l'objectif national de performance (=), le nombre de ceux qui sont en dessous (-) et ceux qui sont au-dessus (+) (cf annexe I).

La distribution des résultats des indicateurs par région et par catégorie d'ES est rapportée pour information en annexe II. Le service IPAQSS a mis en place une analyse régionale des indicateurs sous forme de cartographie dynamique. Elles sont disponibles sur le site internet de la HAS : http://www.has-sante.fr:8080/portail/jcms/c_2564979/.

[4] La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France.

[5] La médiane représente le délai ou le taux au-delà duquel la moitié des dossiers se situent.

Résultats des indicateurs

Indicateur « Délai arrivée - Imagerie en première intention »

Description

Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC : délai médian (en heures) entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale.	
Définition	L'imagerie permet de poser le diagnostic d'infarctus ou d'hémorragie cérébrale et donc d'orienter la prise en charge. Le délai « arrivée dans l'établissement de santé/ réalisation de l'imagerie » doit être le plus court possible afin de permettre la mise en œuvre dans les plus brefs délais d'une prise en charge adaptée.
Références professionnelles (1) (2)	« Les patients suspects d'AVC aigu doivent avoir un accès prioritaire à l'imagerie cérébrale. Des protocoles de prise en charge des patients suspects d'AVC aigu doivent être formalisés entre le service accueillant ces patients et le service de radiologie (accord professionnel) ». « Il est recommandé de réaliser urgemment un scanner cérébral ou une IRM en cas de suspicion d'AIT ou d'AVC ». « L'IRM est l'examen le plus performant pour montrer précocement des signes d'ischémie récente, et elle visualise l'hémorragie intracrânienne. Il convient de la réaliser de façon privilégiée ». « En cas d'impossibilité d'accéder en urgence à l'IRM, il convient de réaliser un scanner cérébral ».
Diffusion publique	Non
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Mesure	Pour tous les patients à l'exception des transférés : délai médian (en heures) entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 6. Indicateur « Délai arrivée - Imagerie en première intention » - Résultats de la campagne 2015 - Données 2014

Campagne 2015 - Données 2014		
Délai médian	**1 h 44**	
Délai moyen ES	1 h 55	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	469
	Nombre de dossiers	18 369
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	375
	Nombre de dossiers	17 997

Méthode de calcul

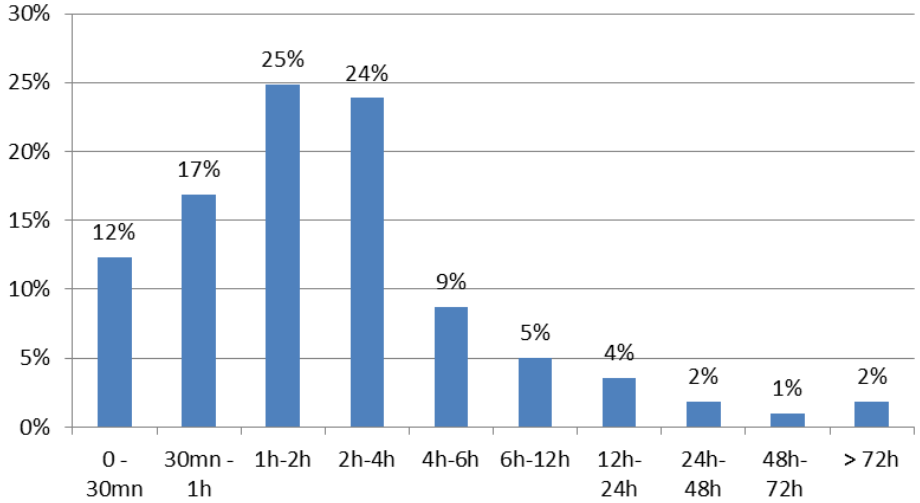
Sur les 544 établissements ayant analysé des dossiers, seuls 375 ont pu évaluer plus de 10 dossiers pour cet indicateur.

Sur les 26 887 dossiers, 18 369 (68 %) comportent les informations permettant le calcul du délai, les autres ont été exclus sur les critères suivants : date et heure d'arrivée dans l'établissement non retrouvées, date et heure de l'imagerie non retrouvées, délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'imagerie négatif, patients transférés, délai > 72 h).

Répartition des délais

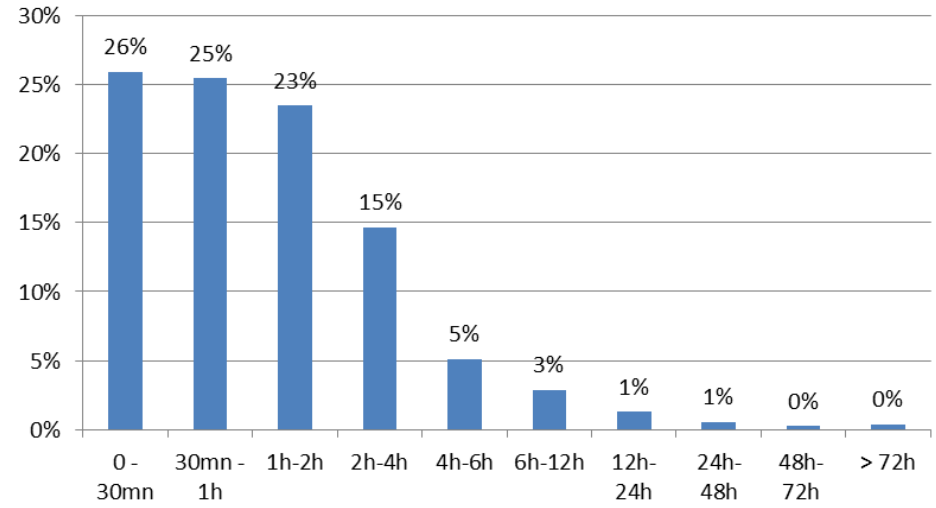
Dans 10 121 dossiers (44 %) le délai « arrivée dans l'établissement - imagerie » est de moins de 2 heures : 2 310 dossiers tracent un délai de moins de 30 minutes et 3 154 un délai de 30 minutes à 1 heure.

Graphique 1. Délais de prise en charge AVC - Campagne 2015 - données 2014



Parmi 26 887 dossiers analysés, 5 445 (20 %) tracent une arrivée dans des délais compatibles avec la thrombolyse. Pour 2 482 (45 %), ce délai est de moins d'une heure.

Graphique 2. Délais de prise en charge pour les patients avec un diagnostic d'infarctus cérébral arrivé dans l'établissement dans des délais compatibles avec la thrombolyse AVC - Campagne 2015 - données 2014



Résultats complémentaires

Sur les 23 576 dossiers de patients non transférés, la date de l'arrivée dans l'établissement n'est pas retrouvée dans 9 dossiers, l'heure dans 644, la date de l'imagerie dans 260 dossiers et l'heure dans 3 543 dossiers, et 733 dossiers présentent des délais négatifs.

Une IRM est réalisée en première intention pour 18 % des dossiers analysés (13 % en 2013) avec un délai médian de 45 minutes (54 minutes en 2013). Pour les 82 % de patients ayant eu un scanner, le délai médian est de 1 h 55 (1 h 52 en 2013).

Le taux moyen pondéré[6] de réalisation d'une IRM en première intention est de 26 %.

Certains facteurs influencent la réalisation de l'IRM en première intention :

- 32 % lorsque les patients sont pris en charge dans un établissement disposant d'une IRM fonctionnant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.
- 30 % lorsque les patients sont pris en charge dans un établissement disposant d'une UNV.
- 31 % pour les patients arrivés dans des délais compatibles avec la thrombolyse.

Sur le plan régional, 2 régions se démarquent particulièrement en ayant des délais médians inférieur de plus de 30 minutes au délai médian national, le Nord Pas de Calais 1 h 06 et la Picardie 1 h 14, a contrario 2 régions se démarquent en ayant des délais médian supérieur de plus 30 minutes au délai médian national : la Guadeloupe 2 h 32 et les Pays de Loire 2 h 24.

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

- Le délai médian national entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale pour les patients ayant un AVC est de 1 h 44. Le délai médian est plus long de 8 mn par rapport au recueil 2013, cela s'explique par le changement de bornes d'exclusion des délais « aberrants » du calcul du délai médian. En 2013, étaient exclus les délais supérieurs à 6.
- 47, en 2015 ce sont les délais supérieurs à 72 h (cette borne a été choisie avec les experts du groupe de travail).
- Lorsque les patients arrivent dans l'établissement dans des délais compatibles avec une thrombolyse le délai médian est de 57 minutes et 50 % de ces patients sont pris en charge en moins d'une heure.
- Lorsque l'établissement dispose d'une UNV, le délai médian est plus court que pour les établissements n'en disposant pas (1 h 27 versus 1 h 51).

[6] Le taux moyen pondéré prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC,

Indicateur « Date et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral »

Description

Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'Infarctus cérébral, taux de patients pour lesquels la trace de la date et de l'heure de début des symptômes est retrouvée ou la notion que cette information n'a pu être tracée (AVC du réveil par exemple).	
Définition	Les patients ayant un infarctus cérébral peuvent bénéficier sous certaines conditions d'un traitement thrombolytique. Le délai maximal de réalisation d'une thrombolyse est de 4 h 30 après le début des symptômes. La date et l'heure de début des symptômes sont des informations fondamentales pour définir l'éligibilité à la thrombolyse des patients avec infarctus cérébral. L'indicateur « Date et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral », présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de dossiers de patients hospitalisés avec un diagnostic d'infarctus cérébral pour lesquels la trace de la date et de l'heure de début des symptômes est retrouvée.
Références professionnelles (1) (3) (4)	« rtPA should be administrated to eligible patients who can be treated in the time period of 3 to 4,5 hours after stroke ». « As compared with placebo, intravenous alteplase administered between 3 and 4,5 hours after the onset of symptoms improved clinical outcomes in patients with acute ischemic stroke ».
Diffusion publique	Oui - Diffusion publique des résultats avec l'objectif de performance fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Pas d'ajustement sur le risque nécessaire.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la trace de la date et de l'heure de début des symptômes est retrouvée ou la notion que cette information n'a pu être tracée (AVC du réveil par exemple).
Dénominateur	Nombre de séjours d'Infarctus cérébraux inclus.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 7. Indicateur « Date et heure de survenue des symptômes d'AVC » - Résultats de la campagne 2015 - Données 2014

Campagne 2015 - Données 2014		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC.	**87 %**	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	542
	Nombre de dossiers	23 389
	Moyenne	82 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	466
	Nombre de dossiers	22 940

Méthode de calcul

Parmi les 26 887 dossiers de patients évalués, 87 %, soit 23 389 dossiers, étaient des infarctus cérébraux, parmi eux 82 % (19 113 dossiers) traçaient la date et l'heure de début des symptômes (tracée ou impossible à déterminer).

Pour le calcul de la moyenne pondérée nationale ne sont retenus que les établissements avec plus de 10 dossiers inclus soit 466 ES et 22940 dossiers.

La moyenne nationale pondérée à 87 % en 2015 a progressé de 3 points par rapport au précédent recueil de 2013.

Résultats complémentaires

Dans 38 % des dossiers, la date et/ou l'heure de survenue des symptômes est impossible à déterminer.

Sur les 20 686 dossiers de patients présentant un infarctus cérébral (IC) et non transférés, 6,31 %, soit 1 306 dossiers, comportent la trace d'un traitement thrombolytique. Dans l'échantillon le taux de thrombolyse est relativement stable par rapport à 2013 (5,57 %).

Parmi les 20 686 dossiers, 26 % (5 330) des patients sont arrivés dans l'établissement dans un délai compatible avec la thrombolyse (délai symptômes / arrivée dans l'ES inférieur à 4 h). Parmi ces patients près de 20 % (1 045) présentent la trace d'un traitement thrombolytique.

Le délai médian entre la survenue des symptômes et la thrombolyse est de 2 h 50 (2 h 52 en 2013), le délai minimum est de 1 h 07 (N = 1 077) versus 55 minutes en 2013.

Le délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la thrombolyse est de 1 h 12 (N = 1 165) versus 1 h 17 en 2013. Il est à noter que 25 % des patients thrombolysés l'ont été dans les 54 minutes suivant leur arrivée dans l'établissement versus 52 minutes en 2013 et 25 % après 1 h 39 suivant leur arrivée versus 1 h 57 en 2013. Dans notre échantillon les délais de prise en charge pour les patients thrombolysés ont peu changé entre les 2 recueils.

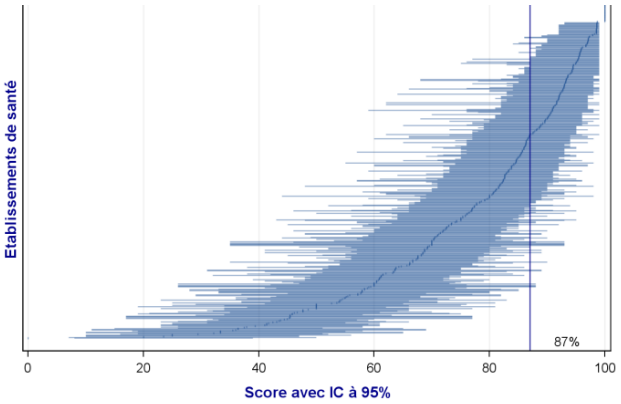
Sur le plan régional, 4 régions se démarquent en ayant une moyenne pondérée de traçabilité de la date et de l'heure de début des symptômes supérieure à la moyenne nationale qui est à 87 %, Basse Normandie 89 %, Ile de France 91 %, Pays de la Loire 93 % et Poitou Charentes 90 %. A contrario 3 régions se démarquent en ayant une moyenne pondérée inférieure à la moyenne nationale la Corse (73 %), la Guyane (79 %) et la Picardie (77 %).

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne pondérée nationale à 87 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 91 % indique que la moitié des établissements tracent la recherche des informations « date et heure de début des symptômes » dans plus de 9 dossiers sur 10. Le graphique montre une grande dispersion des établissements ce qui est confirmé par les résultats présentés dans le tableau suivant, certains établissements ne retrouvent la trace de ces informations dans aucun dossier, dans d'autres, tous les dossiers analysés comportent la trace de cette information (ou de l'impossibilité de la retrouver) (N=32).

Tableau 8 et Graphique 3. Indicateur « Date et heure de survenue des symptômes d'AVC » - Statistiques descriptives et variabilité nationale en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	**466**
Nombre de dossiers	**22 940**
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1er quartile	82 %
Médiane	91 %
3e quartile	97 %



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

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Le nombre d'établissements ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % est passé de 331 à 378 entre 2013 et 2015.

Tableau 9. Indicateur « Date et heure de survenue des symptômes d'AVC » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance - 80 % (Cf annexe I)

Année des données	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)	
	Nombre d'ES	%	Nombre d'ES	%	Nombre d'ES	%
2014	143	30,7 %	235	50,4 %	88	18,9 %
2012	115	25 %	216	46 %	138	29 %

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

Les résultats de 103 établissements (25 %) ont significativement augmenté entre les 2 recueils, 261 (65 %) ont des résultats qui sont restés stables et 41 (10 %) ont des résultats qui ont significativement diminué.

Principaux constats sur les résultats de l'indicateur « Date et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral »

- Le taux moyen national pondéré de patients hospitalisés avec un diagnostic d'Infarctus cérébral pour lesquels la recherche de la date et l'heure de début des symptômes tracée dans le dossier est de 87 %, ce qui signifie que soit la date et l'heure sont retrouvés soit il est noté dans le dossier que ces informations sont impossibles à déterminer, par exemple AVC du réveil.
- Les dates et heures de début des symptômes sont retrouvées dans 91 % des dossiers lorsque l'établissement dispose d'une UNV versus 78 % lorsque l'établissement n'en dispose pas.

Indicateur « Expertise neurovasculaire »

Description

Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC, taux de patients ayant bénéficié d'une expertise neurovasculaire.	
Définition	Les patients ayant un diagnostic d'AVC doivent bénéficier d'une expertise neurovasculaire très précoce. Cette expertise doit permettre de poser/confirmer le diagnostic d'AVC, de définir les traitements et la prise en charge à mettre en œuvre et l'orientation du patient. Dans un établissement ne disposant pas d'un médecin ayant l'expertise neurovasculaire, l'avis peut être donné via le télé AVC. L'indicateur « Expertise neurovasculaire » présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de dossiers de patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC dans lesquels la trace de l'expertise neurovasculaire est retrouvée.
Références professionnelles (1)	« La filière intrahospitalière neurovasculaire doit être organisée au préalable, coordonnée avec tous les acteurs impliqués (urgentistes, neurologues, radiologues, réanimateurs, biologistes, etc,) et formalisée avec des procédures écrites. Elle doit privilégier la rapidité d'accès à l'expertise neurovasculaire et à l'imagerie cérébrale en organisant au mieux les aspects structurels et fonctionnels. … Les patients adressés vers un établissement disposant d'une UNV doivent être pris en charge dès leur arrivée par un médecin de la filière neurovasculaire (accord professionnel). »
Diffusion publique	Non – Première campagne de recueil
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la trace de l'expertise neurovasculaire est retrouvée.
Dénominateur	Nombre de séjours d'AVC inclus

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 10. Indicateur « Expertise neurovasculaire » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2014

Campagne 2015 - Données 2014		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC.	**73 %**	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	544
	Nombre de dossiers	26 887
	Moyenne	55 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	485
	Nombre de dossiers	26 496

Méthode de calcul

Les dossiers sont considérés comme conformes lorsque les patients ont été pris en charge en UNV, via le télé AVC ou en dehors de ces prises en charge lorsque la trace d'une expertise neurovasculaire est retrouvée dans le dossier.

Pour le calcul de la moyenne pondérée nationale ne sont retenus que les établissements avec plus de 10 dossiers inclus soit 485 ES et 26 496 dossiers.

La moyenne nationale pondérée est de 73 % en 2015, cet indicateur est recueilli pour la première fois cette année.

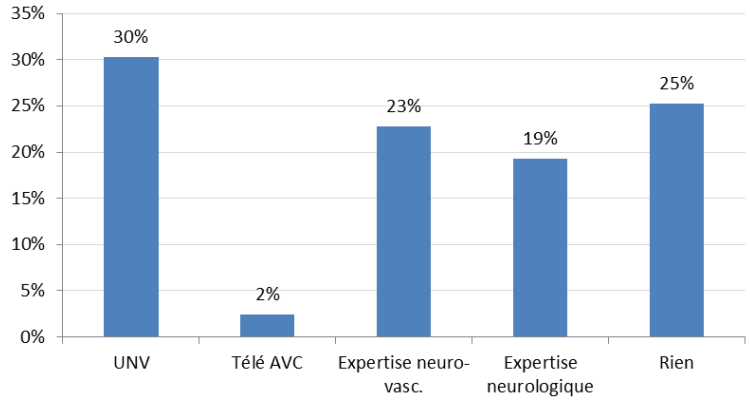
Résultats complémentaires

Parmi les 26 887 dossiers évalués, 14 920 dossiers (55 %) comportent la trace d'une expertise neurovasculaire :

- 8 141 comportaient la trace d'une prise en charge en UNV, ce qui représente près de 78 % des dossiers issus d'établissements disposant d'une UNV.
- 662 comportaient la trace d'une prise en charge via le télé AVC, ce qui représente environ 12 % des dossiers issus d'établissements disposant du télé AVC en étant requérant.
- 6 117 comportaient la trace d'une expertise neurovasculaire, sans prise en charge en UNV ou via la télé AVC, ce qui représente 55 % des dossiers de patients pris en charge dans un établissement ne disposant ni d'une UNV ni du télé AVC.

Parmi les dossiers ne comportant pas d'expertise neurovasculaire, 5 189 comportaient la trace d'un avis neurologique.
Sur l'ensemble des dossiers 6 778 ne comportent aucun avis.

Tableau 11. Répartition par type d'expertise



Pour mémoire, il est à noter que sur les 544 établissements ayant analysé des dossiers lors de la campagne 2015, 136 disposaient d'une UNV et 112 d'une installation de télé AVC. Parmi ces 112 établissements, 74 étaient requérants, 24 étaient requis et 14 étaient à la fois requérants et requis.

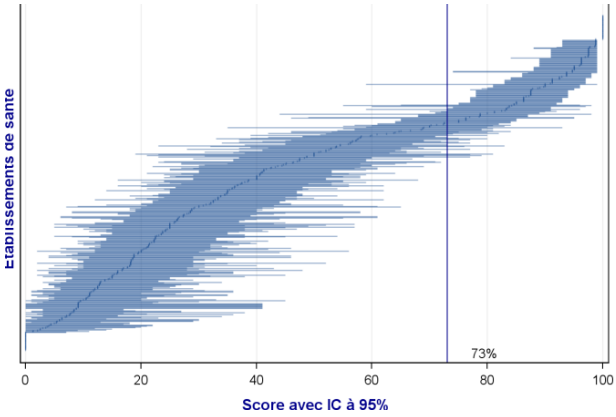
Sur le plan régional, 4 régions se démarquent particulièrement en ayant une moyenne pondérée de traçabilité de l'expertise neurovasculaire d'au moins 10 points supérieure à la moyenne nationale, la Franche Comté (83 %), la Martinique (89 %), Midi Pyrénées (85 %) et le Nord Pas de Calais (87 %). A contrario 4 régions se démarquent en ayant une moyenne pondérée d'au moins 10 points inférieure à la moyenne nationale, l'Auvergne (56 %), la Champagne Ardenne (51 %), le Limousin (50 %) et PACA (56 %), ainsi que le service de santé des armées (61 %).

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne pondérée nationale de 73 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 87 % indique que, dans la moitié des établissements, près de 9 dossiers sur 10 comportent la trace d'une expertise neurovasculaire. Le graphique montre une grande dispersion des établissements ce qui est confirmé par les résultats présentés dans le tableau suivant, certains établissements ne présentent aucun dossier comportant la trace de ces informations, dans d'autres tous les dossiers analysés en comportent la trace (N=34).

Tableau 12 et Graphique 4. Indicateur « Expertise neurovasculaire » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - données 2014 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	**485**
Nombre de dossiers	**26496**
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1er quartile	53 %
Médiane	87 %
3e quartile	96 %



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

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

- Le taux moyen national pondéré de traçabilité de l'expertise neurovasculaire est de 73 %. Cette mesure prend en compte la prise en charge en UNV, via le télé AVC ou la réalisation d'une consultation spécialisée.
- Lorsque l'établissement dispose d'une UNV, la trace de l'expertise neurovasculaire est retrouvée dans 89 % des dossiers versus 35 % des dossiers lorsque l'établissement n'en dispose pas.

Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation »

Description

Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC, taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation et/ou un avis par un médecin MPR.	
Définition	La rééducation précoce à la phase aiguë des AVC améliore le pronostic des patients. La mise en œuvre d'une rééducation adaptée nécessite une évaluation des besoins des patients et la réalisation d'un bilan par les professionnels de la rééducation. Les orthophonistes au-delà des troubles de la parole et du langage recherchent les autres troubles de la communication et des fonctions supérieures et assurent leur prise en charge. L'intervention précoce au domicile réduit le handicap du patient. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation » : présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de dossiers dans lesquels la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation (kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) et/ou d'un avis par un médecin MPR est retrouvée ou pour lesquels le patient ne présente pas de déficit.
Références professionnelles (1)	« Tout patient ayant des troubles de la motricité et/ou de la sensibilité doit bénéficier d'une évaluation et d'une prise en charge par un masseur-kinésithérapeute ». « Tout patient présentant des troubles de la déglutition doit bénéficier d'une rééducation utilisant des modifications de texture des aliments, des techniques posturales, des exercices oro-faciaux et des manœuvres de déglutition planifiée par l'orthophoniste ou le masseur kinésithérapeute en collaboration avec l'infirmier. » « Tout patient ayant des troubles de la parole et/ou du langage, oral et écrit, doit être examiné par un orthophoniste (grade B) ». « L'orthophonie consiste à prévenir, à évaluer et à traiter les difficultés ou troubles : • du langage oral et écrit et de la communication, • des fonctions oro-myo-faciales, • des autres activités cognitives dont celles liés à la phonation, à la parole, au langage oral et écrit, à la cognition mathématique. Elle consiste également à : • à maintenir les fonctions de communication et de l'oralité dans les pathologies dégénératives et neuro-dégénératives, • et à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer les fonctions verbales, » « Dans la prise en charge précoce des AVC, il est important d'avoir un diagnostic ergothérapique afin d'anticiper les problèmes liés au retour à domicile ». « L'intervention ergothérapique centrée sur le patient et l'approche réadaptative précoce favorise la participation sociale de la personne ayant eu un AVC ». « L'intervention précoce mais durable (5 mois) au domicile d'un(e) ergothérapeute réduit le handicap du patient après retour précoce au domicile (moins d'1 mois après l'AVC) ».
Diffusion publique	Oui - Diffusion publique des résultats avec l'objectif de performance fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Pas d'ajustement sur le risque nécessaire.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) et/ou d'un avis par un médecin MPR est retrouvée ou pour lesquels le patient ne présente pas de déficit.
Dénominateur	Nombre de séjours AVC inclus

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 13. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2014

Campagne 2015 - Données 2014		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC.	**77 %**	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	544
	Nombre de dossiers	26 887
	Moyenne	73 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	485
	Nombre de dossiers	26 496

La moyenne pondérée nationale a progressé de 3 points entre 2013 et 2015 passant de 74 % à 77 %.

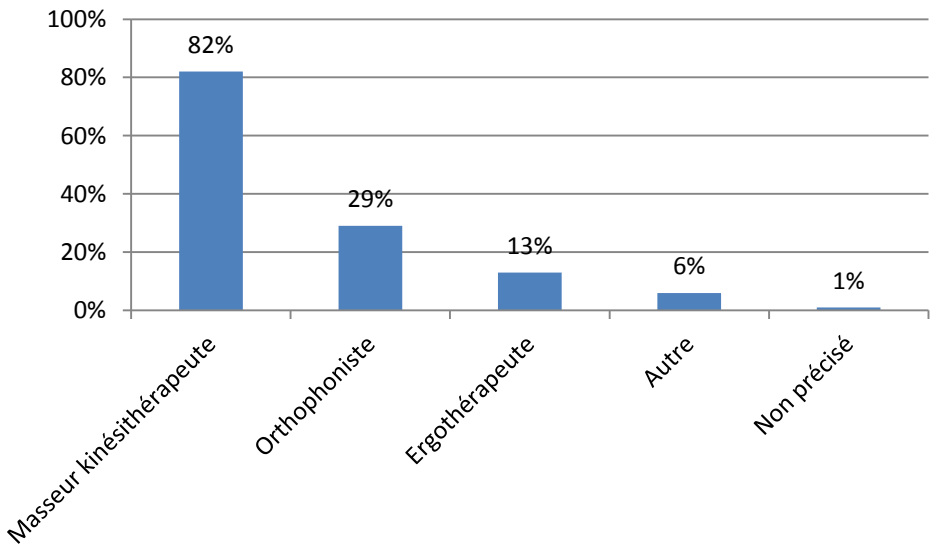
Résultats complémentaires

Parmi les 26 887 dossiers évalués :

- 7 378 dossiers (27 %) ne comportent pas d'information,
- 19 509 dossiers (73 %, versus 74 % en 2013) comportent les informations suivantes :
  - 44 % (5 713 dossiers) : déficit totalement régressif,
  - 42 % (11 370 dossiers) : évaluation par un professionnel de la rééducation seul,
  - 8 % (2 059 dossiers) : évaluation par un professionnel de la rééducation et un médecin MPR,
  - 1 % (367 dossiers) : évaluation par un médecin MPR seul,

Pour les dossiers traçant une évaluation par un professionnel de la rééducation, celle-ci est réalisée majoritairement par les masseurs kinésithérapeutes (82 %) seul ou avec un autre professionnel.

Graphique 5. Répartition des professionnels ayant réalisé ou participé l'évaluation des besoins du patient – Campagne 2015 – Données 2014



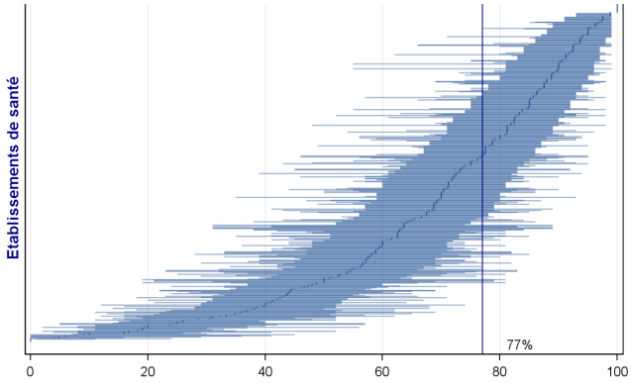
Au niveau régional, 4 régions ont une moyenne pondérée de traçabilité de l'évaluation par un professionnel de la rééducation supérieure à 80 % l'Alsace et le Languedoc Roussillon (81 %), l'Aquitaine et la Lorraine (82 %) et les Pays de Loire (83 %). A contrario, 3 régions se démarquent en ayant une moyenne pondérée inférieure à 70 %, la Guyane (32 %), la Champagne Ardenne (67 %) et La Franche Comté (69 %).

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne pondérée nationale de 77 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 83 % indique que, dans la moitié des établissements, plus de 8 dossiers sur 10 comportent la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation ou d'un déficit totalement régressif. Le graphique montre une grande dispersion des établissements, ce qui est confirmé par les résultats présentés dans le tableau suivant, certains établissements ne présentent aucun dossier comportant ces informations, dans d'autres tous les dossiers analysés comportent cette information (N=14).

Tableau 14 et Graphique 6. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 données 2014 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	**485**
Nombre de dossiers	**26 496**
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1er quartile	70 %
Médiane	83 %
3e quartile	90 %



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

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Le nombre d'établissements ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % est passé de 286 à 320 entre 2013 et 2015, passant de 59 % à 66 % des établissements ayant participé au recueil des indicateurs à chaque campagne.

Tableau 15. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance - 80 % (Cf annexe I)

Année des données	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)	
	Nombre d'ES	%	Nombre d'ES	%	Nombre d'ES	%
2014	84	17,3 %	236	48,7 %	165	34 %
2012	66	14 %	220	45 %	198	41 %

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

Les résultats de 98 établissements (23,5 %) ont significativement augmenté entre les 2 recueils, 262 (62,8 %) ont des résultats qui sont restés stables et 57 (13,7 %) ont des résultats qui ont significativement diminué.

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

- Le taux moyen pondéré national de traçabilité d'une évaluation par un professionnel de la rééducation au cours de l'hospitalisation en MCO, ou d'un déficit totalement régressif, est de 77 %.
- Cette évaluation est réalisée le plus souvent par un masseur kinésithérapeute (82 %).
- Lorsque l'établissement dispose d'une UNV, cette information est retrouvée dans 81 % des dossiers versus 68 % lorsque l'établissement n'en dispose pas.

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

Description

Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC, taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour suivant le jour de l'admission	
Définition	La rééducation précoce à la phase aigüe de l'AVC améliore le pronostic des patients. La mise en œuvre d'une rééducation adaptée nécessite une évaluation par un professionnel de la rééducation (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) des besoins des patients. Celle-ci doit être réalisée dans les plus brefs délais, les recommandations préconisent que ce soit fait dans les 24 premières heures suivant la prise en charge. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour » : présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de dossiers comportant une évaluation par un professionnel de la rééducation et pour lesquels cette évaluation a été réalisée le 1er jour suivant le jour de l'admission.
Références professionnelles (10)	« Dès le début de l'hospitalisation post-AVC, il est nécessaire de débuter le plus rapidement possible les soins associant kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie et selon les besoins psychologie. L'objectif est d'entreprendre la rééducation dès les premiers jours qui suivent l'AVC, le plus souvent dans les 24 premières heures, et ce malgré d'éventuels troubles de la vigilance. Les gains n'apparaissent qu'après des temps de rééducation suffisamment longs. »
Diffusion publique	Non – Première campagne de recueil
Type d'indicateur	Indicateurs de processus. Pas d'ajustement sur le risque nécessaire.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) est retrouvée le 1er jour suivant le jour de l'admission.
Dénominateur	Nombre de séjours d'AVC inclus avec une évaluation par un professionnel de la rééducation. Les patients dont le déficit est totalement régressif sont exclus.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 16. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2014

Campagne 2015 - Données 2014		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC.	**22 %**	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	506
	Nombre de dossiers	13 796
	Moyenne	22 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	363
	Nombre de dossiers	13 095

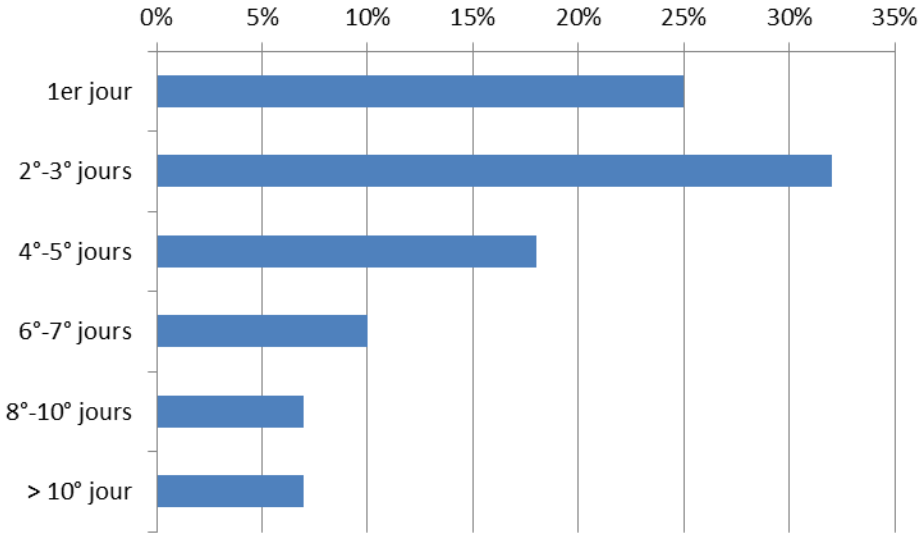
Méthode de calcul

Les 13 796 dossiers évalués sont les dossiers dans lesquels une évaluation par un professionnel de la rééducation et/ou par un médecin MPR est retrouvée. Sont exclus du calcul du résultat de l'indicateur les dossiers traçant un déficit totalement régressif.

Pour le calcul de la moyenne pondérée nationale ne sont retenus que les établissements avec plus de 10 dossiers inclus soit 363 ES et 13 095 dossiers.

La moyenne pondérée nationale est de 22 %. Cet indicateur est recueilli pour la première fois en 2015, en 2013 l'indicateur mesurait le taux de réalisation de cette évaluation dans les 3 jours suivant l'admission. Ce résultat ne concerne que les dossiers de patients ayant bénéficié d'une évaluation par un professionnel de la rééducation. Cette évaluation réalisée dans les 3 jours suivant l'admission est tracée dans plus de 57 % des dossiers versus 51 % en 2013.

Graphique 7. Répartition des délais d'évaluation par un professionnel de la rééducation dans l'ensemble des dossiers analysés – Campagne 2015 – Données 2014

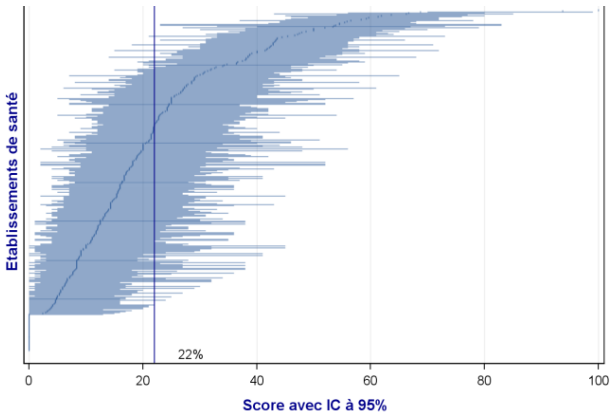


Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne pondérée nationale de 22 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 20 % indique que dans la moitié des établissements 2 dossiers sur 10 comportent la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour suivant l'admission. Le graphique montre une grande dispersion des établissements ce qui est confirmé par les résultats présentés dans le tableau suivant, certains établissements ne présentent aucun dossier comportant ces informations, dans un établissement tous les dossiers analysés comportent cette information (N=1).

Tableau 17 et Graphique 8. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 données 2014 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	**363**
Nombre de dossiers	**13 095**
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1er quartile	11 %
Médiane	20 %
3e quartile	30 %



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

Principaux constats sur les résultats des indicateurs « Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour »

- Le taux moyen pondéré national de traçabilité de l'Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour suivant le jour de l'admission est de 22 %.
- Lorsque l'établissement dispose d'une UNV, cette information est retrouvée dans 24 % des dossiers versus 18 % lorsque l'établissement n'en dispose pas.

Indicateur « Dépistage des troubles de la déglutition »

Description

Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC, taux de patient ayant eu un dépistage des troubles de la déglutition	
Définition	Les troubles de la déglutition sont fréquents en post-AVC et responsables de pneumopathies d'inhalation dont la prévention passe par un dépistage systématique avant toute alimentation liquide ou solide. Ce dépistage doit être réalisé par un personnel formé, les infirmiers en charge du patient peuvent réaliser ce dépistage mais un orthophoniste ou un masseur kinésithérapeute devra ensuite réaliser le bilan. Indicateur « Dépistage des troubles de la déglutition » : présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de dossiers comportant la trace d'un dépistage des troubles de la déglutition.
Références professionnelles (1)	« L'AVC peut entraîner de nombreuses complications que l'ensemble de l'équipe doit anticiper très rapidement et tout au long de la prise en charge. L'équipe s'implique en particulier dans la prévention et le traitement des : – troubles de la déglutition ; … » « Si l'état de vigilance le permet, le patient doit bénéficier d'une évaluation de la déglutition (grade B) au cours des premières 24 heures, avant la première alimentation. L'évaluation de la déglutition est réalisée au lit du patient par un soignant entraîné, à l'aide d'un test simple validé (grade B). Un matériel d'aspiration doit être disponible dans la chambre du patient pendant cet examen. Les membres de l'équipe responsables de cette évaluation doivent recevoir une formation appropriée (grade C). Tout patient présentant des troubles de la déglutition à ce premier test doit être ensuite examiné, sur prescription médicale, par l'orthophoniste ou le masseur-kinésithérapeute formé, pour approfondir l'évaluation. La réalimentation du patient ayant des troubles de la déglutition fait appel à un personnel formé. Des précautions spécifiques sont nécessaires, notamment sur la consistance de l'alimentation et des liquides à adopter (grade A). »
Diffusion publique	Non – Première campagne de recueil
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la trace du dépistage des troubles de la déglutition est retrouvé.
Dénominateur	Nombre de séjours d'AVC inclus

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 18. Indicateur « Dépistage des troubles de la déglutition » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2014

Campagne 2015 - Données 2014		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC.	**60 %**	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	544
	Nombre de dossiers	26 887
	Moyenne	53 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	485
	Nombre de dossiers	26 496

La moyenne pondérée nationale de traçabilité du dépistage des troubles de la déglutition en 2015 est de 60 %, cet indicateur est recueilli pour la première fois cette année.

Résultats complémentaires

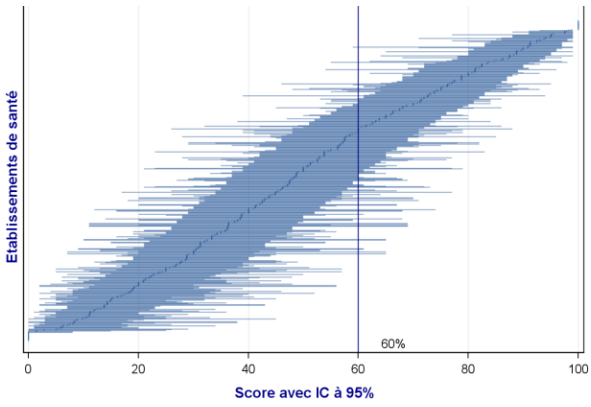
Sur le plan régional 2 régions se démarquent particulièrement en ayant une moyenne pondérée de traçabilité du dépistage des troubles de la déglutition supérieure de plus de 10 points à la moyenne pondérée nationale, l'Aquitaine (79 %) et la Martinique (78 %). A contrario, 4 régions se démarquent en ayant une moyenne pondérée inférieure de plus de 10 points à la moyenne pondérée nationale, la Basse Normandie et le Centre (47 %), la Corse (44 %) et la Guyane (27 %).

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne pondérée de 60 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 63 % indique que dans la moitié des établissements 6 dossiers sur 10 comportent la trace d'un dépistage des troubles de la déglutition. Le graphique montre une grande dispersion des établissements ce qui est confirmé par les résultats présentés dans le tableau suivant, certains établissements ne présentent aucun dossier comportant ces informations, dans d'autres tous les dossiers analysés comportent cette information (N=13).

Tableau 19 et Graphique 9. Indicateur « Dépistage des troubles de la déglutition » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 données 2014 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	**485**
Nombre de dossiers	**26 496**
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1er quartile	44 %
Médiane	63 %
3e quartile	79 %



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

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

- Le taux moyen national pondéré de traçabilité du dépistage des troubles de la déglutition est de 60 %. Ce dépistage devrait être tracé dans le dossier systématiquement pour tout patient ayant fait un AVC, ce dépistage doit être réalisé avant toute alimentation afin d'éviter les pneumopathies d'inhalation.
- Lorsque l'établissement dispose d'une UNV, cette information est retrouvée dans 66 % des dossiers versus 46 % lorsque l'établissement n'en dispose pas.

Indicateur « Transfert en SSR spécialisé »

Description

Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC, taux de patients ayant été transférés dans un SSR spécialisé « Affection du système nerveux » ou « Gériatrie »	
Définition	Les patients présentant un déficit de gravité moyenne ou sévère doivent bénéficier d'une filière organisée vers la structure de soins de suite et réadaptation (SSR) la plus adaptée à leur pronostic fonctionnel. Le choix de la structure spécialisée SSR « Affection du système nerveux » ou « Gériatrie » dépend du patient et de ses capacités de récupération. La décision de transfert et le choix du type de SSR est fait en coopération entre le neurologue et le médecin de médecine physique et de réadaptation et/ou le gériatre. L'indicateur « Transfert en SSR spécialisé »[7] présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients pour lesquels la trace d'un transfert dans un SSR spécialisé « affection du système nerveux » ou « gériatrie » est retrouvée.
Références professionnelles (11)	« Impératif organisationnel : précocité de l'orientation et meilleur délai possible de transfert afin d'assurer la fluidité de la filière et de faire bénéficier le plus grand nombre de patients d'une prise en charge par une structure dédiée… »
Diffusion publique	Non – Résultats non imputables aux ES
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Indicateur de filière sans diffusion publique. Ajustement sur le risque : non.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels un transfert en SSR « Affection du système nerveux » ou « Gériatrie » est retrouvé.
Dénominateur	Nombre de séjours d'AVC transférés en SSR

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

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

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 20. Indicateur « Transfert en SSR spécialisé » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2014

Campagne 2015 - Données 2014		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC.	**70 %**	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	526
	Nombre de dossiers	9 396
	Moyenne	60 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	366
	Nombre de dossiers	8 623

La moyenne nationale pondérée de traçabilité du transfert en SSR spécialisé en 2015, est de 70 %, cet indicateur est recueilli pour la première fois cette année. Cela indique que parmi les patients transférés en SSR 70 % le sont en SSR spécialisé soit « Affection du système nerveux » soit « Gériatrie ».

Tableau 21. Age moyen par type de SSR

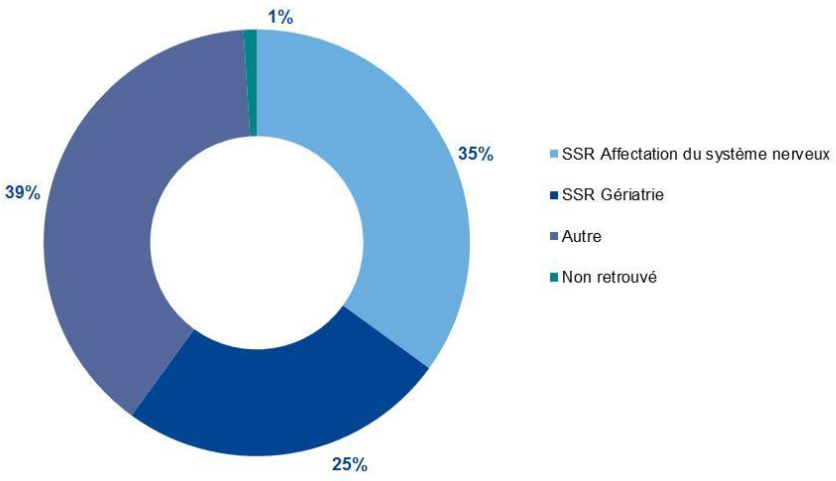
Type de SSR ou le patient a été transféré ou muté	Nombre de dossiers	Âge moyen	Âge médian
SSR spécialisé Affection du système nerveux	3 256	71	73
SSR spécialisé Gériatrie	2 356	84,1	85
Autres SSR	3 690	81	83
Non retrouvé	94	76,7	81

Résultats complémentaires

34 % des dossiers (9 396) évalués pour ce recueil tracent un transfert en SSR versus 35 % en 2013.

Le taux de transfert en SSR reste stable entre les 2 recueils, cependant le taux de patients transférés en SSR spécialisé a un peu augmenté, 60 % en 2015 versus 57 % en 2013, en particulier vers le SSR « Affection du système nerveux » ,35 % en 2015 versus 31 % en 2013.

Distribution des patients par type d'établissements SSR



Le délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et le transfert en SSR est de 14 jours, ce calcul est possible pour 9 236 dossiers.

Le délai médian entre la 1ère demande de transfert et le transfert en SSR est de 7 jours, ce calcul est possible pour 6 887 dossiers, le délai était le même en 2013.

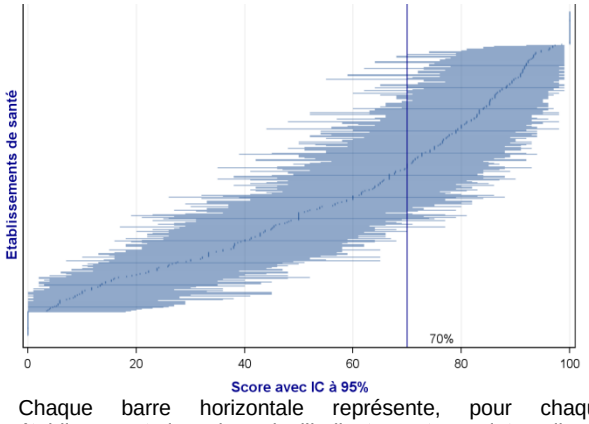
Le délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la 1ère demande de transfert en SSR est de 6 jours, ce calcul est possible pour 6 959 dossiers.

Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne pondérée de 70 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 79 % indique que dans la moitié des établissements près de 8 dossiers sur 10 de patients transférés comportent la trace d'un transfert en SSR spécialisé. Le graphique montre une grande dispersion des établissements ce qui est confirmé par les résultats présentés dans le tableau suivant, certains établissements ne présentent aucun dossier comportant ces informations, dans d'autres tous les dossiers analysés comportent cette information (N=37).

Tableau 22 et Graphique 10. Indicateur «Transfert en SSR spécialisé » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 données 2014 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	**366**
Nombre de dossiers	**8 623**
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1er quartile	57 %
Médiane	79 %
3e quartile	88 %



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

Principaux constats sur les résultats des indicateurs « Transfert en SSR spécialisé »

- Cet indicateur est un indicateur de parcours. Les résultats qui en découlent ne sont donc pas totalement imputables à l'établissement ayant réalisé le recueil. Dans ce contexte, aucun comparatif inter-établissement n'a été restitué.
- Pour les patients ayant été transférés en SSR, le taux moyen national pondéré de patients ayant été transféré dans un SSR spécialisé « affection du système nerveux » ou « gériatrie » est de 70 %.
- Lorsque l'établissement dispose d'une UNV, cette information est retrouvée dans 77 % des dossiers versus 53 % lorsque l'établissement n'en dispose pas.

Indicateur « Traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie »

Description

Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'infarctus cérébral, taux de patient ayant une prescription appropriée de traitement antiagrégant ou anticoagulant à la sortie de MCO	
Définition	En règle générale après un Infarctus cérébral les patients doivent bénéficier d'un traitement antiagrégant ou anticoagulant en prévention des récidives. Le choix du traitement est fonction de l'étiologie de l'AVC. Indicateur « Traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie » : présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients avec un diagnostic d'infarctus cérébral pour lesquels la trace d'un traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie est retrouvée.
Références professionnelles (1)	« Un traitement anticoagulant oral est recommandé chez les patients ayant présenté un infarctus cérébral ou un AIT associé à une fibrillation atriale non valvulaire, paroxystique ou permanente (grade A). Les médicaments possibles sont les AVK (avec un INR entre 2 et 3), ou les anticoagulants oraux non AVK (dabigatran, rivaroxaban ou apixaban). » « Ces médicaments ont notamment l'AMM dans la prévention des accidents thrombo-emboliques en cas de fibrillation auriculaire non valvulaire, lorsque celle-ci est associée à au moins un des facteurs de risque suivants : antécédent d'AVC, d'accident ischémique transitoire ou d'embolie systémique ; … Ces médicaments ne nécessitent pas de contrôle biologique. La dose à administrer est fixe. La prescription des anticoagulants oraux non AVK ne doit pas être privilégiée par rapport à celle des AVK. En effet : On ne dispose pour l'instant d'aucun moyen de mesurer en pratique courante le degré d'anticoagulation qu'ils induisent. Les tests d'hémostase courants ne reflètent pas le niveau d'anticoagulation. Du fait de la brièveté de leur demi-vie, plus courte que celle des AVK, leur action est très sensible à l'oubli d'une prise. Il n'existe pour l'instant pas d'antidote en cas de surdosage. » Un infarctus cérébral ou un AIT compliquant un infarctus du myocarde justifient un traitement anticoagulant en cas de fibrillation auriculaire associée ou de thrombus intracardiaque (ne pas associer AVK et antiagrégant plaquettaire) (grade B). En cas d'infarctus cérébral ou d'AIT associé à un foramen ovale perméable (FOP) un traitement antithrombotique est recommandé (AE). Un traitement antiplaquettaire est recommandé en première intention (AE). En cas de pathologie thromboembolique veineuse concomitante un traitement par anticoagulant oral est recommandé (AE). Les anticoagulants oraux AVK sont recommandés après un infarctus cérébral ou un AIT compliquant un rétrécissement mitral rhumatismal (AE). En cas d'infarctus cérébral ou d'AIT chez un sujet porteur d'un prolapsus de la valve mitrale isolé ou de calcifications valvulaires, un traitement par antiagrégant plaquettaire est recommandé (AE). Un traitement par anticoagulant est recommandé en cas de fibrillation auriculaire associée (AE).

	Après un infarctus cérébral ou un AIT d'origine non cardioembolique, l'utilisation d'un traitement antiagrégant plaquettaire est recommandée pour réduire le risque de récidive d'AVC (grade A). Le traitement recommandé après un infarctus cérébral ou un AIT est : l'aspirine à 75-325 mg/j (grade A) ; ou le clopidogrel 75 mg/j (grade B). En cas d'athérosclérose sévère avec élément mobile et/ou thrombus, un traitement anticoagulant par AVK de plusieurs semaines peut être envisagé (AE). Chez des patients ayant un infarctus cérébral ou un AIT secondaire à une dissection artérielle cervicale, la prescription d'un traitement antithrombotique est recommandée (AE). La décision de prescrire un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire est à prendre au cas par cas en fonction des caractéristiques cliniques, radiologiques, et des comorbidités (AE). Le traitement antithrombotique pourra être arrêté après recanalisation de l'artère. En cas de sténose ou dilatation anévrysmale résiduelle, un traitement antiagrégrant plaquettaire au long cours est recommandé (AE).
Diffusion publique	Non - Première campagne de recueil
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels une prescription appropriée de traitement antiagrégant ou anticoagulant est retrouvée à la sortie de MCO. Les prescriptions à rechercher sont : • Anti agrégant plaquettaire • Anti Vitamine K • NACO/AOD (anticoagulants oraux directs) • Héparine à dose curative Le traitement approprié permet de répondre positivement à la question lorsque le patient ne nécessite pas de traitement.
Dénominateur	Nombre de séjours d'infarctus cérébraux inclus.

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 23. Indicateur « Traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2014

Campagne 2015 - Données 2014		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC.	**97 %**	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	542
	Nombre de dossiers	23 389
	Moyenne	97 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	466
	Nombre de dossiers	22 940

La moyenne nationale pondérée de la traçabilité de la prescription d'un traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie en 2015 est de 97 %. Cet indicateur est recueilli pour la première fois cette année. Les résultats montrent que la grande majorité des patients ayant eu un infarctus cérébral bénéficient d'une prescription d'anticoagulant ou d'antiagrégant après la prise en charge de la phase aigüe de l'AVC.

Résultats complémentaires

Les traitements prescrits sont :

- Anti agrégant plaquettaire 17 544 dossiers (80 %)
- Anti vitamines K 3490 dossiers (16 %)
- Anti coagulants oraux directs 1 365 dossiers (6 %)
- Héparine à dose curative 1 172 dossiers (5 %)
- Traitement antiagrégant et anticoagulant 1348 dossiers (6 %)

Sur le plan régional, 2 régions présentent une moyenne pondérée de traçabilité d'un traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie inférieur à 90 %, la Corse, 84 % et la Réunion, 88 %.

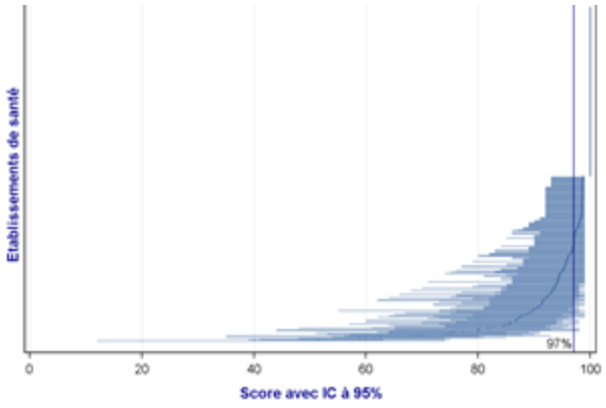
Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne pondérée de 97 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 99 % indique que dans la moitié des établissements près de la totalité des dossiers comportent la trace d'une prescription d'un traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie. Le graphique ci-dessous montre que 236 établissements présentent un taux de 100 %, quelques établissements ne comportent pas de trace de cette prescription dans tous leurs dossiers.

Une analyse de résultats permettra de définir si les dossiers dans lesquels il n'y a pas de trace de la prescription sont des dossiers de patients transférés en SSR, auquel cas il serait important de s'assurer que ces patients sortent de SSR avec cette prescription.

Tableau 24 et Graphique 11. Indicateur « Traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - données 2014 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	**466**
Nombre de dossiers	**22 940**
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1er quartile	97 %
Médiane	99 %
3e quartile	100 %



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

Principaux constats sur les résultats des indicateurs « Traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie »

- Le taux moyen pondéré national de dossiers de patients hospitalisés avec un diagnostic d'Infarctus cérébral pour lesquels la trace d'un traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie est retrouvé est de 97 %.
- Lorsque l'établissement dispose d'une UNV, cette information est retrouvée dans 98 % des dossiers versus 97 % lorsque l'établissement n'en dispose pas.

Indicateur « Programmation d'une consultation post-AVC »

Description

Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC, taux de patient ayant une consultation avec un médecin de la filière AVC (Neurologue, médecin MPR ou gériatre) programmée dans les 6 mois suivant sa sortie de MCO	
Définition	Après un AVC tous les patients doivent bénéficier d'une consultation à distance de la prise en charge en MCO, même si les patients avaient des déficits totalement régressifs. Cette consultation est réalisée par un médecin de la filière AVC, neurologue, médecin de médecine physique réadaptation ou gériatre, elle pourra être pluriprofessionnelle si le patient le nécessite. Elle doit être programmée dès la sortie du patient du secteur MCO. Elle a pour objet de faire un bilan des besoins du patient en terme de rééducation et d'ajuster le traitement de prévention des facteurs de risque. Pour les patients pris en charge initialement hors filière elle permet de les réintégrer dans la filière. L'indicateur « Programmation d'une consultation post-AVC » présenté sous la forme d'un taux, évalue la proportion de patients pour lesquels la trace d'une consultation programmée avec un médecin de la filière AVC (Neurologue, médecin MPR ou gériatre) dans les 6 mois suivant la sortie de MCO est retrouvée.
Références professionnelles (1)	La consultation « bilan » est médicale mais également rééducative, psychologique, neuropsychologique et sociale, elle est au mieux pluridisciplinaire et associe médecins et professionnels paramédicaux et médico-sociaux. « Elle vise, notamment par l'emploi de grilles de dépistage, à explorer les dimensions physique (aspects moteur, sensitif, sensoriel), cognitive, viscérale (déglutition, sphère uro-génitale, désadaptation). psychologique du patient et de son entourage. Elle est une étape dans l'éducation thérapeutique, l'information et le contrôle des facteurs de risques. Elle est intégrée dans le dossier médical personnel de chaque patient (DMP). Cette consultation a comme double objectif : - d'adapter le suivi de chaque personne à sa situation, en l'orientant s'il y a lieu vers les professionnels adéquats, de contribuer à sa réinsertion sociale et socioprofessionnelle ; … Elle est réalisée entre deux et six mois après l'AVC et s'adresse à tous les patients, afin justement de repérer des déficiences passées jusqu'alors inaperçues, mais sources de handicaps et d'une désadaptation sociale secondaires ou supplémentaires.
Diffusion publique	Non – Première campagne nationale
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la programmation d'une consultation avec un médecin de la filière AVC (Neurologue, médecin MPR ou gériatre) dans les 6 mois suivant la sortie de MCO est retrouvée.
Dénominateur	Nombre de séjours d'AVC inclus

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 25. Indicateur « Programmation d'une consultation post-AVC » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2014

Campagne 2015 - Données 2014		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC.	**49 %**	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	544
	Nombre de dossiers	26 887
	Moyenne	37 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nombre d'ES	485
	Nombre de dossiers	26 496

La moyenne nationale pondérée de la traçabilité de la programmation d'une consultation post-AVC avec un neurologue, un médecin MPR ou un gériatre, en 2015 est de 49 %, cet indicateur est recueilli pour la première fois cette année.

Résultats complémentaires

La trace de la programmation d'une consultation post-AVC est retrouvée dans 34 % des dossiers de patients transférés en SSR (N=9396). Il serait important de s'assurer que ces patients sortent de SSR avec une consultation programmée.

Volume d'activité de l'établissement (année 2014)	Nombre d'ES	Pourcentage de dossiers avec consultation post-AVC programmée
Moins de 30 cas	87	19 %
Entre 30 et 99 cas	172	20 %
Entre 100 et 299 cas	128	36 %
300 cas ou plus	98	58 %

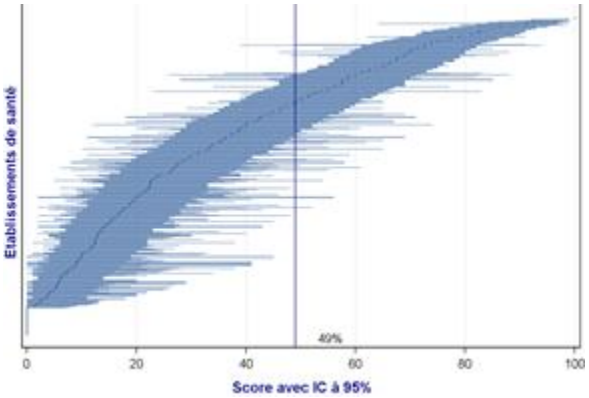
Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne pondérée de 49 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 52 % indique que dans la moitié des établissements plus de la moitié des dossiers comportent la trace d'une consultation post-AVC programmée.

Le graphique montre une grande dispersion des établissements ce qui est confirmé par les résultats présentés dans le tableau suivant, certains établissements ne présentent aucun dossier comportant ces informations, dans d'autres tous les dossiers analysés comportent cette information (N = 2).

Tableau 26 et Graphique 12. Indicateur « Programmation d'une consultation post-AVC » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 données 2014 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 10 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	**485**
Nombre de dossiers	**26 496**
Min ES	0 %
Max ES	100 %
1er quartile	29 %
Médiane	52 %
3e quartile	68 %



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

Principaux constats sur les résultats des indicateurs « Programmation d'une consultation post-AVC »

- le taux moyen national pondéré de dossiers de patients traçant une consultation post-AVC programmée dans les 6 mois après leur sortie de MCO avec un neurologue, un médecin MPR ou un gériatre, est de 49 %.
- Lorsque l'établissement dispose d'une UNV, cette information est retrouvée dans 58 % des dossiers versus 28 % lorsque l'établissement n'en dispose pas.

Indicateur « Tenue du dossier patient »

Description

<table>
<tr><td colspan="2">Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC, score de conformité du contenu du dossier des patients pris en charge pour un AVC.</td></tr>
<tr><td>Définition</td><td>Cet indicateur évalue la tenue du dossier des patients hospitalisés pour AVC, et est présenté sous la forme d'un score de qualité, calculé à partir de 8 critères. La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score est proche de 100.

Indicateur diffusé publiquement.

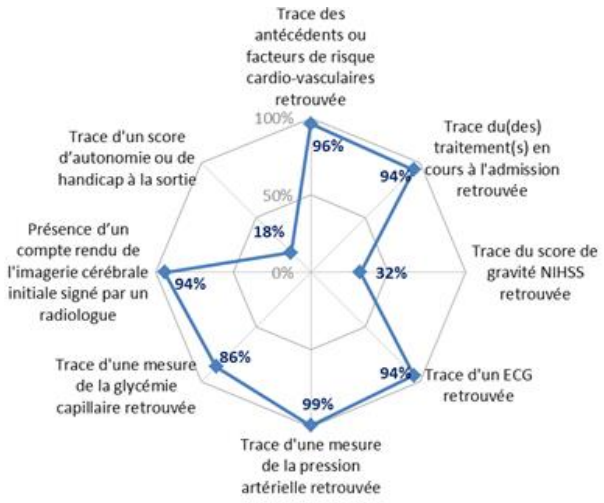
Les 8 critères évalués sont :
• Dans l'heure suivant l'admission :
➔ Antécédents ou facteurs de risque cardio-vasculaires ;
➔ Traitement habituel ;
➔ Score de gravité NIHSS ;
➔ Électrocardiogramme ;
➔ Pression artérielle ;
➔ Mesure de la glycémie capillaire
• Au cours de l'hospitalisation :
➔ Compte rendu de l'imagerie cérébrale initiale signé par un radiologue.
• A la sortie :
➔ Pour les patients dont le déficit n'était pas totalement régressif : score d'autonomie ou de handicap (RANKIN, Barthel, échelle SOFMER, AGGIR, …) à la sortie.</td></tr>
<tr><td>Références professionnelles (1)</td><td>« La bonne tenue du dossier du patient contribue à la continuité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la qualité de la pratique professionnelle. Le dossier est également un support privilégié de l'évaluation des pratiques. Il est enfin un outil d'enseignement et de recherche pour les professionnels de santé. Pour ces raisons, l'amélioration du dossier est une thématique constante des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins dans les établissements de santé. »</td></tr>
<tr><td>Diffusion publique</td><td>Oui - Diffusion publique des résultats avec l'objectif de performance fixé à 80 % soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations</td></tr>
<tr><td>Type d'indicateur</td><td>Nombre d'items conformes pour chaque dossier.</td></tr>
<tr><td>Numérateur</td><td>Indicateur de processus.
Ajustement sur le risque : non.</td></tr>
<tr><td>Dénominateur</td><td>Nombre d'items évalués pour chaque dossier.</td></tr>
<tr><td>Calcul du score</td><td>Moyenne des conformités calculées par dossier.</td></tr>
</table>

Analyse nationale des informations recueillies

Tableau 27. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2014

Campagne 2015 - Données 2014		
Moyenne nationale pondérée La moyenne pondérée prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC.	**82 %**	
Ensemble des dossiers évalués	Nombre d'ES	530
	Nombre de dossiers	23 576
	Moyenne	78 %
ES avec plus de 30 dossiers	Nombre d'ES	335
	Nombre de dossiers	21 166

Graphique 13. Critères composant le score de la « Tenue du dossier patient »



La moyenne pondérée nationale de la tenue du dossier patient est de 82 % en 2015. En 2013, le score était de 87 % mais les résultats ne sont pas comparables, en 2015 un critère concernant le score d'autonomie ou de handicap à la sortie ayant été ajouté. Sans ce critère, le taux moyen pondéré est de 88 %.

Informatisation du dossier

Le dossier du patient en France reste faiblement informatisé même si l'on constate une progression entre les 2 recueils. Sur l'échantillon tiré au sort, 23 % des dossiers sont informatisés en totalité versus 13 % en 2013, 71 % le sont partiellement versus 78 % en 2013 et 6 % ne le sont pas versus 9 % en 2013.

Éléments informatisés du dossier :

- Observation médicale 37 % versus 26 % en 2013
- Compte rendu des urgences 72 % versus 60 % en 2013
- Imagerie cérébrale initiale 78 % versus 60 % en 2013
- Compte rendu de l'imagerie cérébrale initiale 85 % versus 75 % en 2013
- Prescriptions médicamenteuses 78 % versus 63 % en 2013
- Administrations médicamenteuses 75 % versus 57 % en 2013
- Demande de SSR 60 % versus 30 % en 2013
- Courrier de fin d'hospitalisation 93 % versus 85 % en 2013

Résultats complémentaires

Les informations sont bien retrouvées dans les dossiers puisque les taux se situent entre 94 % et 99 % pour 5 des items (antécédents ou facteurs de risque cardio-vasculaires, traitement habituel, électrocardiogramme, pression artérielle, compte rendu de l'imagerie cérébrale initiale signé par un radiologue). En 2013, ces mêmes items présentaient des taux de conformité identiques ou presque entre 92 % et 99 %.

Que l'établissement dispose ou non d'une UNV, les scores sont très proches pour les 5 items ci-dessus.

Le taux de traçabilité de la mesure de la glycémie capillaire a progressé entre les 2 recueils il est passé de 83 % des dossiers en 2013 à 86 % en 2015. Lorsque l'établissement dispose d'une UNV il est retrouvé dans 92 % des cas, et dans 83 % quand il n'en dispose pas.

Le taux de traçabilité du score NIHSS a progressé également entre les 2 recueils même s'il est encore faible en 2015, il est de 32 % des dossiers analysés versus 27 % en 2013. Lorsque l'établissement dispose d'une UNV il est retrouvé dans 58 % des cas, et dans 15 % quand il n'en dispose pas.

En 2015, pour la première année, la traçabilité de l'évaluation d'un score d'autonomie ou de handicap à la sortie pour les patients dont le déficit n'était pas totalement régressif a été ajoutée à l'indicateur dossier patient AVC. Le taux de traçabilité de cet item est à 18 %.

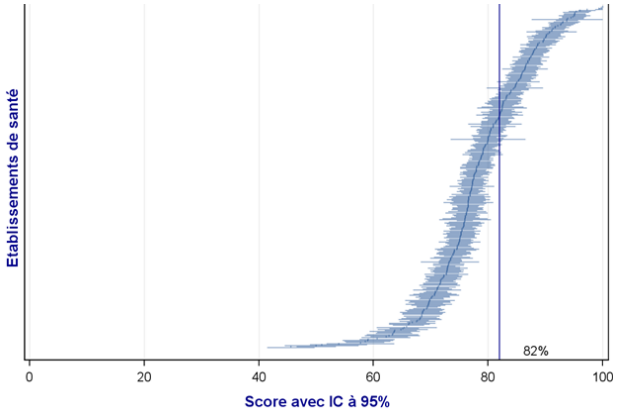
Distribution des établissements en fonction de leur résultat

La moyenne pondérée de 82 % prend en compte le poids de chaque établissement dans la prise en charge des AVC en France. D'autres résultats sont à prendre en compte. La médiane à 82 % indique que dans la moitié des établissements plus de 8 dossiers sur 10 comportent la trace des informations requises.

Le graphique montre une faible dispersion des établissements ce qui est confirmé par les résultats présentés dans le tableau suivant, les ¾ des établissements présentent des résultats supérieurs à 76 % des dossiers comportant les informations.

Tableau 28 et Graphique 14. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 données 2014 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015

ES avec plus de 30 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	
Nombre ES	**335**
Nombre de dossiers	**21 166**
Min ES	46 %
Max ES	100 %
1er quartile	76 %
Médiane	82 %
3e quartile	88 %



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

Classement des établissements

Classement des établissements en fonction de l'objectif de performance

Les résultats par rapport à la campagne de 2013 ne sont pas comparables en raison de l'ajout du critère concernant le score d'autonomie ou de handicap.

Tableau 29. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance - 80 % (Cf annexe I)

Année des données	Classe A (+)		Classe B (=)		Classe C (-)	
	Nombre d'ES	%	Nombre d'ES	%	Nombre d'ES	%
2014	93	28	91	27	151	45

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

- La valeur du score moyen national de la tenue du dossier patient est de 82 %.
- Lorsque l'établissement dispose d'une UNV le score moyen est de 84 % versus 76 % lorsque l'établissement n'en dispose pas.
- 13 % des dossiers analysés comportent l'ensemble des informations.

Bilan et perspectives

Fin 2014, le plan AVC initié en 2010 par le ministère de la Santé s'est terminé, il a impulsé dans les établissements de santé des démarches ayant pour objectif d'améliorer la prise en charge de ces patients. De premiers résultats sont visibles au travers des résultats des indicateurs. La sensibilisation des professionnels à la rapidité de la prise en charge, la mise en place de filières et du télé AVC permet à un nombre plus important de patients de bénéficier d'une prise en charge et d'un suivi adaptés à leurs besoins.

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

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

La démarche d'amélioration de la prise en charge des AVC se poursuit dans les établissements de santé. En 2015, six nouveaux indicateurs ont été recueillis ce qui permet d'analyser le parcours intra hospitalier des patients hospitalisés pour un AVC durant la phase aigüe de la prise en charge.

Principaux résultats du recueil

En 2015, la participation des établissements est optimale :

- Un seul établissement devant réaliser le recueil n'a pas participé à la campagne.
- 26887 dossiers ont pu être analysés.

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

Les établissements disposant d'une UNV présentent de meilleurs résultats pour la majorité des indicateurs que les établissements sans UNV.

Les indicateurs généralisés sont pertinents :

- La variabilité inter-établissements des résultats est importante pour la plupart des indicateurs.
- La variabilité entre les régions existe au niveau de la plupart des indicateurs.
- Les résultats montrent une marge d'amélioration réelle.

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

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

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

Le délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale est de 1 h 06 en Nord Pas de Calais en Midi Pyrénées, Il est de moins de 1 h 30 dans 5 autres régions, Alsace, Aquitaine, Corse, Guyane et Midi Pyrénées.

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

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

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

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

La traçabilité de la date et de l'heure de début des symptômes est supérieure à la moyenne nationale dans 4 régions : Basse Normandie, Ile de France, Pays de la Loire et Poitou Charentes.

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

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

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

La traçabilité de l'expertise neurovasculaire est supérieure à 80 % dans les régions Aquitaine, Franche Comté, Guadeloupe, Ile de France, Martinique, Midi Pyrénées, Nord Pas de Calais et Picardie.

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

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

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

La traçabilité de l'évaluation par un professionnel de la rééducation et/ou un médecin MPR est supérieure à 80 % dans les régions Alsace, Aquitaine, Languedoc Roussillon, Lorraine et Pays de la Loire.

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

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

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

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

La traçabilité du dépistage des troubles de la déglutition est proche de 80 % dans 2 régions : l'Aquitaine et la Martinique.

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

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

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

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

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

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

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

La traçabilité de la programmation d'une consultation post-AVC est supérieure à la moyenne pondérée nationale dans 8 régions : Basse Normandie, Centre, Guadeloupe, Guyane, Ile de France, Picardie et Réunion, ainsi que les services de santé des armées.

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

L'indicateur **tenue du dossier patient,** présente un score moyen pondéré national à 82 %, 5 des 7 items (Antécédents ou facteurs de risque cardio-vasculaires, Traitement habituel, Electrocardiogramme, Pression artérielle, Compte rendu de l'imagerie cérébrale initiale signé par un radiologue), présentent une traçabilité de plus de 90 %, le taux de traçabilité de la glycémie capillaire est lui de 86 % (versus 83 % en 2013). La traçabilité du score de gravité neurologique NIHSS la première heure de prise en charge est en progression entre les 2 recueils (32 % en 2015 versus 27 % en 2013) avec une forte marge d'amélioration.

La qualité de la tenue du dossier patient est supérieure ou égale à 80 % dans 19 régions Alsace, Aquitaine, Auvergne, Basse Normandie, Bourgogne, Centre, Champagne Ardenne, Corse, Franche Comté, Guadeloupe, Haute Normandie, Ile de France, Languedoc Roussillon, Lorraine, Martinique, Midi Pyrénées, Poitou Charentes, Réunion, Rhône Alpes ainsi que les services de santé des armées.

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

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

Axes d'amélioration

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

- Les établissements disposant d'une UNV présentent des taux plus élevés de plus de 10 points pour la plupart des indicateurs, l'inscription dans une filière améliore la qualité de la prise en charge des patients.
- Les patients qui ne sont pas pris en charge en UNV doivent bénéficier d'une expertise neurovasculaire afin de définir la meilleure prise en charge pour ces patients. Pourtant, la prise en charge via le

télé AVC ne représente que 21 % des patients pris en charge dans les établissements disposant de cette installation.

- L'évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour, comme préconisé dans les recommandations de bonne pratique, a du mal à être réalisée, l'évaluation dans les 3 jours a progressé entre les 2 recueils mais n'est réalisée dans ces délais que pour 57 % des patients présentant un déficit persistant. Fondamentale pour diminuer le handicap, la prise en charge précoce en rééducation devrait pouvoir être proposée à tous les patients. Des actions d'amélioration sont à mettre en place.
- Le dépistage des troubles de la déglutition doit être réalisé afin d'éviter les pneumopathies d'inhalation et être tracé dans le dossier des patients afin d'adapter leur alimentation, si besoin. Or il n'est retrouvé que dans 60 % des cas (moyenne pondérée).
- 30 % des patients transférés en SSR ne sont pas orientés vers des structures spécialisées. Une réduction de ce taux permettrait aux patients de bénéficier de la prise en charge la plus adaptée à leurs besoins.
- La prescription dès la sortie de l'hospitalisation en MCO d'un traitement antiagrégant ou anticoagulant présente un taux très élevé.
- La programmation d'une consultation post-AVC en sortie de MCO est faible. Des actions d'amélioration doivent porter sur la programmation de la consultation post-AVC, même si les patients n'ont plus de déficit, Un bilan à distance de l'AVC permet de détecter les difficultés que ces patients peuvent rencontrer pour reprendre une vie normale, fatigue, dépression,…
- La réalisation du score NIHSS dans l'heure suivant l'entrée du patient dans l'établissement a progressé entre les 2 campagnes, 32 % des dossiers en 2015 versus 27 % en 2013. Il est mieux réalisé lorsque l'établissement dispose d'une UNV, le score étant de 58 % dans ce cas. Cette évaluation devrait être réalisée et tracée dans le dossier dès le début de la prise en charge du patient afin de permettre un suivi de l'état neurologique du patient durant son hospitalisation. Une attention particulière doit être portée aux pratiques en SAU, 79 % des patients sont admis dans l'établissement via le Service d'accueil des urgences (SAU).
- La glycémie capillaire réalisée dans la première heure suivant l'admission du patient n'est tracée que dans 86 % des dossiers, versus 83 % en 2013. Cet examen devrait être réalisé systématiquement car l'hypoglycémie doit être corrigée en urgence[8].

Les résultats des indicateurs peuvent être utilisés au sein des établissements de santé pour améliorer la prise en charge des patients ayant eu un AVC. Ils permettent un suivi dans le temps et une comparaison aux moyennes nationale et régionale. Les établissements de santé disposent également d'autres informations qui sont présentées dans ce rapport, comme le taux ou le délai de thrombolyse, que chaque établissement peut retrouver pour lui-même sur la plate-forme QualHAS. Les résultats nationaux montrent que des améliorations peuvent être apportées au bénéfice des patients. Il revient à chaque établissement d'engager les actions qui seront utiles.

Perspectives

Les résultats de cette troisième campagne présentés dans ce rapport sont issus d'une analyse de dossiers de patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral entre le 1er janvier et le 31 décembre 2014. Les résultats des 3 indicateurs[9] soumis à diffusion publique sont diffusés sur le site SCOPE SANTE pour tous les établissements soumis à l'obligation de recueil des indicateurs AVC.

Le prochain recueil des indicateurs sur la « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral » sera mis en œuvre par la HAS en 2017. Celui-ci portera sur des dossiers de l'année 2016. En 2015 six nouveaux indicateurs ont été recueillis pour la première année dans l'ensemble des dossiers, un test de faisabilité a été réalisé. Les résultats de ces tests sont diffusés à tous les établissements ayant réalisé le recueil via la plate-forme QualHAS.

Les indicateurs soumis à diffusion publique seront discutés avec les experts et les différentes parties prenantes.

[8] Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce, HAS Recommandations de bonne pratique, Mai 2009

[9] Date et heure de début des symptômes, Évaluation par un professionnel de la rééducation, Tenue du dossier patient

Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale

Le tableau 29 présente pour chaque indicateur AVC, la distribution des ES par rapport à la moyenne pondérée nationale. Pour les 3 indicateurs AVC diffusés publiquement*, la distribution des ES est aussi réalisée par rapport au seuil national de performance, présenté sous forme de tableau dans la présentation des résultats de chaque indicateur. Seul l'indicateur de filière transfert en SSR spécialisé n'est pas présenté.

Tableau 30. Distribution par rapport à la moyenne nationale

Synthèse des résultats nationaux des indicateurs non diffusés publiquement & Distribution des établissements de santé par rapport à la moyenne nationale Campagne nationale 2015 – Données 2014							
	Nombre d'ES	**Nombre de dossiers**	**Moyenne nationale (en %)**				
Date et heure de survenue des symptômes	466	22 940	**87 %**	Nombre d'ES	73	246	147
				% d'ES	15,7	52,8	31 ,5
Expertise neurovasculaire	485	26 496	**73 %**	Nombre d'ES	129	58	298
				% d'ES	26,6	12	61,4
Évaluation par un professionnel de la rééducation	485	26 496	**77 %**	Nombre d'ES	104	239	142
				% d'ES	21,4	49,3	29,3
Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour	363	13 095	**22 %**	Nombre d'ES	51	235	77
				% d'ES	14	64,7	21,2
Dépistage des troubles de la déglutition	485	26 496	**60 %**	Nombre d'ES	105	166	214
				% d'ES	21,6	34,2	44,1
Traitement à la sortie	466	22 940	**97 %**	Nombre d'ES	236	203	27
				% d'ES	50,6	43,6	5,8
Consultation post-AVC	485	26 496	**49 %**	Nombre d'ES	80	124	281
				% d'ES	16,5	25,6	57,9
Tenue du dossier patient	339	21 286	**82 %**	Nombre d'ES	77	66	192
				% d'ES	23	19,7	57,3

Résultats 2015 du contrôle qualité des indicateurs du thème « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (AVC) » dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle (ONIC)

Résultats du contrôle qualité du recueil

20 ARS sur les 26 ARS (77 %) ont participé à l'ONIC 2015.

Au total, 57 contrôles ont été réalisés sur le thème « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral » : un établissement peut être contrôlé sur plusieurs thèmes.

Au total, 544 ES ont participé à la campagne nationale de recueil des indicateurs du thème « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral » : parmi eux, 57 ont été contrôlés par une ARS (10 %).

Indicateurs du thème « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral »	Nombre d'établissements de santé dont le recueil est non validé par le contrôle*
Date et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral	2 ES (3,51 % total ES contrôlés)
Évaluation par un professionnel de la rééducation	3 ES (5,26 % total ES contrôlés)
Tenue du dossier patient	1 ES (1,75 % total ES contrôlés)

**Pour 5 établissements, le contrôle réalisé par l'ARS n'a pas validé le recueil réalisé par l'établissement sur ou plusieurs des indicateurs.*

Impact du contrôle qualité du recueil sur la diffusion publique

La liste des indicateurs soumis à diffusion publique fait l'objet d'un arrêté annuel (arrêté du 20 février 2015). Le nombre et le type d'indicateurs à contrôler diffèrent d'une année à l'autre. Cet arrêté annuel fixe les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins le concernant.

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

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

Pour en savoir plus :

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

Table des illustrations

Tableau 1. Répartition des ES en fonction du nombre de dossiers analysés 7
Tableau 2. Âge moyen et médian en fonction du volume d'activité 8
Tableau 3. Répartition des patients par âge 9
Tableau 4: Mode d'entrée dans l'établissement - Campagnes 2012 et 2014 9
Tableau 5. Modes de transport - Campagnes 2012 et 2014 10
Tableau 6. Indicateur « Délai arrivée - Imagerie en première intention » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2014 12
Graphique 1. Délais de prise en charge - AVC - Campagne 2015 - données 2014 13
Graphique 2. Délais de prise en charge pour les patients avec un diagnostic d'infarctus cérébral arrivé dans l'établissement dans des délais compatibles avec la thrombolyse – AVC – Campagne 2015 - données 2014 13
Tableau 7. Indicateur « Date et heure de survenue des symptômes d'AVC » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2014 15
Tableau 8 et Graphique 3. Indicateur « Date et heure de survenue des symptômes d'AVC » - Statistiques descriptives et variabilité nationale en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015- Campagne 2015 – données 2014 17
Tableau 9. Indicateur « Date et heure de survenue des symptômes d'AVC » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance - 80 % (Cf annexe I) 17
Tableau 10. Indicateur « Expertise neurovasculaire » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2014 19
Tableau 11. Répartition par type d'expertise 19
Tableau 12 et Graphique 4. Indicateur « Expertise neurovasculaire » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - données 2014 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015 20
Tableau 13. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2014 22
Graphique 5. Répartition des professionnels ayant réalisé ou participé l'évaluation des besoins du patient – Campagne 2015 – Données 2014 22
Tableau 14 et Graphique 6. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 données 2014 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015 23
Tableau 15. Indicateur « Evaluation par un professionnel de la rééducation » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance - 80 % (Cf annexe I) 24
Tableau 16. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2014 26
Graphique 7. Répartition des délais d'évaluation par un professionnel de la rééducation dans l'ensemble des dossiers analysés – Campagne 2015 – Données 2014 26
Tableau 17 et Graphique 8. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 données 2014 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015 27
Tableau 18. Indicateur « Dépistage des troubles de la déglutition » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2014 29
Tableau 19 et Graphique 9. Indicateur « Dépistage des troubles de la déglutition » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 données 2014 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015 29
Tableau 20. Indicateur « Transfert en SSR spécialisé » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2014 32
Tableau 21. Age moyen par type de SSR 32
Tableau 22 et Graphique 10. Indicateur «Transfert en SSR spécialisé » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 données 2014 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015 33
Tableau 24. Indicateur « Traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2014 35
Tableau 24 et Graphique 11. Indicateur « Traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 - données 2014 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015 36
Tableau 25. Indicateur « Programmation d'une consultation post-AVC » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2014 39
Tableau 26 et Graphique 12. Indicateur « Programmation d'une consultation post-AVC » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 données 2014 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015 40
Tableau 27. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Résultats de la campagne 2015 – Données 2014 42
Graphique 13. Critères composant le score de la « Tenue du dossier patient » 42
Tableau 28 et Graphique 14. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Statistiques descriptives et variabilité nationale – Campagne 2015 données 2014 en fonction des niveaux de l'indicateur en 2015 43
Tableau 29. Indicateur « Tenue du dossier patient » - Positionnement par rapport à l'objectif national de performance - 80 % (Cf annexe I) 44
Tableau 30. Distribution par rapport à la moyenne nationale 49
Graphique 15. Type d'AVC 58
Graphique 16. Répartition de l'âge des patients 57
Graphique 17. Sexe du patient 58
Graphique 18. Mode d'entrée du patient 58
Graphique 19. Mode de transport du patient 59
Graphique 20. Unité Neuro Vasculaire (UNV) 59
Graphique 21. IRM 60
Graphique 22. IRM 24/24 7/7 – Parmi les ES avec IRM 60
Graphique 23. Type d'examen d'imagerie cérébrale 61
Tableau 31. Effectifs 61
Tableau 32. Nombre d'établissements pris en compte pour le calcul de l'indicateur 61
Tableau 33. Informations régionales 62
Tableau 34. Indicateur « Délai arrivée imagerie en première intention » - Médianes régionales (en heures) 63
Tableau 35. Indicateur « Date et heure de survenue de symptômes » - Moyennes régionales (en %) 64
Tableau 36. Indicateur « Expertise neurovasculaire » - Moyennes régionales (en %) 65
Tableau 37. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation » - Moyennes régionales (en %) 66
Tableau 38. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour » - Moyennes régionales (en %) 67
Tableau 39. Indicateur « Dépistage des troubles de la déglutition » - Moyennes régionales (en %) 68
Tableau 40. Indicateur « Traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie » - Moyennes régionales (en %) 69
Tableau 41. Indicateur « Programmation d'une consultation post-AVC » - Moyennes régionales (en %) 70
Tableau 42. Indicateur « Tenue du dossier du patient AVC » - Moyennes régionales (en %) 71
Tableau 43. Informations par catégorie d'ES 72
Tableau 44. Indicateur « Imagerie en première intention » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en heures) 72

Tableau 45. Indicateur « Date et heure de survenue des symptômes » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %) 72
Tableau 46. Indicateur « Expertise neurovasculaire » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %) 73
Tableau 47. Indicateur « Evaluation par un professionnel de la rééducati on » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %) 73
Tableau 48. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %) 73
Tableau 49. Indicateur « Dépistage des troubles de la déglutition » - 74
Tableau 50. Indicateur « Traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %) 74
Tableau 51. Indicateur « Programmation d'une consultation post-AVC » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %) 74
Tableau 52. Indicateur « Tenue du dossier du patient » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %) 75

Annexes

Annexe I. Méthode de recueil et d'analyse

Le « Guide méthodologique de production des résultats comparatifs des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la plate-forme QualHAS - Campagne nationale IPAQSS 2013 », disponible sur le site de la HAS, précise les méthodes statistiques utilisées pour la production des résultats comparatifs.

▶ Recueil et restitution des données

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

Outils

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

- LOTAS : logiciel de tirage au sort des séjours analysés qui servent au calcul des indicateurs - les spécifications du logiciel sont construits à partir des données du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) ;
- QualHAS : plate-forme Internet sécurisée à laquelle chaque établissement se connecte à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe afin de saisir les informations. Ce système permet de restituer aux ES des résultats individuels dès la fin de la saisie, et des résultats comparatifs.

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

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

Modalités de recueil

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

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

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

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

Selon les thèmes, 60 ou 80 séjours maximum doivent être analysés par ES.

Le nombre de dossiers évalués est identique quelles que soient la taille et la catégorie des ES participant au recueil national. Ce nombre de dossiers relativement faible est un compromis entre une charge de travail acceptable, tous types de structure confondus, et une précision statistique suffisante de l'indicateur estimé à

partir de l'échantillon. Un intervalle de confiance à 95 % calculé sur l'échantillon est présenté avec le résultat de chaque indicateur, et ne tient pas compte de l'activité de l'ES. Pour plus de précision sur le calcul de l'intervalle de confiance, cf. Guide méthodologique.

▶ Mode de présentation des IQSS par ES

Les résultats des indicateurs de qualité par ES se présentent :

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

▶ Méthodes de comparaison

Estimation des références

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

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

Pour les indicateurs de type score, un seuil minimum de 31 dossiers à évaluer par ES a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient pris en compte dans les résultats comparatifs.
Pour les indicateurs de type proportion, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer par ES a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient intégrés dans les comparatifs.

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

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

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

Types de référence

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

- Trois références dans l'espace :

Une « **référence nationale** ».
Une « **référence régionale** » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur région.
Une « **référence par catégorie d'ES** » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur catégorie.

- Un « **objectif national de performance** » a été défini dès 2009 par le ministère de la Santé comme seuil à atteindre par les ES. Chaque année, une instruction DGOS relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par les ES, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, redéfinit la liste des indicateurs et les objectifs nationaux de performance correspondants.

▶ Méthodes de présentation des résultats

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

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

Positionnement par rapport à la moyenne pondérée

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

Indicateurs de type score ou proportion

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

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

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

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

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

Indicateurs de type délai

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

Positionnement par rapport à l'objectif national de performance

Indicateurs de type score ou proportion

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

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

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

Indicateurs de type délai

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

Calcul des évolutions des indicateurs - campagnes 2015

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

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

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

Les règles de cotation sont les suivantes :

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

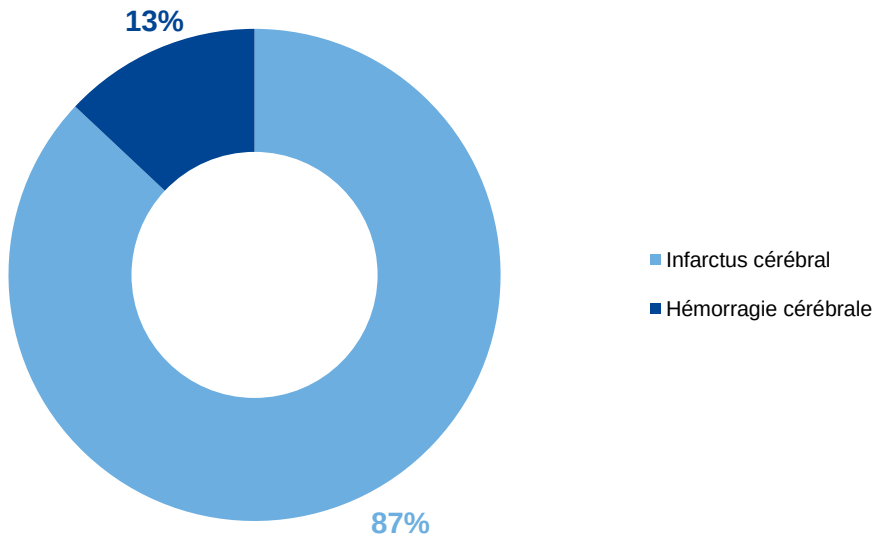
- *si l'évolution est statistiquement non significative* : l'évolution est stable. Ce résultat est visualisé par le pictogramme **« → »**

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

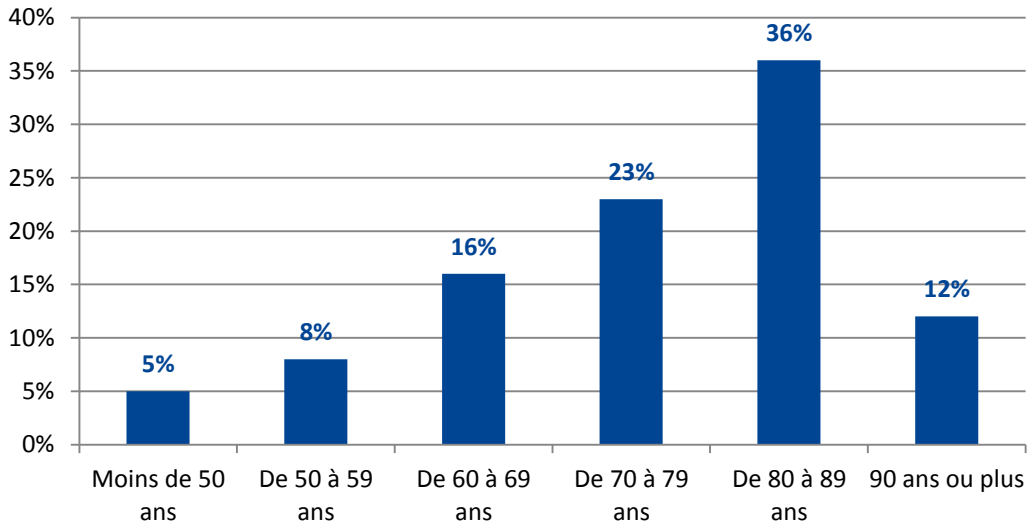
Annexe II. Résultats complémentaires

▶ Population de la base

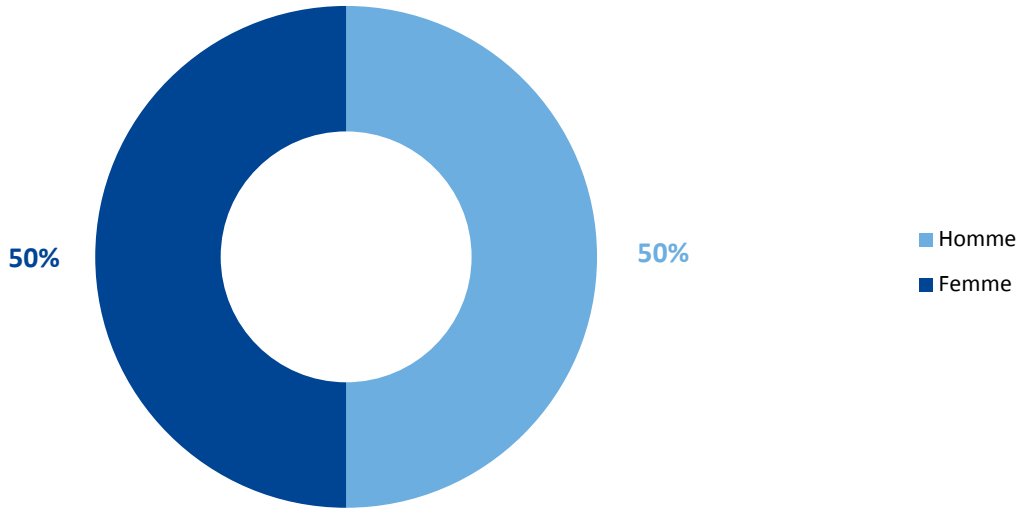
Graphique 15. Type d'AVC



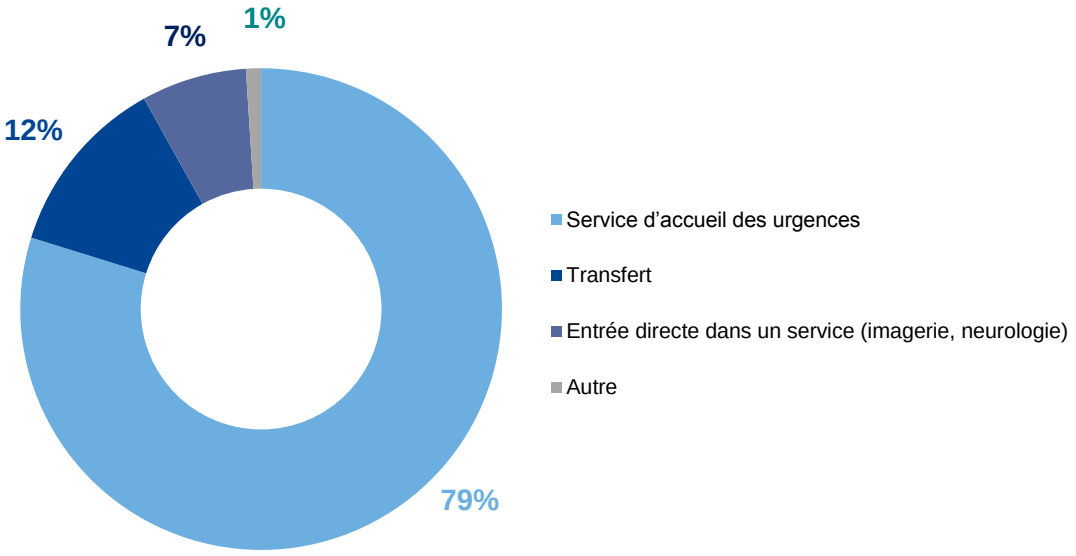
Graphique 16. Répartition de l'âge des patients



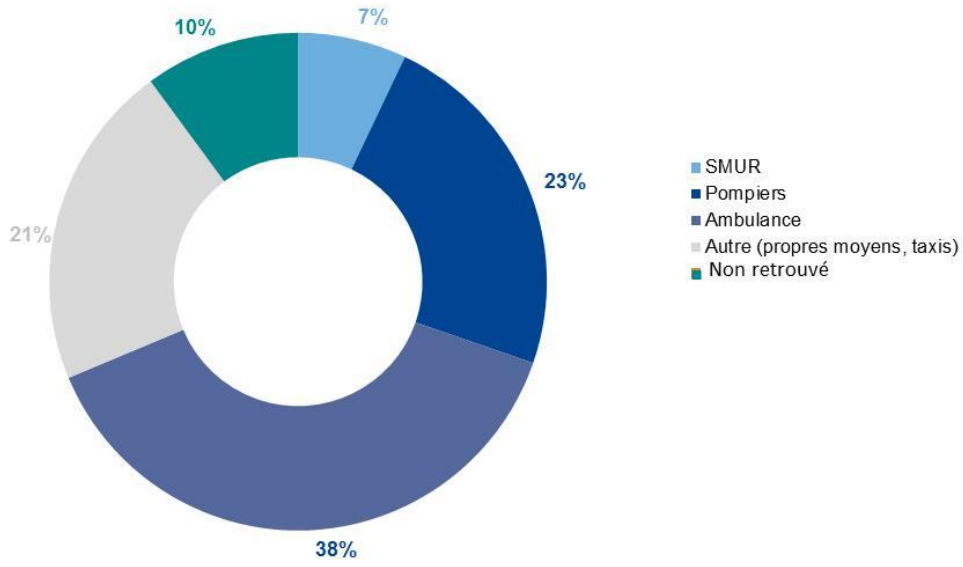
Graphique 17. Sexe du patient



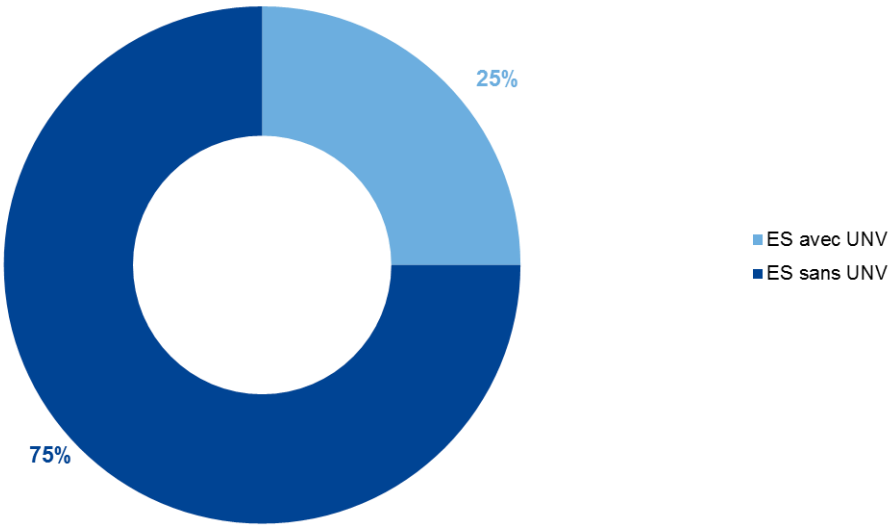
Graphique 18. Mode d'entrée du patient



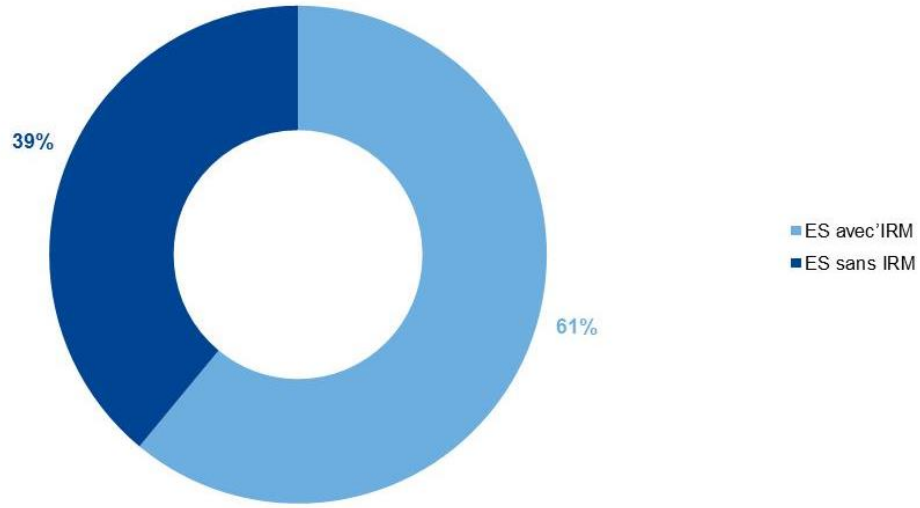
Graphique 19. Mode de transport du patient



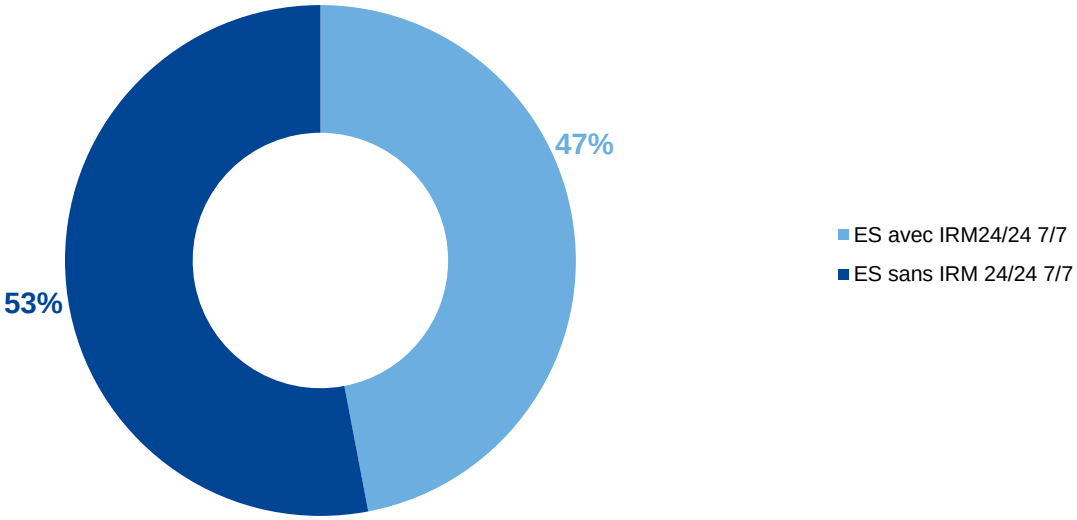
Graphique 20. Unité Neuro Vasculaire (UNV)



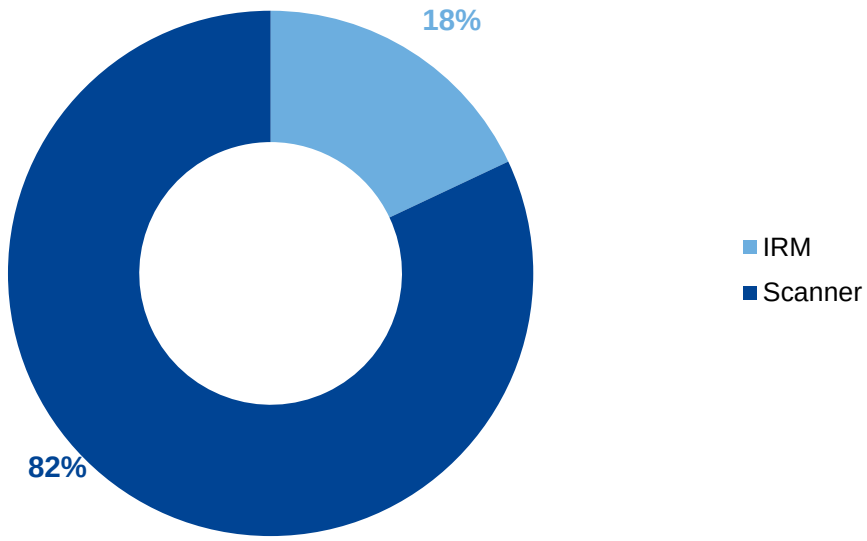
Graphique 21. IRM



Graphique 22. IRM 24/24 7/7 – Parmi les ES avec IRM



Graphique 23. Type d'examen d'imagerie cérébrale



▶ Descriptif des effectifs des établissements de santé

Tableau 31. Effectifs

		Nombre d'ES n'entrant pas dans la référence nationale		Référence nationale
Année données	Nombre d'ES concernés par le recueil	Nombre d'ES « non répondant »	Nombre d'ES avec effectif < 10	Nombre d'ES avec effectif ≥ 10
2014	550	1	64	485

Tableau 32. Nombre d'établissements pris en compte pour le calcul de l'indicateur

	Nombre d'ES avec effectif N > 30	Nombre d'ES avec effectif N ≥ 10
Imagerie en 1e intention		375
Date et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral		466
Expertise neurovasculaire		485
Évaluation par un professionnel de la rééducation		485
Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour		363
Dépistage des troubles de la déglutition		485
Transfert en SSR spécialisé		366
Traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie		466
Programmation d'une consultation post-AVC		485
Tenue du dossier patient	339	

► Informations régionales

Tableau 33. Informations régionales

	Nombre d'ES participants ≥ 10 dossiers	Nombre d'ES répondants < 10 dossiers	Nombre d'ES avec UNV	Nombre d'ES avec télé AVC	Nombre d'ES avec IRM	Moyenne d'âge des patients tirés au sort	Médiane d'âge des patients tirés au sort	% d'hommes parmi les patients tirés au sort
Alsace	19	3	3	1	8	76,5	80	47 %
Aquitaine	23	3	8	4	17	77,1	79	50 %
Auvergne	14	0	2	3	5	76,4	79	44 %
Basse Normandie	15	2	4	1	6	75,9	79	52 %
Bourgogne	18	0	2	12	9	76,7	80	45 %
Bretagne	25	0	8	1	11	76,9	80	48 %
Centre	20	2	5	1	10	77,2	80	46 %
Champagne Ardenne	12	0	2	3	7	75,0	79	50 %
Corse	3	0	1		3	73,0	75	59 %
Franche Comté	7	1	3	7	6	75,0	78	53 %
Guadeloupe	3	0	1	2	3	68,8	69	62 %
Guyane	3	0		1	1	62,1	63	61 %
Haute Normandie	12	1	4	4	5	75,6	79	53 %
Ile de France	67	14	22	15	63	73,9	77	50 %
Languedoc Roussillon	14	5	8	4	15	75,6	78	52 %
Limousin	8	0	1	3	5	77,4	80	49 %
Lorraine	19	2	4	6	14	76,3	80	46 %
Martinique	1	1	1	1	1	72,4	73	53 %
Midi Pyrénées	29	3	10	7	17	77,2	80	51 %
Nord Pas de Calais	26	4	12	6	25	73,5	76	48 %
Réunion	4	0	1		4	65,5	65	52 %
PACA	41	4	5	6	27	76,6	80	51 %
Pays de la Loire	23	1	6	2	12	76,5	80	48 %
Picardie	13	3	6	2	9	74,2	77	49 %
Poitou Charentes	15	1	6		9	78,7	82	50 %
Rhône Alpes	46	6	10	19	31	76,5	80	50 %
Service de santé des armées	5	3	1	1	8	73,8	76	60 %

► Distribution des moyennes ou médianes régionales par indicateur

Tableau 34. Indicateur « Délai arrivée imagerie en première intention » - Médianes régionales (en heures)

ES composant la référence nationale	Médiane nationale
375	1 h 44

	Nombre d'ES avec effectif N≥ 10	Médiane par région (en %)
Alsace	8	1:23
Aquitaine	18	1:17
Auvergne	9	1:56
Basse Normandie	14	1:32
Bourgogne	13	1:45
Bretagne	21	1:48
Centre	16	1:44
Champagne Ardenne	11	1:55
Corse	3	1:20
Franche Comté	7	1:53
Guadeloupe	2	2:32
Guyane	1	1:19
Haute Normandie	9	1:53
Ile de France	47	1:38
Languedoc Roussillon	12	1:58
Limousin	7	1:43
Lorraine	14	1:34
Martinique	1	1:58
Midi Pyrénées	23	1:20
Nord Pas de Calais	19	1:06
Réunion	4	1:32
PACA	36	1:56
Pays de la Loire	17	2:24
Picardie	9	1:14
Poitou Charentes	14	2:01
Rhône Alpes	35	1:55
Service de santé des armées	5	1:52

Tableau 35. Indicateur « Date et heure de survenue de symptômes » - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
466	**87 %**

	Nombre d'ES avec effectif N≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	18	86
Aquitaine	23	87
Auvergne	13	87
Basse Normandie	14	89
Bourgogne	18	87
Bretagne	25	87
Centre	19	84
Champagne Ardenne	12	84
Corse	3	73
Franche Comté	7	83
Guadeloupe	3	85
Guyane	3	79
Haute Normandie	12	83
Ile de France	63	91
Languedoc Roussillon	14	87
Limousin	8	84
Lorraine	18	83
Martinique	1	82
Midi Pyrénées	27	85
Nord Pas de Calais	24	86
Réunion	4	81
PACA	40	87
Pays de la Loire	23	93
Picardie	12	77
Poitou Charentes	14	90
Rhône Alpes	43	87
Service de santé des armées	5	87

Tableau 36. Indicateur « Expertise neurovasculaire » - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
485	**73 %**

	Nombre d'ES avec effectif N≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	19	68
Aquitaine	23	81
Auvergne	14	56
Basse Normandie	15	72
Bourgogne	18	64
Bretagne	25	74
Centre	20	66
Champagne Ardenne	12	51
Corse	3	55
Franche Comté	7	83
Guadeloupe	3	81
Guyane	3	72
Haute Normandie	12	71
Ile de France	67	82
Languedoc Roussillon	14	78
Limousin	8	50
Lorraine	19	70
Martinique	1	89
Midi Pyrénées	29	85
Nord Pas de Calais	26	87
Réunion	4	77
PACA	41	56
Pays de la Loire	23	65
Picardie	13	81
Poitou Charentes	15	79
Rhône Alpes	46	69
Service de santé des armées	5	61

Tableau 37. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation » - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
485	**77 %**

	Nombre d'ES avec effectif N≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	19	81
Aquitaine	23	82
Auvergne	14	78
Basse Normandie	15	73
Bourgogne	18	73
Bretagne	25	80
Centre	20	77
Champagne Ardenne	12	67
Corse	3	71
Franche Comté	7	69
Guadeloupe	3	76
Guyane	3	32
Haute Normandie	12	76
Ile de France	67	78
Languedoc Roussillon	14	81
Limousin	8	69
Lorraine	19	82
Martinique	1	68
Midi Pyrénées	29	70
Nord Pas de Calais	26	72
Réunion	4	73
PACA	41	76
Pays de la Loire	23	83
Picardie	13	80
Poitou Charentes	15	80
Rhône Alpes	46	79
Service de santé des armées	5	76

Tableau 38. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour » - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
363	22 %

	Nombre d'ES avec effectif N≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	11	29
Aquitaine	17	20
Auvergne	11	16
Basse Normandie	12	12
Bourgogne	11	18
Bretagne	23	19
Centre	15	31
Champagne Ardenne	9	17
Corse	2	9
Franche Comté	6	10
Guadeloupe	2	17
Guyane	1	23
Haute Normandie	9	19
Ile de France	47	29
Languedoc Roussillon	11	18
Limousin	7	11
Lorraine	15	30
Martinique	1	0
Midi Pyrénées	19	32
Nord Pas de Calais	19	23
Réunion	3	17
PACA	32	19
Pays de la Loire	19	21
Picardie	9	13
Poitou Charentes	13	25
Rhône Alpes	35	22
Service de santé des armées	4	21

Tableau 39. Indicateur « Dépistage des troubles de la déglutition » - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
485	60 %

	Nombre d'ES avec effectif N≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	19	65
Aquitaine	23	79
Auvergne	14	64
Basse Normandie	15	47
Bourgogne	18	59
Bretagne	25	57
Centre	20	47
Champagne Ardenne	12	53
Corse	3	44
Franche Comté	7	53
Guadeloupe	3	52
Guyane	3	27
Haute Normandie	12	61
Ile de France	67	67
Languedoc Roussillon	14	62
Limousin	8	57
Lorraine	19	56
Martinique	1	78
Midi Pyrénées	29	60
Nord Pas de Calais	26	58
Réunion	4	56
PACA	41	59
Pays de la Loire	23	60
Picardie	13	67
Poitou Charentes	15	67
Rhône Alpes	46	52
Service de santé des armées	5	68

Tableau 40. Indicateur « Traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie » - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
66	**97 %**

	Nombre d'ES avec effectif N≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	18	97
Aquitaine	23	99
Auvergne	13	99
Basse Normandie	14	93
Bourgogne	18	99
Bretagne	25	99
Centre	19	98
Champagne Ardenne	12	94
Corse	3	84
Franche Comté	7	99
Guadeloupe	3	98
Guyane	3	98
Haute Normandie	12	99
Ile de France	63	98
Languedoc Roussillon	14	97
Limousin	8	97
Lorraine	18	98
Martinique	1	94
Midi Pyrénées	27	98
Nord Pas de Calais	24	99
Réunion	4	88
PACA	40	97
Pays de la Loire	23	97
Picardie	12	97
Poitou Charentes	14	96
Rhône Alpes	43	98
Service de santé des armées	5	100

Tableau 41. Indicateur « Programmation d'une consultation post-AVC » - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
485	**49 %**

	Nombre d'ES avec effectif N≥ 10	Moyenne par région (en %)
Alsace	19	49
Aquitaine	23	47
Auvergne	14	48
Basse Normandie	15	56
Bourgogne	18	42
Bretagne	25	36
Centre	20	55
Champagne Ardenne	12	47
Corse	3	27
Franche Comté	7	47
Guadeloupe	3	72
Guyane	3	57
Haute Normandie	12	44
Ile de France	67	65
Languedoc Roussillon	14	45
Limousin	8	40
Lorraine	19	44
Martinique	1	35
Midi Pyrénées	29	47
Nord Pas de Calais	26	49
Réunion	4	57
PACA	41	43
Pays de la Loire	23	46
Picardie	13	53
Poitou Charentes	15	46
Rhône Alpes	46	44
Service de santé des armées	5	72

Tableau 42. Indicateur « Tenue du dossier du patient AVC » - Moyennes régionales (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
335	82 %

	Nombre d'ES avec effectif > 30	Moyenne par région (en %)
Alsace	8	84
Aquitaine	18	86
Auvergne	10	81
Basse Normandie	11	87
Bourgogne	13	86
Bretagne	20	76
Centre	15	81
Champagne Ardenne	12	81
Corse	2	80
Franche Comté	6	89
Guadeloupe	2	86
Guyane	2	78
Haute Normandie	9	85
Ile de France	40	85
Languedoc Roussillon	11	82
Limousin	6	72
Lorraine	12	81
Martinique	1	85
Midi Pyrénées	16	83
Nord Pas de Calais	17	77
Réunion	4	84
PACA	30	79
Pays de la Loire	17	76
Picardie	9	76
Poitou Charentes	10	84
Rhône Alpes	30	81
Service de santé des armées	4	84

Informations par catégorie d'établissement

Tableau 43. Informations par catégorie d'ES

	Nombre d'ES participants	Pourcentage d'ES non répondants
CH	375	1
CHU[10]	51	0
Privé	80	0
ESPIC	43	0

Distribution des moyennes ou médianes par catégorie d'établissement

Tableau 44. Indicateur « Imagerie en première intention » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en heures)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
376	**1:44**

	Nombre d'ES avec effectif N≥ 10	Moyenne par catégorie
CHU[10]	46	2:06
CH	296	1:41
ESPIC	12	1:55
Privé	21	2:08

Tableau 45. Indicateur « Date et heure de survenue des symptômes » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
466	**87 %**

	Nombre d'ES avec effectif N≥ 10	Moyenne par catégorie
CHU[10]	49	92
CH	337	85
ESPIC	35	84
Privé	45	78

[10] Le nombre de CHU intègre 17 établissements de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, chaque site géographique est comptabilisé pour un établissement.

Tableau 46. Indicateur « Expertise neurovasculaire » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
485	**73 %**

	Nombre d'ES avec effectif N≥ 10	Moyenne par catégorie
CHU[10]	50	85
CH	346	68
ESPIC	37	67
Privé	52	48

Tableau 47. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
485	**77 %**

	Nombre d'ES avec effectif N≥ 10	Moyenne par catégorie
CHU[10]	50	77
CH	346	77
ESPIC	37	82
Privé	52	69

Tableau 48. Indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
363	**22 %**

	Nombre d'ES avec effectif N≥ 10	Moyenne par catégorie
CHU[10]	43	23
CH	277	20
ESPIC	22	45
Privé	21	32

Tableau 49. Indicateur « Dépistage des troubles de la déglutition » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
485	**60 %**

	Nombre d'ES avec effectif N≥ 10	Moyenne par catégorie
CHU[10]	50	66
CH	346	58
ESPIC	37	61
Privé	52	34

Tableau 50. Indicateur « Traitement antiagrégant ou anticoagulant approprié à la sortie » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
466	**97 %**

	Nombre d'ES avec effectif N≥ 10	Moyenne par catégorie
CHU[10]	49	97
CH	337	98
ESPIC	35	97
Privé	45	97

Tableau 51. Indicateur « Programmation d'une consultation post-AVC » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
485	**49 %**

	Nombre d'ES avec effectif N≥ 10	Moyenne par catégorie
CHU[10]	50	63
CH	346	42
ESPIC	37	52
Privé	52	38

Tableau 52. Indicateur « Tenue du dossier du patient » - Statistiques descriptives par catégorie d'établissement (en %)

ES composant la référence nationale	Moyenne nationale
335	***82***

	Nombre d'ES avec effectif N> 30	Moyenne par catégorie
CHU[10]	44	83
CH	267	81
ESPIC	13	77
Privé	11	77

Références bibliographiques

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

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

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

(4) Hacke W, et al, Thrombolysis with alteplase 3 to 4,5 hours after acute ischemic stroke, *The New England Journal of Medicine* 2008; 359: 1317-1329,

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

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

(7) Kristensen HK, et al, Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation, Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2010; 1-15,

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

(9) Référentiel Activités Orthophonie : BO n°32 du 5 septembre 2013

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

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

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

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

(14) Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 », ministère de la Santé et des Sports, Avril 2010

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

© Haute Autorité de Santé - novembre 2015 - N° ISBN : 978-2-11-139109-3