



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

# Fiches descriptives des indicateurs et informations complémentaires 2021

### Thème

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

[contact.iqss@has-sante.fr](mailto:contact.iqss@has-sante.fr)

Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (DAQSS)  
Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEvOQSS)

Version : Octobre 2021

## Table des matières

Importance du thème.....	3
Fiche descriptive de l'indicateur qualité et sécurité des soins Imagerie cérébrale diagnostique (ICD).....	6
Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Eléments déterminants la prise en charge immédiate » (EPCI) .....	9
Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Délai entre l'arrivée dans l'ES et l'imagerie cérébrale diagnostique » (DARIM).....	12
Fiche descriptive de l'indicateur : « Accès à une expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale en dehors des services spécialisés* » (EN) .....	15
Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Evaluation du délai entre l'arrivée dans l'ES et l'expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale hors services spécialisés* » (DAREX) .....	18
Fiche descriptive de l'indicateur : « Prévention des troubles de la déglutition » (DTD).....	22
Fiche descriptive de l'indicateur : « Accès à l'évaluation par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et réadaptation » (AEPR) .....	26
Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Evaluation du délai entre la date d'arrivée dans l'ES et la date de l'évaluation par un rééducateur ou un médecin de MPR » (DARER).....	30
Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Transfert en SSR de neurologie ou de gériatrie » (SSR).....	33
Fiche descriptive de l'indicateur : « Préparation du retour à domicile » (PRD).....	36
Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Traçabilité de la thrombolyse » (TBL).....	40
Modifications réalisées depuis le premier déploiement national en des indicateurs « Prise en charge initiale de l'AVC » .....	47
Indicateurs recueillis lors du premier recueil national en 2011 .....	47
Modifications apportées pour le second recueil national en 2013.....	47
Pour la campagne nationale 2015, .....	48
Pour la campagne nationale 2017 : .....	48
Pour la campagne nationale 2021 .....	49

## Importance du thème

En France, on dénombre chaque année plus de 140 000 nouveaux cas d'accidents vasculaires cérébraux selon l'Inserm. L'AVC est la première cause de handicap physique acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer) et une cause majeure d'entrée en EHPAD<sup>1</sup>. La dynamique de l'AVC est préoccupante en France, en raison du vieillissement de la population et de la proportion significative (25%) d'AVC chez les moins de 65 ans<sup>2,3</sup>. Tout patient ayant un AVC devrait bénéficier d'une expertise neurovasculaire selon les recommandations de la HAS de 2009 et les recommandations étrangères les plus récentes<sup>4, 5, 6, 7, 8</sup>.

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

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

Les recommandations étrangères sur la prise en charge immédiate de patients victime d'AVC parues entre 2016 et 2019 rappellent que les soins de rééducation doivent débuter dès que possible c'est-à-dire dès que l'état du patient le permet. Ces soins sont basés sur une évaluation réalisée par un médecin ayant une expertise neuro-vasculaire et complétée dans les 24 à 48 premières heures par une évaluation réalisée par les professionnels impliqués dans la rééducation/réadaptation (médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation, professionnels paramédicaux). Cette évaluation qui devrait être systématique a pour objectifs d'apprécier la sévérité de l'AVC, d'estimer le pronostic de récupération, les besoins de rééducation, et l'orientation du patient. La rééducation/réadaptation permet de réduire de manière significative la mortalité, la dépendance et le risque d'institutionnalisation. Une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée, a montré des résultats significatifs en ville comme en SSR, quelle que soit la sévérité de l'AVC. Elle permet d'initier sans délai la prise en charge rééducative qui sera poursuivie dans les structures de soins les plus adaptées<sup>5-8, 12-14</sup>.

Après une hospitalisation en MCO, un tiers des patients seront admis en SSR, les 2 tiers seront suivis en ville. Des améliorations restent nécessaires pour la prise en charge des complications latentes (consultation post AVC) et handicaps post AVC en SSR comme en ville<sup>12</sup>. L'accès aux soins de qualité reste en effet considéré comme insuffisant et inégal sur le territoire<sup>14</sup>.

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

1. Inserm (2019). <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/accident-vasculaire-cerebral-avc>. MAJ 2019, consulté le 19 juillet 2021
2. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits>, consulté en juillet 2021
3. BEH (2017). L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolutions 2008-2014. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/5/2017\\_5\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/5/2017_5_1.html)
4. HAS (2009). Recommandation pour la prise en charge précoce d'un AVC aigu (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc\\_prise\\_en\\_charge\\_precoce\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precoce_-_recommandations.pdf)
5. Steiner, T. (2014). European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. Updated of 2006 guidelines.

6. Hemphill, JC. (2015) Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Haemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association AHA, Stroke. 2015; 46: 2032-2060. DOI: 10.1161/STR.000000000000069. Update of 2010 guidelines.
7. Kobayashia, A. (2018). European Academy of Neurology and European Stroke Organization consensus statement and practical guidance for pre-hospital management of stroke. European Journal of Neurology 2018, 25: 425–433. Doi :10.1111/ene.13539
8. Powers, WJ. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association
9. HAS (2018). Organisation de la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu par thrombectomie mécanique. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2757616/fr/organisation-de-la-prise-en-charge-precoce-de-l-accident-vasculaire-cerebral-ischemique-aigu-par-thrombectomie-mecanique](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2757616/fr/organisation-de-la-prise-en-charge-precoce-de-l-accident-vasculaire-cerebral-ischemique-aigu-par-thrombectomie-mecanique)
10. ASIP (2020). Etude pour l'accompagnement du déploiement de la télémédecine Etat des lieux de l'offre de services et des plateformes régionales de télémédecine. <https://esante.gouv.fr/projets-nationaux/telemedecine>.
11. BEH (2020). Déterminants de la létalité à la suite d'une hospitalisation pour un accident vasculaire cérébral en France, 2010-2015. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/5/2020\\_5\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/5/2020_5_1.html)
12. DGOS (2015). Instruction n° DGOS/R4/2015/262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri professionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et du suivi des AVC. <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/39923>
13. Gittler M. (2018). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2673525>
14. HAS (2019). Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc). Mai 2019.

## Les indicateurs en 2021

La qualité de la prise en charge en MCO de tous types d'AVC est analysée grâce à 5 indicateurs permettant la comparaison des ES :

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

Et

7 informations complémentaires **qui pourront à terme être des indicateurs de comparaison après un travail de validation**

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

### **Échantillon**

Le recueil porte sur un échantillon aléatoire de 50 séjours tirés au sort à partir du PMSI de l'établissement de santé MCO.

### **Critères d'inclusion**

Séjour d'au moins un jour au cours duquel le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal : I60.x, I61.x, I62.x, I64.x et I63.x sauf I63.6.

### **Critères d'exclusion PMSI**

- Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;
- Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;
- Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;
- Séjours de patients décédés ;
- Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire : G45.0 ; G45.1 ; G45.2 ; G45.3 ; G45.4 ; G45.8 ; G45.9
- Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;
- Séjours avec un GHM erreur.

## Fiche descriptive de l'indicateur qualité et sécurité des soins Imagerie cérébrale diagnostique (ICD)

<b>Définition</b>	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue la traçabilité de la date et l'heure de la première imagerie cérébrale permettant d'évoquer ou de confirmer un diagnostic d'accident vasculaire cérébral quelle que soit son étiologie.</p>
<b>Justification</b>	<p>Un AVC aigu est une urgence médicale absolue. Les patients pour lesquels un diagnostic d'accident vasculaire cérébral aigu est évoqué, ont un accès prioritaire à une imagerie cérébrale (IRM ou scanner). L'imagerie cérébrale est indispensable pour confirmer ou écarter le diagnostic d'AVC aigu et pour distinguer un infarctus cérébral, d'une hémorragie ou thrombose cérébrales.</p> <p>Des protocoles de prise en charge doivent être formalisés avec le service de radiologie pour un accès 7/7 et 24/24. Pour les établissements sans unité neurovasculaire, l'accès à la téléexpertise (télé-AVC) doit être opérationnelle.</p> <p>La date et l'heure de l'imagerie cérébrale à visée diagnostique sont renseignées et tracées dans le dossier, même si l'imagerie a été réalisée dans un autre établissement ou par téléexpertise. Ces informations sont indispensables pour évaluer le délai entre l'arrivée dans l'établissement et le traitement des infarctus cérébraux par thrombolyse ou thrombectomie. Ce délai compte aussi pour les décisions relatives à la prise en charge des hémorragies cérébrales.</p> <p>Ces notions établies depuis plus de 15 ans (HAS, 2009) et mises en œuvre dans le cadre du plan AVC 2010- 2014 (2012) font consensus sont régulièrement rappelées dans les recommandations les plus récentes américaines ou européennes (3-7).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 HAS 2009. Recommandation pour la prise en charge d'un AVC. <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse">https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse</a></li> <li>2 DGOS (2012). Circulaire DGOS/R4/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC. <a href="https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf">https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf</a></li> <li>3 European Stroke Organisation, ESO. (2013). Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, <a href="http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828">http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828</a></li> <li>4 American Heart Association/American Stroke Association, ASA &amp; AHA. (2015). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage from American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015; 46:2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069 <a href="https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069">https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069</a></li> <li>5 National Institute for care excellence, NICE. (2016). Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016</li> <li>6 American Heart Association/American Stroke Association, ASA &amp; AHA. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association <a href="https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211">https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211</a></li> <li>7 National Institute for care excellence (NICE). 2019. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. Guidelines <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269">https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269</a></li> </ol>
<b>Utilisations</b>	<p>L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. Pilotage interne dans les établissements de santé. Procédure de certification des établissements de santé.</p>

	Diffusion publique, Incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet. Cf cadre réglementaire.
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de type de taux. Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements Ajustement sur le risque : non
<b>Numérateur</b>	Nombre de séjours de patients pour lesquels : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La trace d'une imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC</li> </ul> ET <ul style="list-style-type: none"> <li>• La trace de la date et heure de l'imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC</li> </ul>
<b>Dénominateur</b>	Nombre de séjours évalués
<b>Echantillon</b>	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2019.
<b>Critères d'inclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séjours hors séances, d'au moins un jour avec diagnostic principal d'AVC aigu avec un code CIM 10 : I60.x, I61.x, I62.x, I64.x et I63.x sauf I63.6</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;</li> <li>• Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;</li> <li>• Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>• Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie = 9) ;</li> <li>• Les séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire : : G45.0 ; G45.1 ; G45.2 ; G45.3 ; G45.4 ; G45.8 ; G45.9</li> <li>• Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;</li> <li>• Les séjours avec un GHM erreur.</li> </ul>
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	Il convient de trouver dans le dossier, l'imagerie cérébrale permettant de confirmer le diagnostic d'AVC et la date et heure de celle-ci.  L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Pour tout patient quel que soit le mode d'entrée, le dossier du patient est conforme si on trouve : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La trace d'une imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC</li> </ul> ET <ul style="list-style-type: none"> <li>• La trace de la date et heure de l'imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC</li> </ul>

## Algorithme de calcul de l'indicateur ICD

Taux de patients dont l'imagerie cérébrale, ainsi que l'heure et la date de l'examen confirmant le diagnostic d'AVC sont tracées

Variable		Algorithme
Pourcentage de dossiers = $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND ICD}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND ICD}]}$	Dossier i :  [num IND ICD]	Si [ICD_1] = 1 ET [ICD_1_1] = 1  Alors [num IND ICD] = 1 Sinon num IND ICD] = 0 FinSi
	Dossier i :  [den IND ICD]	Les dossiers évalués : [Dossier] = 1 ET [AVC_10] = 0

## Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Eléments déterminants la prise en charge immédiate » (EPCI)

<b>Définition</b>	<p>Cette information complémentaire évalue la traçabilité des éléments déterminants la prise en charge immédiate en MCO d'un patient avec un diagnostic d'accident vasculaire cérébral aigu quelle que soit son étiologie. Cette information complémentaire suit 4 critères qualité :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La traçabilité de la date et heure d'entrée dans l'établissement</li> <li>2. La traçabilité de la date et heure de début des symptômes</li> <li>3. La traçabilité du score de gravité de NIHSS à l'entrée réalisé la 1ère heure suivant l'arrivée dans l'ES</li> <li>4. La traçabilité de la glycémie capillaire réalisée à la première heure d'arrivée dans l'établissement</li> </ol> <p>Pour envisager les modalités de comparaison entre établissements (et donc l'évolution de cette information complémentaire en indicateur), une discussion avec le groupe de travail sera nécessaire pour mieux prendre en compte les pratiques et organisations actuelles et l'ajustement aux hémorragies cérébrales.</p>
<b>Justification</b>	<p>Les patients pour lesquels un diagnostic d'accident vasculaire cérébral aigu est évoqué, doivent bénéficier d'une évaluation clinique sans délai. Cette évaluation fournit des informations déterminantes pour la prise en charge immédiate d'un AVC : état neurologique à l'arrivée selon le score de NIHSS, glycémie, délai entre le début des symptômes et l'arrivée en MCO. Ces notions établies depuis plus de 15 ans font consensus et sont rappelées dans les recommandations les plus récentes américaines ou européennes.</p> <p>Des protocoles de prise en charge doivent être formalisés pour que ces informations essentielles soient renseignées, car elles contribuent à l'évaluation neurovasculaire, et aux décisions relatives aux traitements des infarctus cérébraux ou la surveillance et prise en charge des hémorragies cérébrales.</p> <p>Cette notion, décrite dans la recommandation de la HAS (2009), a présidé à l'organisation des filières de prise en charge de l'AVC avec le plan AVC (2010-2014). Elle fait consensus et est rappelée dans les recommandations les plus récentes (3-8).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 HAS 2009. Recommandation pour la prise en charge d'un AVC. HAS 2009. Recommandation pour la prise en charge d'un AVC. <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse">https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse</a></li> <li>2 DGOS (2012). Circulaire DGOS/R4/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC. <a href="https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf">https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf</a></li> <li>3 European Stroke Organisation, ESO. (2013). Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, <a href="http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828">http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828</a></li> <li>4 American Heart Association/American Stroke Association, ASA &amp; AHA. (2015). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage from American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015; 46:2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069 <a href="https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069">https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069</a></li> <li>5 National Institute for care excellence, NICE. (2016). Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016</li> </ol>

	<p>6 American Heart Association/American Stroke Association, ASA &amp; AHA. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association  <a href="https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211">https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211</a></p> <p>7 National Institute for care excellence (NICE). 2019. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. Guidelines  <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269">https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269</a></p>
<b>Utilisations</b>	<p>L'objectif de performance est fixé à 80/100, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.  Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé.</p>
<b>Type d'information complémentaire</b>	<p>Information complémentaire sur le processus de prise en charge sans comparaison des ES  Pas d'ajustement sur le risque</p>
<b>Score individuel</b>	<p>Pour chaque dossier de patients présentant les critères d'inclusion sera rendu la traçabilité de chaque critère</p>
<b>Score global</b>	<p>Pour cette information complémentaire il n'est pas encore défini</p>
<b>Echantillon</b>	<p>L'information complémentaire est calculée sur un échantillon aléatoire de 50 séjours, tirés au sort sur l'année 2019.</p>
<b>Critères d'inclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séjours d'au moins un jour avec diagnostic principal d'AVC aigu avec un code CIM 10 : I60.x, I61.x, I62.x, I64.x et I63.x sauf I63.6</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;</li> <li>• Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;</li> <li>• Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>• Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie = 9) ;</li> <li>• Les séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire : G45.0 ; G45.1 ; G45.2 ; G45.3 ; G45.4 ; G45.8 ; G45.9</li> <li>• Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;</li> <li>• Les séjours avec un GHM erreur.</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion secondaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient transféré / muté dans l'établissement MCO audité après 48 heures de prise en charge pour AVC dans un premier établissement</li> </ul>
<b>Mode d'évaluation de l'information complémentaire</b>	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire permettant de suivre chaque critère. Les éléments requis pour la traçabilité de chacun des critères « qualité » sont décrits ci-dessous.</p> <p><b>Critère 1 : Traçabilité de la date et heure d'entrée</b>  Le critère est satisfait si on trouve dans le dossier du patient la date et heure d'entrée dans l'établissement</p> <p><b>Critère 2 : Traçabilité de la date et heure de début des symptômes</b>  Le critère est satisfait s'il est indiqué dans le dossier du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La date et heure de début des symptômes</li> </ul> <p>Ou</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- La date et heure de début des symptômes sont impossibles à déterminer</li></ul> <p><b>Critère 3 : Traçabilité du score de NIHSS réalisé dans la 1ère heure suivant l'arrivée dans l'établissement</b></p> <p>Le critère est satisfait s'il est tracé dans le dossier du patient un score de gravité de NIHSS réalisé dans la 1ère heure suivant l'arrivée dans l'établissement</p> <p><b>Critère 4 : Traçabilité de la glycémie capillaire dans la 1ère heure suivant l'arrivée dans l'établissement</b></p> <p>Le critère est satisfait s'il est tracé dans le dossier qu'une glycémie capillaire est réalisée à la première heure d'arrivée dans l'établissement</p>
--	--

**Fiche descriptive de l'information complémentaire :  
« Délai entre l'arrivée dans l'ES et l'imagerie cérébrale diagnostique »  
(DARIM)**

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

	7 National Institute for care excellence (NICE). 2019. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. Guidelines <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269">https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269</a>
<b>Utilisations</b>	L'objectif de performance est fixé à 80/100, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées. Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé.
<b>Type d'information complémentaire</b>	Information complémentaire sur le processus de prise en charge sans comparaison des ES Taux Pas d'ajustement sur le risque
<b>Numérateur</b>	Nombre de séjours avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une évaluation du délai entre la date de l'arrivée dans l'ES et la date de l'imagerie cérébrale diagnostique</li> </ul> ET <ul style="list-style-type: none"> <li>• La justification d'un délai supérieur ou égal à 6 heures</li> </ul>
<b>Dénominateur</b>	Nombre de séjours en MCO pour un AVC aigu sauf les séjours avec un transfert ou une mutation.
<b>Echantillon</b>	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2019.
<b>Critères d'inclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séjours hors séances, d'au moins un jour avec diagnostic principal d'AVC aigu avec un code CIM 10 : I60.x, I61.x, I62.x, I64.x et I63.x sauf I63.6</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;</li> <li>• Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;</li> <li>• Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>• Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie = 9) ;</li> <li>• Les séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire : G45.0 ; G45.1 ; G45.2 ; G45.3 ; G45.4 ; G45.8 ; G45.9</li> <li>• Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;</li> <li>• Les séjours avec un GHM erreur</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion secondaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient transféré / muté dans l'établissement MCO audité après 48 heures de prise en charge pour AVC dans un premier établissement</li> </ul>

<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	<p>Il convient de trouver dans le dossier de reporter le délai entre la date de l'arrivée dans l'ES et la date de l'imagerie cérébrale diagnostique. L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>Pour tout patient en séjour en MCO pour AVC hors transfert ou mutation, le dossier du patient est conforme si on trouve :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une évaluation du délai entre la date de l'arrivée dans l'ES et la date de l'imagerie cérébrale diagnostique</li> </ul> <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La justification d'un délai supérieur ou égal à 6 heures</li> </ul>
--	---

### Algorithme de calcul de l'information complémentaire DARIM

Taux de dossiers de patients dans lesquels le délai entre l'arrivée dans l'ES et l'imagerie cérébrale diagnostique est tracé ou justifié si ce délai est supérieur ou égal à 6 heures

Variable		Algorithme
Pourcentage de dossiers = $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND DARIM}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND DARIM}]}$	Dossier i : [num IND DARIM]	Si (([DARIM_1] = 1 ET [DARIM_1_1] = 1 ou 2) OU ([DARIM_1] = 1 ET [DARIM_1_1] = 3, 4 ou 5 ET [DARIM_1_1_1] = 1) Alors [num IND DARIM] = 1 Sinon [num IND DARIM] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND DARIM ]	Les dossiers évalués : [Dossier] = 1 ET [AVC_10] = 0 ET [ModeEntrée] = 8 OU ([ModeEntrée] = 0, 6 ou 7 ET [AVC_11] = 2 ou 3))

**Fiche descriptive de l'indicateur :**  
**« Accès à une expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale en dehors des services spécialisés\* » (EN)**

\*unité neuro-vasculaire ou service de neurologie ou de neurochirurgie

<b>Définition</b>	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue l'accès, pour les patients qui ne sont pas admis en UNV, neurologie ou neurochirurgie, à une expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale au cours de son séjour en MCO pour AVC.</p>
<b>Justification</b>	<p>L'accès à une expertise neuro-vasculaire, neurologique ou neurochirurgicale détermine la prise en charge immédiate d'un AVC et son pronostic. Tous les patients ne sont pas admis dans les services de neurochirurgie, neuro-vasculaire ou de neurologie. Pour autant, il est nécessaire d'obtenir une expertise neuro-vasculaire, neurologique ou neurochirurgicale via une téléconsultation pour orienter au mieux la prise en charge.</p> <p>Ces notions établies par la HAS en 2009 et mise en œuvre par le plan AVC (2010-2014) font toujours consensus comme le rappellent les recommandations les plus récentes américaines ou européennes (1-8).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 HAS 2009. Recommandation pour la prise en charge d'un AVC.  <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse">https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse</a></li> <li>2 DGOS (2012). Circulaire DGOS/R4/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC.  <a href="https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf">https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf</a></li> <li>3 European Stroke Organisation, ESO. (2013). Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013,  <a href="http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828">http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828</a></li> <li>4 American Heart Association/American Stroke Association, ASA &amp; AHA. (2015). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage from American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015; 46:2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069  <a href="https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069">https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069</a></li> <li>5 National Institute for care excellence, NICE. (2016). Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016</li> <li>6 American Heart Association/American Stroke Association, ASA &amp; AHA. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association  <a href="https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211">https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211</a></li> <li>7 National Institute for care excellence (NICE). 2019. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. Guidelines <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269">https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269</a></li> </ol>
<b>Utilisations</b>	<p>L'objectif de performance est fixé à 80/100, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p>

	<p>Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. Procédure de certification des établissements de santé.</p> <p>Diffusion publique, incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet. Cf. cadre réglementaire</p>
<b>Type d'indicateur</b>	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements</p> <p>Taux</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque</p>
<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de séjours pour lesquels le dossier comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La trace d'une évaluation neuro-vasculaire et les conclusions de celle-ci</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La trace d'un avis neurologique ou neurochirurgical et les conclusions de celui-ci</li> </ul>
<b>Dénominateur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de séjours à l'exclusion des patients admis en neurochirurgie, neurovasculaire, ou neurologie.</li> </ul>
<b>Echantillon</b>	<p>L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2019.</p>
<b>Critères d'inclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séjours hors séances, d'au moins un jour avec diagnostic principal d'AVC aigu avec un code CIM 10 : I60.x, I61.x, I62.x, I64.x et I63.x sauf I63.6</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;</li> <li>• Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;</li> <li>• Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>• Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie = 9) ;</li> <li>• Les séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire : G45.0 ; G45.1 ; G45.2 ; G45.3 ; G45.4 ; G45.8 ; G45.9</li> <li>• Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;</li> </ul> <p>Les séjours avec un GHM erreur ;</p>
<b>Critères d'exclusion secondaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients admis en neurochirurgie, neurovasculaire, ou neurologie.</li> </ul>
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	<p>Il convient de trouver dans le dossier, les conclusions d'une expertise neuro-vasculaire ou celles d'un avis neurologique ou neurochirurgical</p> <p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Pour tout patient le dossier du patient est conforme si on trouve :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La trace d'une évaluation neuro-vasculaire et des conclusions de celle-ci</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La trace d'un avis neurologique ou neurochirurgical et les conclusions de celui-ci</li> </ul>

## Algorithme de calcul de l'indicateur EN

Taux de dossiers de patients pris en charge hors services spécialisés **dans** lesquels une expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale est tracée.

Variable		Algorithme
Pourcentage de dossiers = $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND EN}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND EN}]}$	Dossier i : [num IND EN]	Si ([AEN_1] = 1 ET [AEN_1_1] = 1)  OU ([AEN_1] = 0 ET [AEN_1_2] = 1 ET [AEN_1_2_1] = 1 ou 2 ET [AEN_1_2_2] = 1)  Alors [num IND EN] = 1 Sinon num IND EN] = 0)) FinSi
	Dossier i : [den IND EN]	Les dossiers évalués : [Dossier] = 1 ET [AVC_10] = 0 ET [ADE_12] = 0 ET [ADE_13] = 0 ET [ADE_14] = 0

**Fiche descriptive de l'information complémentaire :  
« Evaluation du délai entre l'arrivée dans l'ES et l'expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale hors services spécialisés\* » (DAREX)**

\* unité neuro-vasculaire ou service de neurologie ou de neurochirurgie

<p><b>Définition</b></p>	<p>Cette information complémentaire évalue la traçabilité de l'évaluation du délai entre la date d'arrivée dans l'établissement et la date de l'expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale.</p> <p>Pour envisager les modalités de comparaison entre établissements (et donc l'évolution de cette information complémentaire en indicateur), une discussion avec le groupe de travail sera nécessaire pour déterminer les délais associés à une prise en charge optimale des AVC.</p>
<p><b>Justification</b></p>	<p>Le délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'expertise neuro-vasculaire, neurologique ou neurochirurgicale est un des déterminants de la qualité de la prise en charge de tout type d'AVC, avec notamment l'accès à la thrombolyse/thrombectomie en cas d'infarctus cérébral. Ces notions établies par la HAS en 2009 et mise en œuvre par le plan AVC (2010-2014) font toujours consensus comme le rappellent les recommandations les plus récentes américaines ou européennes (1-8).</p> <p>Tous les patients victimes d'un AVC ne sont pas admis d'emblée dans les services de neurochirurgie, neuro-vasculaire ou de neurologie. Pour autant, il est nécessaire d'obtenir une expertise neuro-vasculaire, neurologique ou neurochirurgicale via une téléconsultation pour orienter au mieux la prise en charge. Le dossier du patient doit tracer la demande d'expertise, et la date de sa réalisation.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 HAS 2009. Recommandation pour la prise en charge d'un AVC. <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse">https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse</a></li> <li>2 DGOS (2012). Circulaire DGOS/R4/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC. <a href="https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf">https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf</a></li> <li>3 European Stroke Organisation, ESO. (2013). Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, <a href="http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828">http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828</a></li> <li>4 American Heart Association/American Stroke Association, ASA &amp; AHA. (2015). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage from American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2015; 46:2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069 <a href="https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069">https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069</a></li> <li>5 National Institute for care excellence, NICE. (2016). Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016</li> <li>6 American Heart Association/American Stroke Association, ASA &amp; AHA.</li> </ol>

	<p>(2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association  <a href="https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211">https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211</a></p> <p>7 National Institute for care excellence (NICE). 2019. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. Guidelines  <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269">https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269</a></p>
<b>Utilisations</b>	<p>L'objectif de performance est fixé à 80/100, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.  Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé.</p>
<b>Type d'information complémentaire</b>	<p>Information complémentaire sur le processus de prise en charge sans comparaison des ES  Taux  Pas d'ajustement sur le risque</p>
<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de séjours pour lesquels le dossier avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une évaluation du délai entre la date d'arrivée dans l'ES et la date de l'expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale</li> </ul> <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La justification d'un délai supérieur à 12 heures</li> </ul>
<b>Dénominateur</b>	<p>Tous les séjours sauf les séjours des patients admis en service de neurologie, neurochirurgie ou en unité neurovasculaire.</p>
<b>Echantillon</b>	<p>L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2019.</p>
<b>Critères d'inclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séjours hors séances, d'au moins un jour avec diagnostic principal d'AVC aigu avec un code CIM 10 : I60.x, I61.x, I62.x, I64.x et I63.x sauf I63.</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;</li> <li>• Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;</li> <li>• Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>• Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie = 9) ;</li> <li>• Les séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire : G45.0 ; G45.1 ; G45.2 ; G45.3 ; G45.4 ; G45.8 ; G45.9</li> <li>• Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;</li> <li>• Les séjours avec un GHM erreur.</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion secondaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients pris en charge en unités de soins neurovasculaires, en unités de soins intensifs en neurovasculaires en services de neurologie ou de neurochirurgie</li> </ul>

**Mode d'évaluation de l'indicateur**

Il convient de trouver dans le dossier de reporter le délai entre la date d'arrivée dans l'ES et la date de l'expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale. L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.

Pour tous les séjours sauf les séjours des patients admis en service de neurologie, neurochirurgie ou en unité neurovasculaire, le dossier du patient est conforme si on trouve :

- Une évaluation du délai entre l'arrivée dans l'ES et l'expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale

ET

- La justification d'un délai supérieur à 12 heures.

## Algorithme de calcul de l'information complémentaire DAREX

Taux de dossiers de patients pris en charge en dehors services spécialisés dans lesquels le délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale est tracé ou justifié si ce délai est supérieur à 12 heures.

Variable		Algorithme
<p>Pourcentage de dossiers =</p> $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND DAREX}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND DAREX}]}$	<p>Dossier i :</p> <p>[num IND DAREX]</p>	<p>Si</p> <p>([DAREX_1] = 1 ET [DAREX_1_1] = 1, 2, 3 ou 4)</p> <p>OU</p> <p>([DAREX_1] = 1 ET [DAREX_1_1] = 5 ET [DAREX_1_1_1] = 1)</p> <p>OU</p> <p>([DAREX_2] = 1 ET [DAREX_2_1] = 1, 2, 3 ou 4)</p> <p>OU</p> <p>([DAREX_2] = 1 ET [DAREX_2_1] = 5 ou 6 ET [DAREX_2_1_1] = 1)</p> <p>Alors [num IND DAREX] = 1 Sinon [num IND DAREX] = 0 FinSi</p>
	<p>Dossier i :</p> <p>[den IND DAREX]</p>	<p>Les dossiers évalués :</p> <p>[Dossier] = 1 ET [AVC_10] = 0 ET [ADE_12] = 0 ET [ADE_13] = 0 ET [ADE_14] = 0</p>

## Fiche descriptive de l'indicateur : « Prévention des troubles de la déglutition » (DTD)

<b>Définition</b>	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue la qualité de prévention des troubles de la déglutition lors d'un séjour en MCO pour AVC.
<b>Justification</b>	<p>La recommandation de l'Anaes (2002) et les recommandations étrangères les plus récentes (1-7) rappellent les risques associés aux troubles de la déglutition dans les suites d'un AVC et la conduite à tenir en matière de dépistage et de prévention. Les troubles de la déglutition sont fréquents dans les suites immédiates d'un AVC. Ils sont responsables de pneumopathies d'inhalation. Une recherche de troubles de la déglutition doit être systématique avant toute alimentation liquide ou solide. Cette recherche est réalisée dès l'entrée du patient dans le service (si l'état de vigilance le permet) et tout au long du séjour. La prévention des complications des troubles de la déglutition repose sur une recherche précoce et régulière de ces troubles et des mesures adaptées en cas de troubles de la déglutition avérés. La recherche de troubles de la déglutition et les mesures de prévention de leurs complications doivent être tracées dans le dossier.</p> <p><i>Anaes (2002) : « 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). »</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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). »</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anaes 2002. Prise en charge des patients adulte atteints d'AVC. Aspects paramédicaux. <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_272250/en/prise-en-charge-initiale-des-patients-adultes-atteints-d-accident-vasculaire-cerebral-aspects-paramedicaux">https://www.has-sante.fr/jcms/c_272250/en/prise-en-charge-initiale-des-patients-adultes-atteints-d-accident-vasculaire-cerebral-aspects-paramedicaux</a></li> <li>2. SIGN 2010. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. A national clinical guideline <a href="https://www.sign.ac.uk/media/1057/sign119.pdf">https://www.sign.ac.uk/media/1057/sign119.pdf</a></li> <li>3. European Stroke Organisation Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, <a href="http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828">http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828</a></li> <li>4. American Heart Association/American Stroke Association (2015). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage from American Heart Association/American Stroke Association (AHA &amp; ASA, 2015). Stroke. 2015; 46:2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069 <a href="https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069">https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069</a></li> <li>5. NICE Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016</li> <li>6. National Institute for care excellence (NICE). 2019. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. Guidelines <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-">https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-</a></li> </ol>

	<p><a href="https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211">transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269</a></p> <p>7. American Heart Association/American Stroke Association (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association (AHA &amp; ASA, 2019)  <a href="https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211">https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211</a></p>
<b>Utilisations</b>	<p>L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.  Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé.  Procédure de certification des établissements de santé.</p> <p>Diffusion publique, incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet. Cf. cadre réglementaire</p>
<b>Type d'indicateur</b>	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements</p> <p>Taux</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque</p>
<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de séjours pour lesquels le dossier comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La trace d'une recherche de troubles de la déglutition effectuée au plus tard dans les 48 premières heures du séjour</li> </ul> <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La trace de mesures de prévention des complications des troubles de la déglutition, si les troubles de la déglutition sont avérés</li> </ul>
<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de séjours évalués</p>
<b>Echantillon</b>	<p>L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2019.</p>
<b>Critères d'inclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Séjours hors séances, d'au moins un jour avec diagnostic principal d'AVC aigu avec un code CIM 10 : I60.x, I61.x, I62.x, I64.x et I63.x sauf I63.6</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;</li> <li>Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;</li> <li>Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie = 9) ;</li> <li>Les séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire : G45.0 ; G45.1 ; G45.2 ; G45.3 ; G45.4 ; G45.8 ; G45.9</li> <li>Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;</li> <li>Les séjours avec un GHM erreur.</li> </ul>
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	<p>Il convient de trouver dans le dossier des mesures de prévention des complications des troubles de la déglutition, si ceux-ci sont avérés. L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>Pour tout patient quel que soit le service d'hospitalisation, le dossier du patient est conforme si on trouve :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La trace d'une recherche de troubles de la déglutition effectuée au plus tard dans les 48 premières heures du séjour</li> </ul>

	<p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La trace de mesures de prévention des complications des troubles de la déglutition, si les troubles de la déglutition sont avérés</li></ul>
--	---

## Algorithme de calcul de l'indicateur DTD

Taux de dossiers pour lesquels le dépistage et la prévention des troubles de la déglutition sont tracés

Variable		Algorithme
Pourcentage de dossiers = $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND DTD\_V2}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND DTD\_V2}]}$	Dossier i :  [num IND DTD_V2]	Si  ([DTD_1] = 1 ET [DTD_1_1] = 1)  ET  { ([DTD_1_1_1] = 1 ET [DTD_1_1_1_1] = 1)  OU  [DTD_1_1_1] = 0 }  Alors [num IND DTD_V2] = 1 Sinon [num IND DTD_V2] = 0 FinSi
	Dossier i :  [den IND DTD_V2]	Les dossiers évalués : [Dossier] = 1 ET [AVC_10] = 0

**Fiche descriptive de l'indicateur :  
« Accès à l'évaluation par un rééducateur ou un médecin de  
médecine physique et réadaptation » (AEPR)**

<b>Définition</b>	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue l'accès à l'expertise d'un médecin de médecine physique et de réadaptation ou un rééducateur
<b>Justification</b>	<p>Les recommandations étrangères sur la prise en charge immédiate des AVC parues entre 2016 et 2019 rappellent que les soins de rééducation doivent débuter dès que possible c'est-à-dire dès que l'état du patient le permet. Ces soins sont basés sur une évaluation réalisée par un médecin ayant une expertise neuro-vasculaire et complétée dans les 24 à 48 premières heures par une évaluation réalisée par les professionnels impliqués dans la rééducation/réadaptation (médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation, professionnels paramédicaux).</p> <p>Cette évaluation qui devrait être systématique a pour objectifs d'apprécier la sévérité de l'AVC, d'estimer le pronostic de récupération, les besoins de rééducation, et l'orientation du patient. Une évaluation sans délai des déficiences et besoins de rééducation par un médecin de médecine physique et de réadaptation ou par des rééducateurs (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien) permet de définir un plan de soins de rééducation et de réadaptation dans les suites immédiates de l'AVC. Il a été montré qu'une rééducation immédiate, centrée et adaptée aux besoins du patient réduit la sévérité des déficiences et augmente le pronostic fonctionnel des patients.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Steiner, T. (2014). European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. Updated of 2006 guidelines.</li> <li>2. Hemphill, JC. (2015) Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Haemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association AHA, Stroke. 2015; 46: 2032-2060. DOI: 10.1161/STR.000000000000069. Update of 2010 guidelines.</li> <li>3. Kobayashia, A. (2018). European Academy of Neurology and European Stroke Organization consensus statement and practical guidance for pre-hospital management of stroke. European Journal of Neurology 2018, 25: 425–433. Doi :10.1111/ene.13539</li> <li>4. Powers, WJ. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association</li> <li>5. Gittler M. (2018). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. <a href="https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2673525">https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2673525</a></li> <li>6. HAS (2019). Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC. <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc">https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc</a>. Mai 2019.</li> <li>7. Circulaire DGOS/R4/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC. <a href="http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf">solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf</a></li> <li>8. European Stroke Organisation Recommendations to establish a stroke unit and stroke Centres. ESO 2013, <a href="http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828">http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/828</a></li> <li>9. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral haemorrhage from American Heart Association/American Stroke Association (AHA &amp;</li> </ol>

	<p>ASA, 2015). Stroke. 2015; 46:2032-2060. DOI: 10.1161/STR.0000000000000069  <a href="https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069">https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/str.0000000000000069</a></p> <p>10. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stroke in adults Quality standard [QS2] Published: 29 June 2010 Last updated: 12 April 2016. <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/qs2">https://www.nice.org.uk/guidance/qs2</a></p> <p>11. Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association (AHA &amp; ASA, 2019)  <a href="https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211">https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211</a></p>
<b>Utilisations</b>	<p>L'objectif de performance est fixé à 80/100, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p> <p>Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé.</p> <p>Procédure de certification des établissements de santé.</p> <p>Diffusion publique, incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet. Cf. cadre réglementaire</p>
<b>Type d'indicateur</b>	<p>Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements</p> <p>Taux</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque</p>
<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de séjours pour lesquels le dossier comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une demande d'évaluation par un médecin de médecine physique et de réadaptation ou par des rééducateurs ou trace d'une justification en cas d'absence de demande</li> </ul> <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les conclusions de l'évaluation du médecin de médecine physique et de réadaptation ou rééducateur</li> </ul>
<b>Dénominateur</b>	Nombre de séjours évalués
<b>Echantillon</b>	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2019.
<b>Critères d'inclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séjours hors séances, d'au moins un jour avec diagnostic principal d'AVC aigu avec un code CIM 10 : I60.x, I61.x, I62.x, I64.x et I63.x sauf I63.6</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;</li> <li>• Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;</li> <li>• Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>• Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie = 9) ;</li> <li>• Les séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire : G45.0 ; G45.1 ; G45.2 ; G45.3 ; G45.4 ; G45.8 ; G45.9</li> <li>• Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;</li> <li>• Les séjours avec un GHM erreur.</li> </ul>
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	<p>Il convient de trouver dans le dossier les conclusions de l'évaluation des besoins du patient effectuée par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et réadaptation lors de son séjour en MCO.</p> <p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p>

	<p>Pour tout patient quel que soit le service d'hospitalisation, le dossier du patient est conforme s'il comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Une demande d'évaluation par un médecin de médecine physique et de réadaptation ou par des rééducateurs ou trace d'une justification en cas d'absence de demande</li></ul> <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Les conclusions de l'évaluation du médecin de médecine physique et de réadaptation ou rééducateur</li></ul>
--	--

## Algorithme de calcul de l'indicateur AEPR

Taux de dossiers de patients dans lesquels une évaluation par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et de réadaptation est tracée ou l'absence d'évaluation est justifiée

Variable		Algorithme
Pourcentage de dossiers = $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND AEPR}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND AEPR}]}$	Dossier i : [num IND AEPR]	Si { [EPR_5] = 1 OU ([EPR_5] = 0 ET [EPR_5_1] = 1) }  ET  { [EPR_1] = 1 OU ([EPR_2] = 1 ET [EPR_2_2] = 1) }  Alors [num IND AEPR] = 1 Sinon [num IND AEPR] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND AEPR]	Les dossiers évalués : [Dossier] = 1 ET [AVC_10] = 0

**Fiche descriptive de l'information complémentaire :  
« Evaluation du délai entre la date d'arrivée dans l'ES et la date de  
l'évaluation par un rééducateur ou un médecin de MPR » (DARER)**

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

<b>Utilisations</b>	L'objectif de performance est fixé à 80/100, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées. Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé.
<b>Type d'information complémentaire</b>	Information complémentaire sur le processus de prise en charge sans comparaison des ES Taux Pas d'ajustement sur le risque
<b>Numérateur</b>	Nombre de séjours pour lesquels le dossier avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une évaluation du délai entre la date d'arrivée dans l'ES et la date d'évaluation par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et de réadaptation</li> </ul> ET <ul style="list-style-type: none"> <li>• La justification d'un délai supérieur à 4 jours</li> </ul>
<b>Dénominateur</b>	Nombre de séjours évalués
<b>Echantillon</b>	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2019.
<b>Critères d'inclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séjours hors séances, d'au moins un jour avec diagnostic principal d'AVC aigu avec un code CIM 10 : I60.x, I61.x, I62.x, I64.x et I63.x sauf I63.6</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;</li> <li>• Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;</li> <li>• Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>• Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie = 9) ;</li> <li>• Les séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire : G45.0 ; G45.1 ; G45.2 ; G45.3 ; G45.4 ; G45.8 ; G45.9</li> <li>• Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;</li> <li>• Les séjours avec un GHM erreur ;</li> </ul>
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	<p>Il convient de trouver dans le dossier de reporter le délai entre la date d'arrivée dans l'ES et la date d'évaluation par un rééducateur ou un MPR. L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>Pour tout patient en séjour en MCO pour AVC, le dossier du patient est conforme si on trouve :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une évaluation du délai entre la date d'arrivée dans l'ES et la date d'évaluation par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et de réadaptation</li> </ul> ET <ul style="list-style-type: none"> <li>• La justification d'un délai supérieur à 4 jours</li> </ul>

## Algorithme de calcul de l'information complémentaire DARER

Taux de dossiers de patients dans lesquels le délai entre l'arrivée dans l'ES et l'évaluation par un rééducateur ou un médecin de MPR est tracé ou justifié si ce délai est supérieur à 4 jours.

Variable		Algorithme
<p>Pourcentage de dossiers =</p> $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND DARER}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND DARER}]}$	<p>Dossier i :</p> <p>[num IND DARER]</p>	<p>Si</p> <p>([DARER_1] = 1 ET [DARER_1_1] = 1, 2, 3 ou 4)</p> <p>OU</p> <p>([DARER_1] = 1 ET [DARER_1_1] = 5 ET [DARER_1_1_1] = 1)</p> <p>Alors [num IND DARER] = 1 Sinon [num IND DARER] = 0 FinSi</p>
	<p>Dossier i :</p> <p>[den IND DARER]</p>	<p>Les dossiers évalués :</p> <p>[Dossier] = 1 ET [AVC_10] = 0 ET ([EPR_1] = 1 OU [EPR_2] = 1)</p>

## Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Transfert en SSR de neurologie ou de gériatrie » (TES)

<b>Définition</b>	<p>Cette information complémentaire, présentée sous la forme d'un taux de conformité, évalue l'accès à un SSR pour les affections neurologiques ou un SSR gériatrique après un séjour MCO pour AVC.</p> <p>Cette information complémentaire n'est pas destinée à devenir un indicateur de comparaison entre les établissements dans la mesure où l'établissement audité ne peut pas être responsable de l'offre d'aval.</p>
<b>Justification</b>	<p>L'activité des soins de suite et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Les patients présentant un déficit de gravité moyenne ou sévère suite à un AVC 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 (1,2)</p> <p>En 2014, le taux d'admission en SSR s'élevait à 36,3%. L'admission en SSR était fortement associée à un âge avancé, à la présence d'une séquelle motrice et aux AVC hémorragiques. Le passage en unité neurovasculaire (UNV) augmentait la probabilité d'admission en SSR jusqu'à 75 ans. Le nombre de patients admis en SSR a augmenté entre 2010 (n=20 950) et 2014 (n=24 681), mais le taux correspondant a peu évolué (+1,6%/an). L'augmentation significative des taux ne concernait que les patients de moins de 35 ans ou de plus de 75 ans. Plus de la moitié des patients présentant une dépendance fonctionnelle élevée à l'entrée en SSR a bénéficié d'une amélioration de son score de dépendance (3). L'accès aux soins de rééducation / réadaptation de qualité reste insuffisant et inégal sur le territoire (4,5).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation, Société Française de Neuro Vasculaire et Société Française de Gériatrie et Gérontologie (2008). Orientations des patients atteints d'AVC- Pratiques professionnelles et Recommandations, 2008. <a href="file:///D:/OneDrive%20-%20Haute%20Autorit%C3%A9%20de%20Sant%C3%A9/EvOQSS/IQSS_2021/IQSS_AVG_MCO/biblio/2010_Synthese_Orientations_AVG.pdf">file:///D:/OneDrive%20-%20Haute%20Autorit%C3%A9%20de%20Sant%C3%A9/EvOQSS/IQSS_2021/IQSS_AVG_MCO/biblio/2010_Synthese_Orientations_AVG.pdf</a></li> <li>2. Yelnik, A-P., Schnitzler, A, Prada- Diehl, P., et al. Parcours de soins et médecin physique et de réadaptation (MPR) : « le patient après un AVC ». <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877065711011298">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877065711011298</a></li> <li>3. Gabet A, de Peretti C, Woimant F, Giroud M, Béjot Y, Schnitzler A, et al. (2017) Évolution de l'admission en soins de suite et de réadaptation des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral en France, 2010-2014. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(11):196-207. <a href="http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/11/2017_11_1.html">http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/11/2017_11_1.html</a></li> <li>4. De Peretti, C., Woimant, F., Schnitzler, A (2020). Les hospitalisations en soins de suite de réadaptation spécialisées pour les affections du système nerveux en 2017. <a href="file:///C:/Users/NE417~1.RIO/AppData/Local/Temp/345239_spf00002523.pdf">file:///C:/Users/NE417~1.RIO/AppData/Local/Temp/345239_spf00002523.pdf</a></li> <li>5. HAS (2019). Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC. <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc">https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc</a>. Mai 2019.</li> </ol>

<b>Utilisations</b>	L'objectif de performance est fixé à 80/100, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées. Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé.
<b>Type d'information complémentaire</b>	Information complémentaire sur le processus de prise en charge sans comparaison des ES Taux Pas d'ajustement sur le risque
<b>Numérateur</b>	Nombre de séjours dont le dossier comporte la trace : <ul style="list-style-type: none"> <li>D'un transfert ou mutation du patient en SSR de neurologie ou de gériatrie</li> </ul> OU <ul style="list-style-type: none"> <li>D'une justification en cas d'absence de transfert ou mutation vers un SSR de neurologie ou gériatrie</li> </ul>
<b>Dénominateur</b>	Nombre de séjours avec un transfert ou mutation en SSR après un séjour en MCO pour un AVC
<b>Echantillon</b>	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2019.
<b>Critères d'inclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Séjours hors séances, d'au moins un jour avec diagnostic principal d'AVC aigu avec un code CIM 10 : I60.x, I61.x, I62.x, I64.x et I63.x sauf I63.6</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;</li> <li>Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;</li> <li>Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie = 9) ;</li> <li>Les séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire : G45.0 ; G45.1 ; G45.2 ; G45.3 ; G45.4 ; G45.8 ; G45.9</li> <li>Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;</li> <li>Les séjours avec un GHM erreur</li> </ul>
<b>Critère d'exclusion secondaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les dossiers des patients de retour au domicile après leur séjour en SSR</li> </ul>
<b>Mode d'évaluation de l'information complémentaire</b>	<p>Il convient de trouver dans le dossier des informations relatives au transfert du patient vers un SSR spécialisé, et une information expliquant l'absence de transfert en SSR de neurologie ou de gériatrie. L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>Pour tout patient transféré ou muté en SSR après un séjour en MCO pour AVC, le dossier du patient est conforme s'il comporte la trace :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>D'un transfert ou mutation du patient en SSR de neurologie ou de gériatrie</li> </ul> OU <ul style="list-style-type: none"> <li>D'une justification en cas d'absence de transfert ou mutation vers un SSR neurologie ou de gériatrie</li> </ul>

## Algorithme de calcul de l'information complémentaire Transfert en SSR de neurologie ou de gériatrie

Taux de dossiers de patients transférés ou mutés en SSR de neurologie ou de gériatrie, dans lesquels l'orientation vers ces SSR est tracée ou l'absence de transfert/ mutation vers ces SSR est justifiée

Variable		Algorithme
Pourcentage de dossiers = $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND SSR\_V2}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND SSR\_V2}]}$	Dossier i :  [num IND SSR_V2]	Si [TSSR_1_1] = 1  OU ([TSSR_1_1] = 2 ET [TSSR_1_1_1] = 1 ET [TSSR_1_1_1_1] = 1, 2 ou 3)  Alors [num IND SSR_V2] = 1 Sinon [num IND SSR_V2] = 0 FinSi
	Dossier i :  [den IND SSR_V2]	Les dossiers évalués : [Dossier] = 1 ET [AVC_9] = 0 ET [AVC_10] = 0 ET [ModeSortie] = 6 ou 7 ET [TSSR_1] = 1

## Fiche descriptive de l'indicateur : « Préparation du retour à domicile » (PRD)

<b>Définition</b>	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux de conformité, évalue la qualité de la préparation du retour à domicile après un séjour MCO pour AVC.
<b>Justification</b>	<p>La préparation de la sortie de MCO et du retour à domicile sont des étapes clés pour la qualité de la prise en charge des patients. Cette préparation doit permettre d'assurer, en lien avec l'équipe de soins de proximité et le médecin spécialiste de médecine générale, une sécurité et une autonomie optimales du patient à son domicile. Il est nécessaire que soient décrits le niveau d'autonomie à la fin de son séjour en MCO, ainsi que les mesures d'accompagnement des déficiences résiduelles (1,2). La proportion importante de patients décédant au-delà de 30 jours après l'admission à l'hôpital, phase considérée comme aiguë, souligne l'importance d'optimiser le suivi post-AVC et la coordination des soins (3).</p> <p>Une consultation post-AVC doit être programmée dans les 6 mois suivant l'hospitalisation en MCO pour un AVC. Il s'agit d'ajuster le plan de soins de rééducation, le traitement des facteurs de risques cardiovasculaires et de prendre en charge les complications tardives / chroniques d'un AVC (4).</p> <p>Après une hospitalisation en MCO, un tiers des patients seront admis en SSR, les 2 tiers seront suivis en ville. Des améliorations restent nécessaires pour la prise en charge des complications latentes (consultation post AVC) et handicaps post AVC en SSR comme en ville. L'accès aux soins de qualité reste en effet considéré comme insuffisant et inégal sur le territoire (5-6).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. HAS 2012. Accident vasculaire cérébral. Méthode de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte. <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_1334330/fr/accident-vasculaire-cerebral-methodes-de-reeducation-de-la-fonction-motrice-chez-l-adulte">https://www.has-sante.fr/jcms/c_1334330/fr/accident-vasculaire-cerebral-methodes-de-reeducation-de-la-fonction-motrice-chez-l-adulte</a></li> <li>2. Yelnik, A-P., Schnitzler, A, Prada- Diehl, P., et al. Parcours de soins e médecin physique et de réadaptation (MPR) : « le patient après un AVC ». <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877065711011298">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877065711011298</a></li> <li>3. BEH 2019. Déterminants de la léthalité à la suite d'une hospitalisation pour un AVC en France en 2010-15 <a href="http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/5/pdf/2020_5_1.pdf">http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/5/pdf/2020_5_1.pdf</a></li> <li>4. Circulaire DGOS/R4/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC. <a href="http://olidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf">olidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf</a></li> <li>5. HAS (2019). Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC. <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc">https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972905/fr/accident-vasculaire-cerebral-pertinence-des-parcours-de-reeducation/readaptation-apres-la-phase-initiale-de-l-avc</a>. Mai 2019.</li> <li>6. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022. <a href="https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits">https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits</a>, consulté en juillet 2021</li> <li>15. Prado AVC Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022. <a href="https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits">https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits</a>, consulté en juillet 2021</li> </ol>
<b>Utilisations</b>	<p>L'objectif de performance est fixé à 80/100, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p> <p>Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé.</p> <p>Procédure de certification des établissements de santé.</p>

	Diffusion publique, incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet. Cf. cadre réglementaire
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus permettant la comparaison inter-établissements Taux Pas d'ajustement sur le risque
<b>Numérateur</b>	Nombre de séjours pour lesquels le dossier comporte : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des mesures d'accompagnement des déficiences en cas de séquelles</li> </ul> ET <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un score d'autonomie à la sortie</li> </ul> ET <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une évaluation par un gériatre pour les plus de 75 ans</li> </ul> ET <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un rendez-vous de consultation post AVC programmée dans les 6 mois suivant la sortie de MCO</li> </ul>
<b>Dénominateur</b>	Nombre de séjours avec un retour à domicile après un séjour en MCO pour un AVC
<b>Echantillon</b>	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2019.
<b>Critères d'inclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séjours hors séances, d'au moins un jour avec diagnostic principal d'AVC aigu avec un code CIM 10 : I60.x, I61.x, I62.x, I64.x et I63.x sauf I63.6</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;</li> <li>• Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;</li> <li>• Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>• Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie = 9) ;</li> <li>• Les séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ;</li> <li>• Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;</li> <li>• Les séjours avec un GHM erreur.</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion secondaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dossiers des patients dont le mode de sortie de SSR est un transfert ou une mutation vers un SSR</li> </ul>
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	<p>Il convient de trouver dans le dossier les conclusions de l'évaluation des besoins du patient effectuée par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et réadaptation lors de son séjour en MCO.</p> <p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire.</p> <p>Pour tout patient retournant à domicile après son séjour en MCO, le dossier du patient est conforme si on trouve :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des mesures d'accompagnement des déficiences en cas de séquelles</li> </ul> ET <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un score d'autonomie à la sortie</li> </ul> ET <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une évaluation par un gériatre pour les plus de 75 ans</li> </ul>

	<p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Un rendez-vous de consultation post AVC programmée dans les 6 mois suivant la sortie de MCO</li></ul>
--	---

## Algorithme de calcul de l'indicateur PRD

Taux de dossiers de patients sortis à domicile pour lesquels la préparation du retour à domicile telle que définie après un AVC est tracée

<b>Variable</b>		<b>Algorithme</b>
<p style="text-align: center;">Pourcentage de dossiers =</p> $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND PRD}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND PRD}]}$	<p>Dossier i :</p> <p>[num IND PRD]</p>	<pre> Si { [SOR_3] = 1 ET [SOR_1] = 1  ET { ([Age] &gt; 75 ET [SOR_2] = 1) OU [Age] &lt;= 75 } ET ([PCAVC_1] = 1 ET [PCAVC_1_1] = 1) }  OU ([SOR_3] = 2 ET [PCAVC_1] = 1 ET [PCAVC_1_1] = 1)  Alors [num IND PRD] = 1 Sinon [num IND PRD] = 0 FinSi                     </pre>
	<p>Dossier i :</p> <p>[den IND PRD]</p>	<pre> Les dossiers évalués : [Dossier] = 1 ET [AVC_10] = 0 ET [ModeSortie] = 8                     </pre>

## Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Traçabilité de la thrombolyse » (TBL)

<b>Définition</b>	<p>Cette information complémentaire, présentée sous la forme d'un taux de conformité, évalue la traçabilité de la thrombolyse médicamenteuse des infarctus cérébraux.</p> <p>Pour envisager les modalités de comparaison entre établissements (et donc l'évolution de cette information complémentaire en indicateur), une discussion avec le groupe de travail sera programmée pour actualiser les informations qui permettraient de mieux tracer les prises en charge des infarctus cérébraux.</p>
<b>Justification</b>	<p>La thrombolyse médicamenteuse consiste à administrer par voie intraveineuse un fibrinolytique pour dissoudre un caillot de fibrine obstruant une artère cérébrale. Il s'agit de rétablir débit sanguin cérébral et éviter ainsi l'anoxie du tissu cérébral. Le traitement doit être instauré le plus tôt possible dans le délai des 4h30 suivant l'apparition des symptômes d'accident vasculaire cérébral et après avoir exclu une hémorragie intracrânienne par des techniques appropriées d'imagerie (par exemple, tomodensitométrie cérébrale ou autre méthode d'imagerie sensible pour le diagnostic d'une hémorragie). L'effet du traitement est temps-dépendant ; par conséquent, plus le traitement est administré précocement, plus la probabilité de résultat clinique favorable est élevée.</p> <p>L'hémorragie intracérébrale représente l'effet indésirable majeur du traitement de l'accident vasculaire cérébral ischémique à la phase aiguë, les hémorragies survenant préférentiellement dans la zone de l'infarctus. Le recours à une thrombolyse est basé sur une analyse bénéfique / risque prenant en compte pour chaque cas, plusieurs facteurs dont la (sévérité de l'infarctus, le début des symptômes, la prise d'anticoagulants, antiagrégants...),</p> <p>L'instauration et le suivi du traitement doivent être réalisés sous la responsabilité d'un médecin formé et expérimenté en pathologie neurovasculaire. Pour la vérification du choix de traitement, des mesures de diagnostic à distance (télé médecine) peuvent être considérées comme appropriées (voir rubrique. Il est recommandé d'administrer au sein de structures disposant en permanence d'équipements et de traitements de réanimation.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Altéplase. <a href="https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63617876&amp;typedoc=R">https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63617876&amp;typedoc=R</a>. ANSM - Mis à jour le : 18/06/2021</li> <li>2. HAS (2009). Recommandation pour la prise en charge précoce d'un AVC aigu (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). <a href="https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precoce_-_recommandations.pdf">https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precoce_-_recommandations.pdf</a></li> <li>3. Powers, WJ. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association</li> </ol>
<b>Utilisations</b>	<p>L'objectif de performance est fixé à 80/100, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p> <p>Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé.</p>
<b>Type d'information complémentaire</b>	<p>Information complémentaire sur le processus de prise en charge sans comparaison des établissements</p> <p>Taux</p>

	Pas d'ajustement sur le risque
<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de séjours de patients avec un infarctus cérébral pour lesquels le dossier présente la trace :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'une thrombolyse médicamenteuse effectuée dans un délai de 4h30</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les motifs justifiant l'absence de thrombolyse</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'une thrombolyse au-delà du délai de 4h30 justifiée</li> </ul>
<b>Dénominateur</b>	Nombre de séjours avec un diagnostic d'infarctus cérébral (I.63.X sauf I63.6) sans transfert/mutation
<b>Echantillon</b>	L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2019.
<b>Critères d'inclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séjours hors séances, d'au moins un jour avec diagnostic principal d'infarctus cérébral code CIM 10 : I63.x sauf I63.6</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;</li> <li>• Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;</li> <li>• Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>• Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie = 9) ;</li> <li>• Les séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire : G45.0 ; G45.1 ; G45.2 ; G45.3 ; G45.4 ; G45.8 ; G45.9</li> <li>• Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;</li> <li>• Les séjours avec un GHM erreur ;</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion secondaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient avec un AVC hémorragique</li> </ul>
<b>Mode d'évaluation de l'information complémentaire</b>	<p>Pour tout patient avec un diagnostic d'infarctus cérébral, le dossier du patient est conforme si on trouve une trace des informations suivantes :</p> <p>D'une thrombolyse médicamenteuse effectuée dans un délai de 4h30</p> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les motifs justifiant l'absence de thrombolyse</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'une thrombolyse au-delà du délai de 4h30 justifiée</li> </ul>

## Algorithme de calcul de l'information complémentaire TBL

Taux de dossiers de patients avec un infarctus cérébral pour lesquels une thrombolyse est tracée ou l'absence de thrombolyse justifiée

Variable		Algorithme
Pourcentage de dossiers = $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND TBL}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND TBL}]}$	Dossier i : [num IND TBL]	Si ([TBL_1] = 1 ET [TBL_1_2] = 1) OU ([TBL_1] = 0 ET [TBL_1_1] = 1) OU ([TBL_1] = 1 ET [TBL_1_2] = 0 ET [TBL_1_2_1] = 1) Alors [num IND TBL] = 1 Sinon [num IND TBL] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND TBL]	Les dossiers évalués : [Dossier] = 1 ET [AVC_10] = 0 ET [AVC_7] = 1

## Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Traçabilité de la thrombectomie » (TBT)

<b>Définition</b>	<p>Cette information complémentaire, présentée sous la forme d'un taux de conformité, évalue la traçabilité de la thrombectomie des infarctus cérébraux.</p> <p>Pour envisager les modalités de comparaison entre établissements (et donc l'évolution de cette information complémentaire en indicateur), une discussion avec le groupe de travail sera programmée pour actualiser les informations qui permettraient de mieux tracer les prises en charge des infarctus cérébraux.</p>
<b>Justification</b>	<p>La thrombectomie cérébrale consiste à recanaliser une artère cérébrale occluse à la phase aiguë d'un accident vasculaire cérébral ischémique. Cette technique est utilisée seule ou en association avec une thrombolyse veineuse. Le nombre de thrombectomies a triplé en France passant de 2822 en 2015 à 6844 en 2018 (3). Les indications de la thrombectomie et les conditions de sa réalisation précisées dans les recommandations de la HAS (2016, 2018), dans la charte de la société française de neuroradiologie (2015) sont celles décrites dans les recommandations les plus récentes (1, 2, 4-7).</p> <p>La décision d'entreprendre une thrombectomie mécanique doit être prise par une équipe multidisciplinaire comprenant au moins : 1°) un neurologue et/ou un médecin compétent en pathologie neurovasculaire ; et 2°) un neuroradiologue interventionnel qualifié. La TM doit être réalisée dans un établissement disposant d'un centre de neuroradiologie interventionnelle autorisé et d'une unité neurovasculaire.</p> <p>La thrombectomie mécanique est recommandée à la phase aiguë dans le traitement de l'AVC ischémique jusqu'à 6 heures après le début des symptômes chez les patients qui présentent une occlusion proximale des artères cérébrales (carotide, cérébrale moyenne, tronc basilaire). Ces informations indispensables à l'indication d'une thrombectomie sont fournies par une exploration neuroradiologique standardisée. Elle doit être réalisée le plus rapidement possible, dès que son indication a été posée.</p> <p>Une thrombectomie est réalisée en complément d'une thrombolyse intraveineuse, lorsqu'elle est indiquée (4 h 30) ou d'emblée si cette dernière est contre indiquée.</p> <p><b>Références</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>HAS (2016). Thrombectomie des artères intracrâniennes par voie endovasculaires. Rapport d'évaluation technologique. <a href="https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-11/rapport_thrombectomie.pdf">https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-11/rapport_thrombectomie.pdf</a></li> <li>HAS (2018). Organisation de la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu par thrombectomie mécanique. <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/c_2757616/fr/organisation-de-la-prise-en-charge-precoce-de-l-accident-vasculaire-cerebral-ischemique-aigu-par-thrombectomie-mecanique">https://www.has-sante.fr/jcms/c_2757616/fr/organisation-de-la-prise-en-charge-precoce-de-l-accident-vasculaire-cerebral-ischemique-aigu-par-thrombectomie-mecanique</a>.</li> <li>AVC ischémique aigu : intérêt de la thrombectomie mécanique. <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974244/fr/avc-ischemique-aigu-interet-de-la-thrombectomie-mecanique">https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974244/fr/avc-ischemique-aigu-interet-de-la-thrombectomie-mecanique</a>. MAJ juin 2019</li> <li>Enquête de la SFNR menée en janvier 2019 auprès de 33 centres de neuroradiologie. <a href="http://sfnr.net/neuroradiologie-quotidien/thrombectomie/la-thrombectomie/etat-lieux-carte-interactive">sfnr.net/neuroradiologie-quotidien/thrombectomie/la-thrombectomie/etat-lieux-carte-interactive</a></li> <li>Société Française de neuroradiologie. (2015). Charte des conditions de réalisation de la thrombectomie mécanique en France. <a href="https://www.sfnr.net/neuroradiologie-quotidien/thrombectomie/charte-thrombectomie">https://www.sfnr.net/neuroradiologie-quotidien/thrombectomie/charte-thrombectomie</a></li> <li>Kobayashia, A. (2018). European Academy of Neurology and European Stroke Organization consensus statement and practical guidance for pre-</li> </ol>

	<p>hospital management of stroke. European Journal of Neurology 2018, 25: 425–433. Doi :10.1111/ene.13539</p> <p>7. Powers, WJ. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association</p> <p>8. European Stroke Organisation (ESO) - European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) Guidelines on Mechanical Thrombectomy in Acute Ischemic Stroke. 2019. <a href="https://www.sfnr.net/sites/www.sfnr.net/files/medias/documents_telechargeables/journal-of-neurointerventional-surgery.pdf">https://www.sfnr.net/sites/www.sfnr.net/files/medias/documents_telechargeables/journal-of-neurointerventional-surgery.pdf</a></p>
<b>Utilisations</b>	<p>L'objectif de performance est fixé à 80/100, soit 8 dossiers sur 10 comportant les informations demandées.</p> <p>Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé.</p>
<b>Type d'information complémentaire</b>	<p>Information complémentaire sur le processus de prise en charge sans comparaison des établissements</p> <p>Taux</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque</p>
<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de séjours de patients avec un infarctus cérébral pour lesquels le dossier présente la trace :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'une thrombectomie mécanique effectuée dans un délai de 6h30 précédée d'une exploration radiologique des troncs artériels intracrâniens et supra- aortiques ou d'une justification expliquant l'absence d'exploration radiologique des troncs artériels intracrâniens et supra-aortiques</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'une justification expliquant l'absence de thrombectomie mécanique</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'une thrombectomie mécanique avec une justification expliquant la réalisation d'une thrombectomie au-delà de 6h30 précédée d'une exploration radiologique des troncs artériels intracrâniens et supra-aortiques ou d'une justification expliquant l'absence d'exploration radiologique des troncs artériels intracrâniens et supra-aortiques</li> </ul>
<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de séjours avec un diagnostic d'infarctus cérébral (I.63.X sauf I63.6) sans transfert/mutation</p>
<b>Echantillon</b>	<p>L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers tirés au sort sur l'année 2019.</p>
<b>Critères d'inclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séjours hors séances, d'au moins un jour avec diagnostic principal d'infarctus cérébral code CIM 10 : I63.x sauf I63.6</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;</li> <li>• Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;</li> <li>• Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>• Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie = 9) ;</li> <li>• Les séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire : G45.0 ; G45.1 ; G45.2 ; G45.3 ; G45.4 ; G45.8 ; G45.9</li> <li>• Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;</li> <li>• Les séjours avec un GHM erreur ;</li> </ul>

<b>Critères d'exclusion secondaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient avec un AVC hémorragique</li> </ul>
<b>Mode d'évaluation de l'indicateur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour tout patient avec un diagnostic d'infarctus cérébral, il convient de trouver dans le dossier une trace des informations suivantes :D'une thrombectomie mécanique effectuée dans un délai de 6h30 précédée d'une exploration radiologique des troncs artériels intracrâniens et supra-aortiques ou d'une justification expliquant l'absence d'exploration radiologique des troncs artériels intracrâniens et supra-aortiques</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'une justification expliquant l'absence de thrombectomie mécanique</li> </ul> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'une thrombectomie mécanique avec une justification expliquant la réalisation d'une thrombectomie au-delà de 6h30 précédée d'une exploration radiologique des troncs artériels intracrâniens et supra-aortiques ou d'une justification expliquant l'absence d'exploration radiologique des troncs artériels intracrâniens et supra-aortiques</li> </ul>

## Algorithme de calcul de l'information complémentaire TBT

Taux de dossiers de patients avec un infarctus cérébral pour lesquels une thrombectomie est tracée ou l'absence de thrombectomie justifiée

Variable		Algorithme
<p style="text-align: center;">Pourcentage de dossiers =</p> $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND TBT}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND TBT}]}$	<p>Dossier i :</p> <p>[num IND TBT]</p>	<pre> { [TBT_1] = 1 ET [TBT_1_2] = 1 ET ( [TBT_1_3] = 1 OU ([TBT_1_3] = 0 ET [TBT_1_3_1] = 1) ) } OU ([TBT_1] = 0 ET [TBT_1_1] = 1)  OU { [TBT_1] = 1 ET [TBT_1_2] = 0 ET [TBT_1_2_1] = 1  ET  ( [TBT_1_3] = 1 OU ([TBT_1_3] = 0 ET [TBT_1_3_1] = 1) ) } Alors [num IND TBT] = 1 Sinon [num IND TBT] = 0 FinSi                     </pre>
	<p>Dossier i :</p> <p>[den IND TBT]</p>	<pre> Les dossiers évalués : [Dossier] = 1 ET [AVC_10] = 0 ET [AVC_7] = 1                     </pre>

## Historique des indicateurs

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

### **Modifications apportées pour le troisième recueil national en 2015**

Pour la campagne nationale 2015,

- L'indicateur « Aspirine après AVC ischémique » a été supprimé ;
- L'indicateur « Évaluation par un professionnel de la rééducation dans les 3 jours » a été modifié par « Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1er jour » ;
- L'indicateur « Transfert en SSR » a été modifié par « Transfert en SSR spécialisé » ;
- 4 nouveaux indicateurs ont été élaborés.

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

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

### **Modifications apportées pour le quatrième recueil national en 2017**

Pour la campagne nationale 2017 :

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

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

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

## Modifications apportées au 5<sup>ème</sup> recueil campagne 2021

Pour la campagne nationale 2021

- Le recueil est optionnel. Il porte sur les séjours de 2019.
- La saisie de dates et d'horaires a été limitée au maximum.
- Les modifications apportées permettent de mieux prendre en compte la prise en charge de tous les types d'AVC. L'évolution des indicateurs / informations complémentaires met l'accent sur la rapidité de la phase diagnostique (ICD, DARIM, EPCI), sur l'accès hors des services spécialisés à l'expertise neurologique, neurochirurgicale ou neurovasculaire (EN, DAREX), à la rééducation / réadaptation (AEPR, DARER), à la continuité des soins (SSR, PRD) ; à la traçabilité des traitements thrombolytiques (TBL/ TBT) et à la prévention des troubles de la déglutition (DTD).

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

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

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

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

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

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

Trigramme	IQSS	Recueil 2021	Statut 2021	IFAQ 2021
IMA	Délai arrivée - imagerie	Abandonné		
ICD	Imagerie cérébrale diagnostique	Indicateur	Nouveau	Non
DARIM	Délai entre l'arrivée dans l'ES et l'imagerie cérébrale à visée diagnostique	Information complémentaire	Nouveau	Non
SEIA	Éléments déterminants la prise en charge immédiate	Abandonné		
EPCI	Éléments indispensables à la prise en charge initiale	Information complémentaire	Nouveau	Non
ENV_2	Expertise neuro vasculaire	Abandonné		
EN	Expertise neuro vasculaire, neurochirurgicale, neurologique	indicateur	Nouveau	Non
DAREX	Délai entre l'arrivée dans l'ES et l'expertise neuro vasculaire, neurochirurgicale, neurologique	Information complémentaire	Nouveau	Non
EPR1 EPR2	Évaluation par un professionnel de la rééducation Évaluation par un professionnel de la rééducation le 1 <sup>er</sup> jour	Abandonné		
AEPR	Accès à l'évaluation par un médecin de médecin physique et réadaptation ou professionnels de la rééducation	Indicateur	Nouveau	Non
DARER	Délai entre l'arrivée dans l'ES et l'évaluation par un médecin de médecin physique et réadaptation ou professionnels de la rééducation	Information complémentaire	Nouveau	Non
DTD	Prévention des troubles de la déglutition	Indicateur		Non
PRD	Préparation du retour à domicile	Indicateur Nouveau		Non
SSR	Transfert en SSR spécialisé	Abandonné		
CPA	Préparation du retour à domicile	Abandonné		
-	<b>Réalisation d'une imagerie des troncs supra-aortiques pour tout infarctus cérébral</b>	Abandonné		
-	<b>Exploration des artères intracrâniennes à la phase aigüe »</b>	Abandonné		

<b>DHS</b>	<b>Date et heure de survenue des symptômes</b>	Abandonné		
<b>SAS</b>	<b>Score d'autonomie ou de handicap à la sortie</b>	Abandonné		
<b>TSOR</b>	Traitement anti-agrégant/ anti coagulant approprié à la sortie	Abandonné		
<b>TDP</b>	Tenue du dossier du patient	Abandonné		