

Date de la saisine : 2019      Demandeur : Chantier 4 de la STSS « Pertinence et qualité »

Service pilote : Service des bonnes pratiques (SBP)

Claire BROTONS et Michel GEDDA (Chefs de projet), Valérie ERTEL-PAU (Adjointe au Chef de Service)

Services associés :

- **Service Evaluation et outils pour la qualité et sécurité des soins (SEvOQSS)** : Nathalie RIOLACCI (Cheffe de projet) et Laetitia MAY (Cheffe de Service)
- **Mission Numérique en Santé (MNS)** : Simon RENNER (Chef de projet) et Corinne COLLIGNON (Cheffe de Service)

## 1. Présentation et périmètre

### 1.1. Demande

Dans le cadre de la Stratégie de transformation du système de santé (STSS), « Ma santé 2022 », la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et la Haute Autorité de Santé (HAS) co-pilotent le projet « inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques », au sein du chantier 4 de la STSS « Pertinence et qualité ».

Parmi les 10 parcours de soins retenus pour ce projet figure celui de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC).

### 1.2. Contexte

#### 1.2.1. L'Accident Vasculaire Cérébral est une priorité de santé publique

Les AVC recouvrent un ensemble de syndromes se manifestant par l'apparition brutale d'un déficit neurologique dû à des lésions cérébrales d'origine vasculaire (1) et se distinguent par leur mécanisme de survenue en 2 types :

- les AVC ischémiques consécutifs à l'obstruction d'une artère cérébrale, représentant 80 à 85 % des AVC ;
- les AVC hémorragiques dus à une rupture d'un vaisseau sanguin cérébral.

Les AVC constituent une priorité de santé publique compte tenu notamment :

- d'une incidence de survenue et d'une prévalence élevées (plus de 120 000 hospitalisations chez l'adulte par an (2) pour une prévalence d'environ 800 000 patients au total (3)),
- du risque de décès, les AVC constituant la 1<sup>ère</sup> cause de décès chez la femme et la 2<sup>ème</sup> cause chez l'homme (2, 4, 5),
- du handicap et des séquelles visibles et invisibles qui en résultent (2-4), les AVC étant aussi la première cause de handicaps non traumatiques acquis et la 2<sup>ème</sup> cause de démence derrière la maladie d'Alzheimer (5).

Une partie des AVC et de leurs récurrences sont évitables par la prévention ciblant notamment les facteurs de risque neuro-cardiovasculaires (5, 6).

### 1.2.2. Prise en charge actuellement recommandée en filière de soins « AVC »

Sur la base des circulaires liées au Plan d'actions national AVC 2010 - 2014, et de nombreux travaux de la HAS, les filières AVC (acteurs et moyens matériels) ont été structurées à l'échelon régional par les Agences régionales de santé (ARS) qui les coordonnent en partenariat avec les établissements de santé, et peuvent s'appuyer sur des outils numériques (7-9).

#### Prise en charge initiale : alerte, diagnostic et traitement de la cause de l'AVC (10, 11).

- **La rapidité du déroulement de la phase d'alerte et pré-hospitalière est primordiale, et comprend :**
  - l'identification des symptômes par le patient ou son entourage, et le déclenchement de l'alerte avec l'appel au Centre 15 ; la rapidité de cette étape passe par l'appropriation des messages de repérage et de la conduite à tenir par le patient<sup>1</sup> ;
  - l'évaluation et la régulation médicale par le SAMU centre 15 ;
  - le transfert du patient vers l'unité neurovasculaire<sup>2</sup> (UNV) la plus proche disponible (ou établissement de santé en coordination avec une UNV), avec toutefois la possibilité de réaliser la thrombolyse en préhospitalier selon les données d'une éventuelle imagerie à distance et les indications de l'équipe neurovasculaire ; l'UNV la plus proche peut être :
    - une UNV de recours, en mesure de réaliser l'ensemble des traitements de revascularisation (thrombectomie mécanique ou thrombolyse intraveineuse), car disposant notamment de l'appui d'un centre de neuroradiologie interventionnelle et de neurochirurgie (12, 13),
    - une UNV de territoire qui permet de réaliser un diagnostic rapidement *via* l'unité neurodiagnostique, directement ou par téléexpertise, mais qui doit assurer le transfert de tout patient candidat à la thrombectomie mécanique dans l'UNV de recours.
- **La phase hospitalière en UNV ou dans un établissement en lien avec une UNV doit permettre :**
  - le diagnostic par imagerie en urgence impliquant un accès priorisé des patients suspectés d'AVC, et une expertise neurovasculaire ;
  - la mise en œuvre des traitements selon le diagnostic :
    - dans le respect de la fenêtre thérapeutique étroite s'agissant d'un AVC ischémique : 4h30 pour la thrombolyse intraveineuse<sup>3</sup> et 6h pour la thrombectomie mécanique<sup>4</sup> (14),
    - le plus tôt possible, renverser une éventuelle anticoagulation, envisager une correction de l'hypertension artérielle ou l'évacuation d'un hématome par neurochirurgie, dans le cas d'un AVC hémorragique.
  - le bilan étiologique ;
  - le traitement des complications immédiates au cours de l'hospitalisation (infectieuses, thrombo-emboliques, cutanées, orthopédiques, douleurs, troubles de la déglutition, dénutrition, troubles psycho-affectifs) ;
  - la rééducation précoce et la préparation de l'orientation et de la sortie du patient le plus tôt possible (voir *infra*).

#### Rééducation / réadaptation tout au long du parcours de soins et réinsertion du patient

**Dès la phase initiale**, pour limiter l'impact fonctionnel des déficiences, seules des prises en charge rééducatives et/ou réadaptatives peuvent améliorer l'autonomie et la qualité de vie de ces patients. Ces prises en charge sont délivrées par des professionnels de la rééducation soit lors de consultations libérales, soit dans le cadre de prises en charge multidisciplinaire, pluri professionnelle et coordonnée.

<sup>1</sup> Au moyen de campagnes grand public répétées de sensibilisation de la population générale et de transmission des messages par le médecin traitant aux patients à risque et leur entourage

<sup>2</sup> L'UNV est un service d'hospitalisation en court séjour implanté dans un établissement qui dispose d'un plateau technique permettant de diagnostiquer (*via* une imagerie disponible 24h/24h) et traiter l'ischémie en urgence, avec des lits de soins intensifs neurovasculaires et des lits de neurologie dédiés. Ce service est sous la responsabilité de médecins neurologues qualifiés en pathologie neurovasculaire, avec un personnel paramédical formé.

<sup>3</sup> Selon AMM

<sup>4</sup> D'après l'avis de la HAS du 10 novembre 2016, la thrombectomie mécanique présente un intérêt dans la prise en charge des patients ayant un AVC ischémique aigu en rapport avec une OGTA (occlusion d'une artère intracrânienne de gros calibre de la circulation antérieure), visible à l'imagerie dans un délai de 6 heures après le début des symptômes. Elle peut être utilisée soit d'emblée, en association avec la thrombolyse IV, soit en technique de recours après échec d'un traitement par thrombolyse IV ou seule en cas de contre-indication à la thrombolyse IV. Deux extensions d'indication étendant la fenêtre thérapeutique à 16h ou 24h peuvent être proposées chez des patients présentant les critères d'éligibilité de deux études cliniques (DAWN et/ou DEFUSE-3).

Une fiche « parcours » publiée par la HAS en 2020 reprend, de plus, les différentes étapes d'évaluation des difficultés, d'orientation du patient, de rééducation et de réinsertion au cours de la **phase subaiguë** de l'AVC (15). Elle précise que la « *rééducation/réadaptation peut se poursuivre au-delà de la période des 3 à 6 mois après l'AVC, au cours de la phase chronique, pour que le patient continue de récupérer* ». La HAS a, par ailleurs, publié en 2022 des Recommandations de Bonnes Pratiques de rééducation à la **phase chronique** de l'AVC de l'adulte (16).

Il existe également un **programme d'accompagnement de retour à domicile** (Prado), proposé par l'Assurance Maladie aux patients qui le souhaitent, dès que l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale.

### Prévention des récurrences de l'AVC

La prévention des récurrences est capitale et doit être instaurée le plus tôt possible après la phase aiguë, dès que le diagnostic a été établi. La HAS rappelle, dans ses recommandations, que l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prévention secondaire après un infarctus cérébral. L'objectif est le contrôle des facteurs de risque du patient, et le traitement des pathologies associées à l'AVC (17).

#### 1.2.3. Les outils numériques dans la prise en charge de l'AVC

La place des outils numériques dans la prise en charge de l'AVC a été mise en évidence dès le Plan d'actions national AVC 2010 – 2014 (18), qui invitait déjà à « *mettre en place les outils faisant appel aux technologies de l'information et de la communication (TIC) pour permettre l'application des protocoles de prise en charge faisant intervenir des professionnels distants du patient* ».

En phase aiguë, les technologies de télémédecine (notamment la téléconsultation, téléexpertise et téléassistance) se développent et permettent d'organiser la prise en charge médicale à distance de l'AVC (9). Ces organisations regroupées sous le nom de « télé-AVC » contribuent à compléter le maillage territorial en permettant, par exemple, à des services d'urgence, éloignés d'UNV de territoire ou de recours, d'accueillir des patients victimes d'un infarctus cérébral. Le recours aux outils de télémédecine peut concerner le diagnostic clinique, l'imagerie, ou les décisions thérapeutiques (10). Les résultats des indicateurs sur la prise en charge initiale de l'AVC montrent qu'en 2016, environ 6 % des patients seraient pris en charge *via* la télémédecine (19).

En phase de suivi, les technologies de e-santé et le recours à la télésanté (notamment *via* des téléconsultations et le télésoin) se développent également et font l'objet d'expérimentations<sup>5</sup>. Une partie de la prise en charge des patients dans les étapes de rééducation et réadaptation peut ainsi être repensée au plus près du domicile, en prenant en compte les limites de mise en œuvre liées aux zones blanches notamment.

#### 1.2.4. État des lieux et données récentes relatives au parcours de soins en France

##### Données de la littérature relatives au parcours des patients

En 2017, le maillage territorial organisé par les pouvoirs publics et la SFNV était constitué d'environ 139 UNV réparties sur l'ensemble du territoire (10).

Les données disponibles montrent que 60 % des patients sont admis en UNV et que le recours aux traitements de reperfusion au cours des dernières années a augmenté (14 % des patients ont bénéficié de l'un ou l'autre des traitements en 2019 (thrombolyse intraveineuse ou thrombectomie mécanique) (2).

Une récente étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a évalué les difficultés d'accès rencontrées par certaines populations. Elle a montré que le fait d'appartenir au quartile du niveau de vie le plus modeste diminuait de 10 % la chance d'être pris en charge en UNV, et augmentait le risque de séquelles, notamment la paralysie (20). L'hypothèse d'un moindre niveau de connaissances sur l'AVC est émise pour expliquer cet écart. Dans cette étude et celle de Olié et *al.*, le sexe féminin était également associé à une probabilité plus faible d'être pris en charge en UNV, ce qui est par ailleurs retrouvé à l'étranger (2). Ceci pourrait s'expliquer par la fréquence des formes atypiques et la sensibilisation moindre des femmes aux maladies neuro-cardio-vasculaires qui entraîneraient un retard au diagnostic.

Dans la suite du parcours, environ 20 % des patients sont hospitalisés en SMR (21). Les chances d'accès aux SMR seraient augmentées après passage en UNV, rappelant l'effet filière (20).

<sup>5</sup> Par exemple, dans le cadre d'expérimentations organisationnelles de type article 51.

## Recueil d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sur le thème de la prise en charge des AVC en MCO et SMR

En 2021, la HAS a proposé à des établissements de santé volontaires d'analyser les dossiers de patients admis en 2019 (avant la crise COVID) en MCO pour AVC aigu et en SMR pour un AVC récent, de moins de 3 mois. Au total, l'analyse portait sur 7 459 dossiers de patients parmi les séjours AVC des 215 MCO participants (21 % de participation) et sur 6 074 dossiers de patients tirés au sort parmi les séjours AVC des 427 SMR (39 % de participation).

L'étude en MCO montrait de réelles faiblesses dans la prise en charge des AVC aigus, avec notamment 55 % de dossiers conformes<sup>6</sup> pour l'accès à une prise en charge rééducative, 43 % pour la prévention des pneumopathies d'inhalation liées aux troubles de la déglutition, et 29 % pour la préparation du retour à domicile. Un tiers des dossiers ne comportait aucune des 3 expertises suivantes : neurovasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale.

L'étude en SMR montrait aussi de réelles faiblesses dans la prise en charge des AVC récents, avec notamment 46 % de dossiers conformes pour l'élaboration du projet de vie, 48 % pour le suivi nutritionnel, et 50 % pour la programmation d'une consultation post AVC. Plus d'un quart des dossiers ne comportait aucune évaluation des fonctions cognitives ou comportementales (28 % de dossiers conformes) ou de recherche et prise en charge des troubles de la déglutition (26 % de dossiers conformes).

### Synthèse de l'avis des professionnels et des représentants des usagers

La HAS a conduit des réunions avec des professionnels de santé et des représentants d'usagers impliqués dans ce domaine (22). Les points suivants ont été soulignés :

- la prise en charge depuis le Plan AVC s'est améliorée, grâce aux progrès thérapeutiques, aux UNV et au télé-AVC, mais la mortalité et les séquelles lourdes demeurent très élevées (22) ;
- il existe un besoin de renforcer la coordination entre les acteurs de la filière AVC, de pouvoir anticiper le parcours du patient au sein de cette filière, en s'appuyant entre autres sur les possibilités du numérique ;
- le délai d'arrivée à l'hôpital a peu évolué et la prise en charge en phase initiale est impactée par :
  - o le manque de sensibilisation de la population sur l'AVC, les signes, la conduite à tenir ;
  - o les temps de transport encore trop longs vers l'UNV adaptée la plus proche ou entre UNV ;
  - o le manque de lits importants en UNV et en USINV (soins intensifs) et la difficulté à assurer les gardes faute de médecins ; ceci constitue une perte de chance pour les patients ne pouvant y être pris en charge ;
  - o le délai d'accès à l'imagerie qui reste lui aussi trop long, en raison de l'indisponibilité des machines ;
- le manque de places en SMR constaté est préjudiciable pour la réadaptation des patients et la mortalité globale, et a des répercussions sur la prise en charge en amont, les lits en UNV restant occupés plus longtemps ;
- de grandes disparités dans le suivi semblent dues aux possibilités de remboursement des activités rééducatives et à la densité de professionnels sur les différents territoires ;
- les liens entre secteur sanitaire et médico-social devraient être renforcés pour assurer la sortie des patients du milieu hospitalier et la continuité de leur prise en charge post-AVC (sans oublier la prise en charge des handicaps invisibles) ;
- les consultations pluriprofessionnelles post-AVC sont à réaliser pour tous les patients à 6 mois de l'AVC ;
- la mise en place d'une prévention adaptée auprès des patients pourrait être formalisée avec les médecins généralistes, afin de réduire l'incidence des AVC et son impact sur la santé publique.

#### 1.2.5. Données sur les organisations de soins à l'étranger

D'un point de vue clinique, le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) et le *National Clinical Guideline for Stroke* (NCGS) ont récemment actualisé leurs recommandations sur la prise en charge initiale de l'AVC précisant notamment, l'éligibilité aux traitements selon l'imagerie, ainsi que leurs conditions d'application pour la phase initiale (23, 24).

<sup>6</sup> Un dossier est conforme s'il comporte les informations répondant à toutes les exigences de qualité (critères) d'un indicateur IQSS, critères définis sur la base des recommandations et/ou sur consensus professionnels.

En termes d'organisation sanitaire, il est notable qu'aussi bien le NHS (*National Health Service*) au Royaume-Uni que la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC au Canada, insistent sur l'amélioration de la coordination des réseaux de soins et sur l'implication, voire la création de ressources locales dédiées à l'AVC (25-27). Sont en particulier mentionnés :

- L'importance de la prévention par la collaboration avec les réseaux de soins primaires locaux, pour sensibiliser le public et tous les professionnels de santé ;
- Le recours au numérique encouragé pour chaque phase du parcours, ainsi que pour la prévention secondaire ;
- Le suivi à long terme et l'accompagnement du patient dans sa réinsertion au sein de la communauté, qui doit être de nature physique, mentale, sociale.

- **Focus sur les « *mobile stroke units* »**

Les « *mobile stroke units* » sont des ambulances équipées de scanner permettant une imagerie cérébrale, un système d'analyse sanguine, une connexion *via* la télémédecine aux unités AVC, avec une équipe spécialement formée à bord. L'*European Stroke Organisation* (ESO) suggère, sur la base de données de niveau de preuve modérée, d'y recourir en cas d'AVC suspectés, au vu des bénéfices pour l'AVC ischémique, notamment dus à la prise en charge préhospitalière accélérée, avec un recours plus important à la thrombolyse dans la fenêtre thérapeutique, sans excès d'effets indésirables identifiés notamment sur le risque hémorragique (28). A ce jour, seule une UNV mobile a été identifiée en France, au GHU de Paris (projet ASPHALT), accompagnée de la mise en place d'une étude visant à démontrer la réduction du handicap après un AVC ischémique pris en charge dans les 6 premières heures (29).

### 1.3. Enjeux

Les enjeux d'amélioration sont ainsi identifiés à de nombreux niveaux de la prise en charge, pour le patient, l'offre et les professionnels de soins.

#### 1.3.1. Enjeux sur l'organisation des soins

- **Améliorer le délai et la qualité de la prise en charge initiale, avec notamment :**

- une meilleure sensibilisation de la population aux signes de l'AVC et à la conduite à tenir en urgence, en particulier les patients à risque et leur entourage proche ;
- l'abaissement du temps de transport ;
- l'orientation des patients éligibles vers l'UNV la plus proche ;
- un accès facilité à l'imagerie et à une expertise neurovasculaire ;
- un accès plus rapide et sécurisé aux traitements ;
- la réalisation précoce du bilan étiologique pour éviter les récurrences.

- **Une rééducation / réadaptation précoce dès la phase initiale et coordonnée**

La rééducation, dans le cadre d'une prise en charge coordonnée et personnalisée du patient, a un impact aussi bien sur la morbi-mortalité que sur la qualité de vie du patient. Une attention particulière doit être portée sur les points critiques suivants du parcours :

- Le délai le plus court possible d'évaluation des déficiences et de mise en place de la rééducation, ainsi que son intensité,
- L'anticipation de la sortie du patient à son domicile,
- La facilitation de l'accès aux structures de SMR spécialisés, pour assurer les choix d'orientation les plus pertinents,
- Le suivi en ambulatoire, en favorisant la rééducation et l'éducation thérapeutique à distance de centres experts ou à domicile directement (recours à la télémédecine ou au télésoin).

Pour chacun de ces enjeux, l'accent doit être mis sur une bonne coordination de l'ensemble des acteurs impliqués, nombreux, en hospitalisation, mais aussi entre le secteur sanitaire et médico-social, permettant de meilleures conditions de retour à domicile, sur le plan fonctionnel, psychique et social.

### 1.3.2. Enjeux pour l'offre de soins et les professionnels de santé

Des enjeux organisationnels découlent des enjeux généraux suivants s'agissant de l'offre de soins et des professionnels de soins :

- une offre de soins, coordonnée au niveau de chaque territoire de santé, permettant de répondre aux besoins des patients de manière personnalisée grâce à une prise en charge de proximité, en s'appuyant sur une diversité d'acteurs et sur la télémédecine,
- une amélioration et une harmonisation des pratiques professionnelles.

### 1.3.3. Enjeux pour les patients

Même si les connaissances sur l'identification des symptômes de l'AVC et la conduite à tenir en urgence se sont récemment améliorées dans la population générale (30), l'enjeu est de les améliorer encore et ce, en particulier chez les patients ayant des facteurs de risque connus de survenue d'un AVC, ainsi que leur entourage.

Suite à un AVC, l'appropriation par le patient des informations sur les facteurs de risque de récurrence et les comportements à modifier pour les éviter devra être encouragée. Les capacités d'autogestion de la maladie par le patient doivent être évaluées et soutenues dans l'objectif d'un meilleur bénéfice d'une prise en charge adaptée et personnalisée, avec un meilleur accès à la décision partagée. De plus, l'intervention des aidants est à faciliter, prenant en compte leurs besoins<sup>7</sup>.

Les résultats de soins perçus par le patient peuvent être mesurés par des questionnaires PROM's (*patient reported outcome measures*) qui pourraient répondre en partie à cet enjeu.

### 1.3.4. Enjeux d'équité

L'amélioration du parcours de soins devrait par ailleurs répondre à un enjeu important d'assurer une prise en charge de qualité pour tous les publics pour lesquels un retard de prise en charge a été démontré dans la littérature, considérant les conséquences de ce retard sur le pronostic de la maladie : les personnes résidant dans les territoires les plus éloignés des UNV ou de l'accès à un suivi électronique, les personnes âgées ou celles aux revenus les plus modestes, ainsi que les femmes. Une attention particulière devra donc être portée à l'adaptation de l'offre et l'organisation des soins, la formation des professionnels de santé, sans oublier une sensibilisation adéquate aux connaissances sur la maladie.

## 1.4. Cibles

Les travaux envisagés concernent les professionnels de santé et médico-sociaux et leurs représentants, les patients, leurs associations et leurs représentants, ainsi que les ARS :

- Les professionnels principalement concernés par l'AVC sont notamment : assistants de service social, médecins généralistes, médecins gériatres, médecins de médecine physique et de réadaptation, médecins urgentistes, neurologues, cardiologues, radiologues, ergothérapeutes, infirmiers, infirmiers de pratique avancée, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, professeurs d'activité physique adaptée, médecins du travail, psychiatres, etc... ;
- La population concernée par ces travaux sur le parcours comprend les patients avec facteurs de risque d'AVC, les patients avec un AVC suspecté ou confirmé, ainsi que les patients avec antécédents d'AVC qui pourraient bénéficier d'une optimisation du suivi ;
- Les ARS afin de leur fournir des repères pour la structuration des filières de soins.

## 1.5. Objectifs

L'objectif du projet « inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques » est d'améliorer la qualité du parcours de santé de l'AVC, en s'appuyant sur les recommandations et les données de santé disponibles, dans la continuité des travaux de la HAS.

Dans le cadre de ce projet, les sous-objectifs de ce travail sont :

---

<sup>7</sup> La HAS élabore actuellement des recommandations sur le répit des aidants. Note de cadrage du 5 juillet 2022. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3351736/fr/repit-des-aidants-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3351736/fr/repit-des-aidants-note-de-cadrage) (consulté le 24/05/2023).

- de structurer le parcours de soins autour des recommandations existantes de la HAS, de la prise en charge initiale à la phase chronique de l'AVC, en y intégrant le parcours de soins sur la rééducation à la phase subaiguë (publié en 2022), pour une vision continue du parcours de soins,
- d'améliorer l'autogestion de la maladie par le patient et son accès à la décision médicale partagée,
- de faciliter la réinsertion des patients en milieu professionnel ou à domicile,
- définir, à partir des points critiques du parcours, des indicateurs de qualité à visée d'amélioration des pratiques et du résultat pour le patient.

## 1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

### 1.6.1. Élaboration d'un schéma synthétique du parcours

Les étapes suivantes seront abordées dans le parcours de soins :

- Sensibilisation des patients, de leur entourage et des professionnels de santé à l'identification des symptômes et à la conduite à tenir (alerte)
- Transport/Orientation du patient en UNV ou dans un établissement en lien avec une UNV
- Imagerie de l'AVC
- Traitement de l'ischémie ou de l'hémorragie
- Prise en charge des complications immédiates
- Bilan étiologique et prévention des récives
- Evaluation initiale des déficiences, du pronostic et des difficultés à la réinsertion
- Rééducation lors des phases aiguë, subaiguë et chronique
- Indications d'orientation du patient en SMR, en institution ou à domicile
- Organisation du retour à domicile
- Suivi sur le long terme de l'AVC et réinsertion du patient dans la vie professionnelle et/ou domestique.

La question du déploiement des outils numériques se pose à chacune de ces étapes.

Pour rappel, l'amélioration de la prévention primaire et secondaire constitue un levier de réduction de la morbi-mortalité de l'AVC. Une recommandation de bonne pratique sur le thème « Risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours » fait actuellement l'objet d'un travail séparé (31).

### 1.6.2. Définition des indicateurs de qualité

L'objectif de la STSS est de mettre à disposition des territoires, des indicateurs de qualité des parcours de soins des maladies chroniques issus des bases médico-administratives (BDMA).

La HAS a développé une méthode pour définir puis calculer des indicateurs de qualité des parcours. Les indicateurs de parcours proposés interrogent systématiquement plusieurs dimensions : les pratiques et organisations de chaque offre de soins (en ville ou en établissement de santé), mais aussi la coordination inter et intra professionnelle, l'accompagnement et l'implication du patient y compris par des outils dématérialisés. Pour chaque étape et intervenant, ces mesures permettent d'identifier des pistes d'amélioration et la mise en place d'actions correctives.

Les indicateurs de qualité du parcours AVC seront développés en 2024. Ils compléteront les outils d'analyse des régions ainsi que les indicateurs de qualité et sécurité des soins AVC MCO et SMR<sup>8</sup>, en apportant notamment des informations sur la prise en charge du handicap. Ainsi, toutes les régions pourront disposer d'un outil d'analyse des pratiques et des organisations partagé, unique, et validé par la HAS sur l'ensemble de la prise en charge, permettant la comparaison des régions.

<sup>8</sup> En 2023, la HAS pilote une campagne nationale de recueil obligatoire des indicateurs de qualité et de sécurité des soins des AVC dans les établissements de santé sur (i) La prise en charge initiale des AVC aigus en MCO (5 indicateurs) et (ii) La prise en charge des AVC récents en Soins Médicaux et de Réadaptation (7 indicateurs) (Résultats disponibles T1 2024).

## 2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

### 2.1 Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

#### 2.1.1 Guide parcours

La méthode envisagée pour l'élaboration est celle du guide : « [Méthode d'élaboration du guide et des outils parcours de soins pour une maladie chronique](#) » de la HAS publiée en 2012.

Les productions prévues seront élaborées à partir :

- des recommandations publiées et sélectionnées selon les critères de qualité habituels (recherche systématique de littérature, évaluation du niveau de preuve et gradation des recommandations) ;
- des avis émis et autres productions de la HAS en lien avec le thème ;
- des avis des experts d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture réunissant l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge de la maladie, ainsi que les représentants d'usagers. L'avis des experts sera sollicité pour répondre aux questions non abordées dans les recommandations le plus souvent organisationnelles ou abordées dans les recommandations mais nécessitant un ajustement au contexte français.

#### 2.1.2 Définition des indicateurs de qualité

Pour les indicateurs de qualité, la méthode HAS élaborée à partir du chantier pilote sur le parcours des patients suspects ou atteints de BPCO sera utilisée. Elle s'appuie sur les méthodes déjà validées d'élaboration des indicateurs de qualité et sécurité des soins en établissements de santé<sup>9</sup>.

### 2.2 Composition quantitative et qualitative des groupes de travail

- 2 chargés de projet :
  - 1 médecin de médecine physique et réadaptation (MPR)
  - 1 neurologue
- 1 assistant de travail social
- 1 enseignant en activité physique adaptée
- 1 ergothérapeute
- 1 infirmier
- 1 infirmier en pratique avancée (mention pathologie chronique stabilisée)
- 2 masseurs-kinésithérapeutes (en SMR et en ville)
- 1 médecin cardiologue
- 2 médecins généralistes
- 1 médecin gériatre
- 1 médecin de MPR
- 1 médecin neurologue général ou vasculaire (UNV) selon le neurologue chargé de projet
- 1 médecin psychiatre
- 2 médecins radiologues dont 1 neuroradiologue
- 1 médecin réanimateur
- 1 médecin du travail
- 2 médecins urgentistes dont un médecin régulateur du SAMU
- 1 neuropsychologue ou 1 psychologue clinicien
- 1 orthophoniste
- 1 pharmacien d'officine
- 1 psychomotricien
- 2 représentants d'usagers
- 1 expert en sciences humaines et sociales
- 1 représentant de chaque ARS pilote et 1 représentant des DRSM de chaque région pilote

<sup>9</sup>[https://www.has-sante.fr/icms/c\\_1021017/fr/iqss-2019-travaux-sur-le-developpement-et-l-utilisation-d-indicateurs](https://www.has-sante.fr/icms/c_1021017/fr/iqss-2019-travaux-sur-le-developpement-et-l-utilisation-d-indicateurs)

Pour la définition des indicateurs qualité, la composition qualitative du groupe de travail sera complétée par les expertises requises pour le développement d'indicateurs à partir des bases de données médico-administratives :

- 1 médecin de l'information médicale exerçant dans le public
- 1 médecin de l'information médicale exerçant dans le privé
- 1 expert du codage de l'ATIH
- 1 expert des bases de données de Santé publique France
- 1 expert des bases de données de la CNAM
- 1 expert des bases de données des ARS
- D'autres expertises cliniques parmi les spécialités des membres du GT pourront être sollicitées.

## 2.3 Productions prévues

- Guide du parcours et outils d'appropriation
- Argumentaire scientifique
- Fiches pratiques à destination des professionnels et des patients
- Fiches descriptives des indicateurs de qualité des parcours

Par ailleurs, un déploiement pilote du parcours élaboré est prévu avec une ARS.

## 3. Calendrier prévisionnel des productions sur le parcours

### Note de cadrage

- Date de passage en Commission Recommandations Parcours Pertinence et Indicateurs (CRPPI) : Bureau CRPPI : 28 mars 2023 et 9 mai 2023 – CRPPI : 23 mai 2023
- Date de passage en Collège d'orientation et d'information (COI) : 31 mai 2023

### Constitution du groupe de travail

- Sollicitation des parties prenantes : juin 2023
- Analyse des DPI et constitution finale du groupe de travail : juillet 2023

### Réunions du groupe de travail pour le parcours de soins

- Première réunion du groupe de travail : septembre 2023
- 2<sup>ème</sup> réunion du groupe de travail : novembre 2023
- Groupe de lecture : janvier / février 2024
- 3<sup>ème</sup> réunion du groupe de travail : avril 2024

### Réunions du groupe de travail pour les indicateurs

- Réunions spécifiques à la définition des indicateurs après la 2<sup>ème</sup> réunion du GT pour le parcours

### Avis de la commission et validation du collège

- Date de passage en Commission Recommandations Parcours Pertinence et Indicateurs (CRPPI) : juin 2024
- Dates de passage au Collège : juillet 2024

## Références bibliographiques

---

1. Santé publique France. Accident vasculaire cérébral [En ligne]. Saint-Maurice: SPF; 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral>
2. Olié V, Grave C, Tuppin P, Duloquin G, Béjot Y, Gabet A. Patients hospitalized for ischemic stroke and intracerebral hemorrhage in France: time trends (2008-2019), in-hospital outcomes, age and sex differences. *J Clin Med* 2022;11(6):1669. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm11061669>
3. de Peretti C, Grimaud O, Tuppin P, Chin F, Woimant F. Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap - santé - ménages et Handicap - santé - institution, 2008-2009. *Bull Epidemiol Hebdo* 2012;(1):1-6.
4. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Accident vasculaire cérébral (AVC). La première cause de handicap acquis de l'adulte [En ligne]. Paris: INSERM; 2017. <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>
5. Santé publique France, Carcaillon-Bentata L, Ha C, Delmas MC, Deschamps V, Fosse-Edorh S, *et al.* Enjeux sanitaires de l'avancée en âge. *Epidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et déterminants de ces maladies à mi-vie*. Saint-Maurice: SPF; 2022. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/rapport-synthese/enjeux-sanitaires-de-l-avancee-en-age-epidemiologie-des-maladies-chroniques-liees-a-la-perte-d-autonomie-et-determinants-de-ces-maladies-a-mi-vie>
6. Amarenco P, Lavallée PC, Monteiro Tavares L, Labreuche J, Albers GW, Abboud H, *et al.* Five-year risk of stroke after TIA or minor ischemic stroke. *N Engl J Med* 2018;378(23):2182-90. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1802712>
7. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale. Circulaire DHOS/DGS/DGAS n°517 du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. *Bulletin Officiel* 2003;03/47.
8. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/O4 n° 2007-108 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral. *Bulletin Officiel* 2007;07/04.
9. Direction générale de l'offre de soins. Circulaire n° DGOS/R4/R3/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC). *Bulletin Officiel* 2012;12/04.
10. Haute Autorité de Santé. Organisation de la prise en charge précoce de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu par thrombectomie mécanique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. [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)
11. Haute Autorité de Santé. Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). *Recommandations de bonne pratique*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009. [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)
12. Décret n° 2007-366 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). *Journal Officiel*;21 mars 2007. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000273267>
13. Décret n° 2007-367 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie. *Journal Officiel*;21 mars 2007. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000466652>
14. Haute Autorité de Santé. Avis n°2016.0065/AC/SEAP du 10 novembre 2016 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription sur la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale de la thrombectomie mécanique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2725131/en/avis-n2016-0065/ac/seap-du-10-novembre-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-a-l-inscription-sur-la-liste-des-actes-et-prestations-mentionnee-a-l-article-l-162-1-7-du-code-de-la-securite-sociale-de-la-thrombectomie-mecanique](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2725131/en/avis-n2016-0065/ac/seap-du-10-novembre-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-a-l-inscription-sur-la-liste-des-actes-et-prestations-mentionnee-a-l-article-l-162-1-7-du-code-de-la-securite-sociale-de-la-thrombectomie-mecanique)
15. Haute Autorité de Santé. Parcours de rééducation/adaptation des patients après la phase initiale de l'AVC. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3200362/fr/parcours-de-reeducation-readaptation-des-patients-apres-la-phase-initiale-de-l-avc](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3200362/fr/parcours-de-reeducation-readaptation-des-patients-apres-la-phase-initiale-de-l-avc)
16. Haute Autorité de Santé. Rééducation à la phase chronique de l'AVC de l'adulte : pertinence, indications et modalités. *Recommandations de bonne pratique*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3150692/fr/reeducation-a-la-phase-chronique-d-un-avc-de-l-adulte-pertinence-indications-et-modalites](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150692/fr/reeducation-a-la-phase-chronique-d-un-avc-de-l-adulte-pertinence-indications-et-modalites)
17. Haute Autorité de Santé. Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire. *Actualisation. Mise à jour juin 2018. Recommandation de bonne pratique*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1252051/fr/prevention-vasculaire-apres-un-infarctus-cerebral-ou-un-accident-ischemique-transitoire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1252051/fr/prevention-vasculaire-apres-un-infarctus-cerebral-ou-un-accident-ischemique-transitoire)

18. Ministère de la santé et des sports, Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 ». Paris: Ministère de la santé et des sports; 2010.

[https://www.cnsa.fr/documentation/plan\\_actions\\_avc\\_-\\_17avr2010.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/plan_actions_avc_-_17avr2010.pdf)

19. Haute Autorité de Santé. Résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral. Campagne 2017 – Données 2016. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/rapport\\_avc\\_2017.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/rapport_avc_2017.pdf)

20. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Allain S, Naouri D, de Peretti C. En France, les AVC sont plus fréquents, plus graves et moins souvent pris en charge en unité spécialisée pour les personnes les plus modestes. Etudes et Résultats 2022;(1219).

21. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Analyse de l'activité hospitalière 2018. Synthèse. Lyon: ATIH; 2019.

[https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3675/synthese\\_aah\\_2018\\_v2.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3675/synthese_aah_2018_v2.pdf)

22. Conférence nationale de l'AVC. 12 propositions pour une meilleure prise en charge de l'AVC. Livre blanc; 2020.

<https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/210743/5968/LIVREBLANC.pdf?1603885001>

23. National Institute for Health and Care Excellence. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. NICE guideline. London: NICE; 2019.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaemic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269>

24. Intercollegiate Stroke Working Party, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Irish National Clinical Programme for Stroke, Sentinel Stroke National Audit Programme, Royal College of Physicians of London, Royal College of Physicians of Ireland. National clinical guideline for stroke for the UK and Ireland. 2023 edition. London: SSNAP; 2023.

<https://www.strokeguideline.org/app/uploads/2023/04/National-Clinical-Guideline-for-Stroke-2023.pdf>

25. National Health Service England, National Health Service Improvement. National Stroke Service Model. Integrated stroke delivery networks. London: NHS England; 2021.

<https://stroke-education.org.uk/wp-content/uploads/national-stroke-service-model-integrated-stroke-delivery-networks-may-2021.pdf>

26. Fondation des maladies du coeur et de l'AVC. Prise en charge de l'AVC en phase aiguë. Septième édition, mise à jour 2022. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Toronto: Fondation des maladies du coeur et de l'AVC; 2022.

<https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/acute-stroke-management/french/csbpr7-acute-stroke-management-module-final-fr-2022.pdf>

27. Fondation des maladies du coeur et de l'AVC. Réadaptation, rétablissement et participation communautaire après un AVC. Première partie : la réadaptation et le rétablissement après un AVC. Mise à jour de 2019. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Toronto: Fondation des maladies du coeur et de l'AVC; 2019.

<https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/french/2019-csbpr6-rehabrecovery-module-fr-final-dec2019.pdf>

28. European Stroke Organisation, Walter S, Audebert HJ, Katsanos AH, Larsen K, Sacco S, *et al.* European Stroke Organisation (ESO) guidelines on mobile stroke units for prehospital stroke management. Eur Stroke J 2022;7(1):27-59.

<http://dx.doi.org/10.1177/23969873221079413>

29. Turc G. [AVC] Le GHU Paris porteur de la première Unité Neurovasculaire Mobile Française (étude ASPHALT) [En ligne] 2023.

<https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/avc-le-ghu-paris-porteur-de-la-premiere-unite-neurovasculaire-mobile-francaise-etude>

30. Gabet A, Houot M, Mas JL, Gourtay E, Gautier A, Richard JB, *et al.* Connaissance de l'accident vasculaire cérébral et de ses symptômes en France en 2019. Bull Epidemiol Hebdo 2020;(28):554-61.

31. Haute Autorité de Santé. Risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3260825/fr/risque-cardiovasculaire-global-en-prevention-primaire-et-secondaire-evaluation-et-prise-en-charge-en-medecine-de-premier-recours-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3260825/fr/risque-cardiovasculaire-global-en-prevention-primaire-et-secondaire-evaluation-et-prise-en-charge-en-medecine-de-premier-recours-note-de-cadrage)

32. Ministère des solidarités et de la santé, Le Guludec D, Ceretti AM, Lyon-Caen O, Carricaburu J, Fouard A, *et al.* Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques. Rapport final. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2018.

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022\\_rapport\\_pertinence-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_pertinence-2.pdf)