
MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT

Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux aigus en MCO

Indicateurs de qualité et de sécurité
des soins

Rapport d'analyse des résultats na-
tionaux 2023 (Campagne 2023 -
données 2022)

Validé par le Collège le 20 juin 2024

Descriptif de la publication

Titre	Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux aigus en MCO Indicateurs de qualité et de sécurité des soins Rapport d'analyse des résultats nationaux 2023 (Campagne 2023 - données 2022)
Méthode de travail	Recueil d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins
Objectif(s)	Publication des résultats détaillés nationaux 2023 - données 2022 des indicateurs
Cibles concernées	Sont concernés par cet indicateur : – Les médecins et les internes prescripteurs d'antibiotiques en établissement de santé. – Les infectiologues et référents en antibiothérapie. – Le coordinateur de la gestion des risques de l'établissement et l'équipe qui s'occupe de la qualité et de la sécurité au sein de l'établissement. – La gouvernance de l'établissement (direction générale et CME). – La certification des établissements de santé. Les régulateurs nationaux et régionaux.
Demandeur	Auto-saisine
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Dr Nathalie Riolacci, chef de projet, Dr Linda Banaei-Bouchareb, chef de projet, Anais Sitruk, statisticienne, Nelly Le Guen, statisticienne (data-management), Sandrine Morin, Adjointe au chef de service, Dr Laetitia May-Michelangeli, chef du service, Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins de la HAS Secrétariat : Corinne Camier, Sylvaine Egea, Laetitia Cavalière
Recherche documentaire	
Auteurs	Dr Nathalie Riolacci, Dr Linda Banaei-Bouchareb.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Pour son analyse la HAS a également pris en compte la base «Transparence-Santé» qui impose aux industriels du secteur de la santé de rendre publics les conventions, les rémunérations et les avantages les liants aux acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations figurant dans la base «Transparence-Santé» ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des experts au groupe de travail.
Validation	Version du 20 juin 2024
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication et information
 5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
 © Haute Autorité de santé – juin 2024 – ISBN : 978-2-11-172143-2

Sommaire

1. Contexte	4
2. Méthode	5
2.1. Campagne de recueil des IQSS 2023	5
2.2. Définition des IQSS et des informations complémentaires	5
2.3. Résultats calculés	6
3. Résultats	8
3.1. Analyse descriptive des données nationales PMSI 2022	8
3.2. Analyse des établissements participants	8
3.3. Analyse descriptive des dossiers audités	8
3.4. Résultats nationaux des 5 indicateurs en un coup d'œil	9
3.5. Analyse du résultat des 5 indicateurs	15
3.5.1. Indicateur 1 « Imagerie diagnostique cérébrale (ICD) »	15
3.5.2. Indicateur 2 « Accès à une évaluation neuro- vasculaire (ENV) »	16
3.5.3. Indicateur 3 : « Accès à une prise en charge rééducative (AR) »	17
3.5.4. Indicateur 4 : « Prévention des pneumopathies d'inhalation (PPI) »	19
3.5.5. Indicateur 5 « Planification d'un suivi post AVC (SUIV) »	20
4. Analyse des informations complémentaires	23
4.1. Informations pour une prise en charge immédiate	23
4.2. Délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'imagerie cérébrale diagnostique	24
4.3. Délai entre l'arrivée dans l'établissement et une première prise en charge rééducative	24
4.4. Thrombolyse	24
4.5. Thrombectomie	25
5. Analyse du questionnaire établissement	27
5.1. Ressources matérielles	27
5.2. Connaissance des PRADO	27
5.3. Mobilisation des établissements pour le recueil des IQSS	27
6. Analyse par région des résultats des indicateurs	28
7. Conclusion	31
Table des annexes	33
Références bibliographiques	59
Participants	60
Abréviations et acronymes	61

1. Contexte

Les AVC sont une cause importante de décès et d'incapacité et le seront encore dans les prochaines années en France en raison du vieillissement de la population (1). Chaque année en France, plus de 140 000 nouveaux cas d'AVC sont observés, soit un toutes les 4 minutes (2). Olié et coll. a étudié l'évolution de l'incidence des AVC ischémiques et hémorragiques entre 2008 et 2019, en fonction de l'âge, du sexe. Si l'incidence des AVC hémorragiques reste stable entre 2010 et 2019, l'augmentation de l'incidence des accidents ischémiques se confirme chez les hommes comme chez les femmes âgées de moins de 65 ans. Ainsi, un quart des AVC aigus surviennent chez des personnes âgées de moins de 65 ans (3, 4).

L'AVC est une cause majeure de décès prématuré, d'incapacité et de dépendance. Si la mortalité hospitalière a baissé pour les accidents ischémiques de 14,5 % en 2015 à 8,6 % en 2019, elle reste élevée en 2019 (32 %) pour les hémorragie intracérébrales (4). On estime que 30 % des personnes victimes d'AVC sont décédées à un an (2). On estime à environ 750 000 le nombre de personnes ayant survécu à un AVC, dont 60 % gardent des séquelles altérant les activités de la vie quotidienne (5). L'AVC est associé à une morbidité importante : chute, épilepsie, dépression, troubles cognitifs (6,7,8).

Réduire la fréquence et la gravité des séquelles liées aux AVC en organisant notamment des filières de prise en charge en urgence des AVC en France était un des objectifs majeur du Plan d'actions national AVC (9). L'organisation de filières AVC reste la clé de voute pour optimiser la prise en charge des AVC. Elle permet un accès en urgence absolue à un diagnostic radiologique de qualité, une optimisation thérapeutique médicale et fonctionnelle immédiate, un accès aux techniques de revascularisation, une orientation vers les services spécialisés de rééducation réadaptation et un accès à une consultation post AVC (10). La prise en charge au sein des structures neurovasculaires, et de réadaptation spécialisées améliorent la survie et le pronostic fonctionnel des personnes victimes d'un AVC aigu (11, 12, 13,14, 15). Même, si l'accès à ces structures spécialisés a progressé, il persiste des variations régionales selon le rapport de l'Académie de Médecine de 2022 en raison de leur nombre insuffisant au regard des autres pays européens (3, 4, 16, 17,18).

En 2014, un groupe de travail sous l'égide de la HAS a défini des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) des personnes hospitalisées en MCO pour un AVC aigu. La HAS en lien avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) met en œuvre des recueils nationaux des IQSS afin que l'ensemble des établissements de santé pilotent leur dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En 2023, une campagne de recueil obligatoire des IQSS sur la prise en charge initiale des AVC aigus en MCO a été réalisée. Il s'agit de la 6^e itération¹ de recueil sur ce thème depuis 2011, la dernière campagne obligatoire datant de 2017 en raison du Covid².

L'analyse des résultats des IQSS sur la prise en charge des AVC aigus en MCO présentée dans ce rapport complète l'analyse des résultats des IQSS sur la prise en charge des AVC récents en SMR et la [publication sur les IQSS en MCO](#) de février 2024. Ce rapport contribue à la connaissance des pratiques réelles et aux travaux de la HAS sur les parcours de soins des AVC et l'actualisation des recommandations (19).

¹ Campagnes précédentes : 2011, 2013, 2015,2017 et 2021

² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/rapport_avc_2017.pdf. Le Covid a conduit à l'annulation de la campagne de 2019 et a conduit à une campagne volontaire en 2021.

2. Méthode

2.1. Campagne de recueil des IQSS 2023

Le recueil consiste en une analyse rétrospective de dossiers correspondant à un échantillon de séjours cibles tirés au sort à partir du PMSI. Les séjours cibles identifiés par le groupe de travail sont ceux de personnes adultes entrées et sorties vivantes d'un séjour en MCO d'une hospitalisation complète en 2022 pour un AVC aigu. Les critères de sélection des séjours cibles sont présentés dans l'annexe 1.

Un groupe de travail pluridisciplinaire associant cliniciens et professionnels de santé experts de la prise en charge initiale des AVC aigus en MCO et patients dont les liens d'intérêt sont analysés par le comité déontologique de la HAS a été constitué (Cf. [Participants](#)). Il a défini, à partir de l'analyse des pratiques, des recommandations et réglementation les plus récentes, le périmètre, les données à recueillir et le mode de calcul de chaque indicateur. Il a validé le questionnaire d'audit et les algorithmes de calcul des indicateurs.

La définition des indicateurs, leur utilisation, les modalités d'évaluation des dossiers et les algorithmes de calcul sont spécifiés dans une fiche descriptive mise en ligne sur le site de la HAS (Cf. [Fiches descriptives](#)). Le résultat de chaque indicateur s'exprime en taux de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités. Les établissements disposent de [consignes de remplissage](#) disponibles en ligne et d'un forum d'échanges (AGORA) avec la HAS pour poser leurs questions.

La campagne 2023 est la 5^e campagne de recueil national sur ce thème. La dernière campagne de recueil national date de 2017 et portait sur les données 2016.

La [campagne de recueil des indicateurs](#) 2023 s'est déroulée du 1^{er} juin au 29 septembre 2023. Tous les établissements MCO ayant un séjour cible identifié dans la base nationale du PMSI 2022 sont inscrits sur la plateforme Qualhas et invités à participer au recueil. Ceux ayant au moins 31 séjours cibles dans l'année sont en recueil obligatoire, les autres en recueil facultatif. Les dossiers audités sont les dossiers des séjours cibles tirés au sort dans les archives des établissements participants.

2.2. Définition des IQSS et des informations complémentaires

Les IQSS de la HAS sont des indicateurs développés et validés dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé (https://www.has-sante.fr/jcms/r_1456737/fr/comprendre-les-indicateurs).

La validation d'un IQSS porte sur les critères suivants :

- La pertinence clinique ;
- La faisabilité ;
- La pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins ;
- L'identification des actions correctives.

Les [qualités métrologiques des IQSS](#)³ (stabilité inter observateurs (reproductibilité) ; cohérence interne, validité face-face et, validité de contenu) les valident pour la comparaison inter-établissements.

Sont éligibles à la comparaison en 2023, les établissements de santé ayant au moins 10 séjours cibles en 2022.

³ https://www.has-sante.fr/jcms/r_1456647/fr/validation-des-indicateurs-de-qualite-et-securite-des-soins.

Les 5 IQSS définis avec le groupe de travail pour analyser la qualité de la prise en charge de l'AVC en MCO sont :

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

Le taux de revascularisation des AVC ischémiques est un indicateur de résultats cliniquement pertinent. Il n'est pas mesurable à partir du PMSI car la thrombolyse n'est pas codable. Un IQSS sur la revascularisation des infarctus cérébraux mesuré à partir des dossiers n'a pas été envisagé, en l'absence de recommandations récentes précisant les critères d'éligibilité à prendre en compte, les nouvelles molécules et les doses utilisées ainsi que la fenêtre thérapeutique pour la réaliser. La thrombolyse et la thrombectomie ont cependant été analysées en information complémentaire.

Cinq informations, variables explicatives sur les enjeux de la prise en charge mais ne permettant pas la comparaison inter-établissements, complètent les IQSS :

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

La campagne de 2021, volontaire en raison de l'épidémie de Covid, portait sur les données 2019. Elle met en évidence que les soins en phase aigüe peuvent être dispensés par plusieurs établissements de MCO (organisation des filières d'urgence et d'aigu pour les AVC). C'est pourquoi pour la campagne de recueil national de 2023, tous les critères d'inclusion et d'exclusion de tous les indicateurs ont été revus pour s'assurer de l'imputabilité des résultats des indicateurs. Ainsi :

- Si l'établissement est le seul à prendre en charge le patient, les résultats des 5 indicateurs lui sont imputés ;
- Si l'établissement audité est le dernier intervenant, le résultat de l'indicateur sur la continuité des soins (SUIV) lui est imputé ;
- Si l'établissement audité est le premier intervenant, lui sont imputés les résultats des indicateurs de la prise en charge en urgence (ICD, ENV) et les informations nécessaires à une prise en charge immédiate.

2.3. Résultats calculés

Au niveau des établissements

Pour chaque dossier de chaque indicateur, le questionnaire permet de statuer sur la conformité des dossiers : l'inclusion du séjour, exclusion des cas correspondant aux éventuelles exclusions secondaires et recueil des données nécessaires au calcul de l'indicateur.

Les résultats des IQSS sont exprimés en taux : pourcentage des dossiers conformes sur les dossiers audités. L'intervalle de confiance de chaque indicateur permet d'attribuer à chaque établissement un classement A, B ou C selon la règle suivante :

- Classe A : le taux est supérieur à 80% et la borne inférieure de l'intervalle de confiance est supérieure à 80%,

- Classe B : le taux est supérieur à 80% mais la borne inférieure de l'intervalle de confiance est inférieure à 80%,
- Classe C : le taux est inférieur à 80 %.

Un niveau de qualité satisfaisant est défini dans le document comme les établissements ayant atteint la classe A ou B.

Un questionnaire est également complété par chaque établissement participant pour décrire l'organisation et l'équipement de l'établissement de santé. L'analyse de ce questionnaire est réalisée au chapitre 5.

Au niveau national

Les résultats des IQSS sont exprimés en moyenne nationale pondérée (pourcentage de dossiers conformes sur dossiers audités) calculée pour les établissements ayant au moins 10 séjours cibles en 2022.

Le nombre de dossiers et d'établissements inclus dans ce calcul tient compte des critères d'inclusion et d'exclusion primaires (réalisés à partir du PMSI) et secondaires (réalisés à partir de l'audit des dossiers) définis pour chaque indicateur (Cf. [Fiches descriptives](#)).

Ainsi, la moyenne nationale pondérée des indicateurs est calculée sur :

- 17 698 dossiers audités issus de 438 établissements pour l'indicateur ICD ;
- 17 242 dossiers issus de 435 établissements pour l'indicateur ENV ;
- 19 060 dossiers issus de 464 établissements pour les indicateurs PPI et APR ;
- 14 430 dossiers issus de 438 établissements pour l'indicateur SUIV.

Les résultats nationaux des indicateurs IQSS ont été publiés en février 2024 dans un rapport sur les indicateurs en MCO validé par la HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-02/iqss_synthese_resultats_indicateurs_2023.pdf

Le résultat national comprend :

- la valeur de la moyenne nationale pondérée de chaque indicateur et l'écart entre les valeurs du 1^{er} quartile et du 3^e quartile⁴ ;
- le pourcentage d'établissements d'au moins 10 séjours cibles ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant (correspondant aux classes A et B).

Au niveau régional :

Les résultats des indicateurs sont exprimés en moyenne régionale pondérée (dossiers conformes sur audités) calculé pour les établissements ayant au moins 10 séjours cibles en 2022, dans chaque région. Le résultat régional comprend :

- la valeur de la moyenne régionale pondérée de chaque indicateur ;
- la part des établissements ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant (correspondant aux classes A et B).

⁴ La valeur du quartile inférieur, ou premier quartile (Q1), est la valeur au-dessous de laquelle se trouvent 25 % des taux de conformité observés rangés en ordre croissant. Le quartile supérieur, ou troisième quartile (Q3), est la valeur au-dessous de laquelle se trouvent 75 % des taux de conformité observés rangés en ordre croissant.

3. Résultats

3.1. Analyse descriptive des données nationales PMSI 2022

Pour rappel, les séjours cibles analysés correspondent aux séjours de personnes adultes victimes d'un AVC aigu, hospitalisées plus de 48 heures en MCO et sorties vivantes correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion (cf. [Fiches descriptives](#)).

Dans le PMSI 2022, 112 032 séjours cibles d'AVC sont détectés, dont 79 % sont ischémiques (n = 88 505). La moyenne d'âge des patients est de 72 ans, la médiane de 74 ans, et 60 802 (54 %) sont des hommes.

Parmi eux :

- 94 210 viennent du domicile et 15 914 d'un autre établissement de santé,
- 64 108 (58 %) sortent vers le domicile, 46 018 (42 %) vers un autre établissement de santé (par mutation ou transfert) dont plus de la moitié (26 621) vers un SMR. Le transfert en SMR est de 24 % en 2022.

3.2. Analyse des établissements participants

Sur les 1 018 établissements MCO ayant au moins 1 séjour cible d'AVC aigu, 41 % (n = 420) ont plus de 30 séjours dans l'année et sont en recueil obligatoire. Quatre établissements en recueil obligatoire sont non répondants.

602 établissements ont participé à la campagne de 2023, dont :

- 416/420 en recueil obligatoire, qui ont fourni 97 % des dossiers audités en 2022. Parmi eux, 17 % sont des CHU, 70 % des CH et 6 % des EBNL ou des établissements privés,
- et 182 établissements en recueil facultatif.

Parmi les 602, 169, soit 28 %, ont déclaré avoir une UNV en 2022.

3.3. Analyse descriptive des dossiers audités

Parmi les 112 032 séjours cibles identifiés dans le PMSI, 26 886 étaient tirés au sort, soit 24 %. Au total, 21 905 dossiers ont été analysés et 21 492 audités après les exclusions suivantes :

- Dossiers non retrouvés (n = 78) ;
- Incohérence PMSI (n = 78) ;
- Refus du patient (n = 6) ;
- Dossiers ne correspondant pas à un AVC aigu (n = 3 429) ;
- Dossiers d'AVC aigu avec abstention thérapeutique (n = 715).

Sur les 21 492 dossiers audités, 81 % sont totalement informatisés. Les dossiers les moins informatisés sont les dossiers des travailleurs sociaux (50 %), ceux des rééducateurs (53 % d'informatisation) et ceux des infirmiers (58 %).

Parmi les dossiers d'AVC audités, 85 % sont des AVC ischémiques, 8 % hémorragiques, 4,5 % des hémorragies sous arachnoïdiennes ou intracrâniennes et 2 % de nature indéterminée.

L'âge moyen et l'âge médian sont respectivement de 74 et 76 ans. Plus d'une personne sur 5 (22 %) a moins de 65 ans et un autre quart (23 %) a entre 66 ans et 74 ans. Les personnes âgées de 85 ans et plus représentent 27 %, celles âgées de 75 à 80 ans 28 %. Le ratio F/H est de 47/53. La majorité des personnes (83 %, n = 16 789) est autonome avant leur AVC.

La durée moyenne et médiane des séjours audités est respectivement de 9,5 et 7 jours (tableau 1).

Tableau 1 . Analyse des durées de séjour des 21 492 dossiers audités

Durée	Moins de 2 jours	De 2 à 4 jours	5 à 15 jours	De 16 à 30 jours	31 jours ou plus
Nombre de séjours dans les services (%)	2 079 (10 %)	4 374 (20 %)	2 099 (15,5 %)	11 504 (55 %)	633 (3 %)

Sur l'échantillon de 21 492 dossiers audités, on note (tableau 2) :

- pour 1 dossier sur 2 (53 %), une prise en charge en dehors des services spécialisés de neurovasculaire ou de neurochirurgie ou neurologie. Dans ces services, une personne sur 2 bénéficie d'un télé AVC,
- pour 1 dossier sur 3 (35 %), une prise en charge en neurovasculaire,
- pour 1 dossier sur 7 (15 %), une prise en charge en neurologie.

Dans 22,3 % des dossiers, les patients ont bénéficié d'un télé-AVC.

Près de 9 dossiers sur 10 (87 %) sont passés par les urgences ou par une unité d'hébergement de court séjour (UHCD).

Tableau 2. Types de services ayant audité les 21 492 dossiers

	Unité neurovasculaire ou soins intensifs neurovasculaires	Neurochirurgie	Neurologie	Autres services que les précédents
Nombre de séjours dans les services (%)	7 529 (35 %)	360 (2,6 %)	2 099 (15,5 %)	11 504 (53 %)

Sur l'ensemble des dossiers audités, 72 % sortent vers le domicile et 28 % sont transférés ou mutés, dont la moitié vers un SMR. La fréquence des sorties vers un SMR est 15 % en 2022 ; il était de 34 % (données 2016) lors de la [campagne de 2017](#).

Concernant la qualité du codage :

- 87 % des séjours codés AVC aigu ont été confirmés dans les dossiers,
- sur les 21 492 dossiers d'AVC aigus confirmés, 85 % sont des AVC ischémiques alors que 71 % étaient codés comme tels.

3.4. Résultats nationaux des 5 indicateurs en un coup d'œil

L'analyse de la qualité de la prise en charge des AVC aigus en MCO niveau national de l'ensemble des 5 indicateurs comprend :

- la moyenne nationale pondérée calculée pour chaque indicateur (Figure1),
- et le pourcentage d'établissements ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant correspondant aux classes A et B (Figure 2).
- Concernant les moyennes nationales des indicateurs (Figure 1)

Globalement la qualité de la prise en charge des AVC en MCO est très contrastée. Ainsi plus de 8 dossiers sur 10 pour les indicateurs « Imagerie cérébrale diagnostique (ICD)», « Accès à une

évaluation neurovasculaire (ENV)» et « Accès à une prise en charge rééducative immédiate (AR) » sont conformes. A l'inverse, les moyennes des indicateurs portant sur la prévention des complications immédiates comme les pneumopathies d'inhalation (PPI) ou sur la continuité des soins (SUIV) sont basses. Pour ces indicateurs, seuls 3 dossiers sur 10 sont conformes.

Il existe une variabilité des résultats :

- entre les établissements comme l'indiquent les valeurs minimales et maximales obtenues pour tous les indicateurs. Cette variabilité est marquée pour les indicateurs PPI et SUIV comme en témoignent les écarts entre valeurs du 1^{er} quartile et 3^e quartile de leurs moyennes (tableau 3) ;
- entre les types d'établissements où des écarts de moyenne de 16 points sont observés pour les indicateurs ENV et SUIV et de 24 pour l'indicateur PPI (tableau 4).

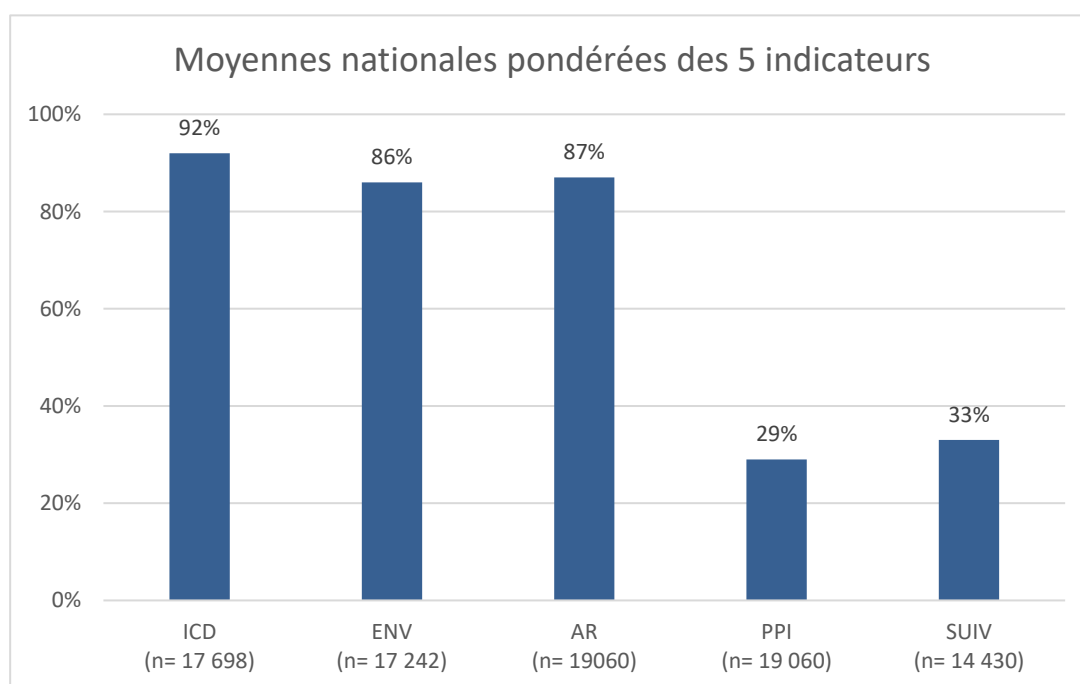


Figure 1. Résultats nationaux des 5 indicateurs (moyenne nationale pondérée calculée sur n dossiers audités)

Tableau 3. Résultats nationaux des 5 indicateurs (moyenne nationale pondérée)

	Imagerie cérébrale diagnostique (ICD) 17 648 dossiers de 438 établissements)	Accès à une expertise neurovasculaire (ENV) (17 242 dossiers de 435 établissements)	Accès à une prise en charge rééducative (AR) (19 060 dossiers de 464 établissements)	Prévention des pneumopathies d'inhalation (PPI) (19 060 dossiers de 464 établissements)	Planification d'un suivi post AVC (SUIV) (14 330 dossiers de 395 établissements)
Moyenne nationale pondérée	92 %	86 %	87 %	29 %	33 %
Valeur Q1	90 %	86 %	82 %	6 %	8 %
Valeur Q3	98 %	96 %	96 %	44 %	56 %
Ecart de valeur observé entre Q1 et Q3	8	10	14	38	48
Min	4 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Max	100 %	100 %	100 %	98 %	97 %

Tableau 4. Résultats nationaux des 5 indicateurs (moyenne nationale pondérée) par type d'établissements

Etablissement	Imagerie cérébrale diagnostique (ICD)	Accès à une expertise neurovasculaire (ENV)	Accès à une prise en charge rééducative (AR)	Prévention des pneumopathies d'inhalation (PPI)	Planification d'un suivi post AVC (SUIV)
CHU	94 % (n = 2 798)	93 % (n = 2 685)	90 % (n = 3 254)	36 % (n = 3 254)	42 % (n = 2 395)
CH	90 % (n = 13 089)	82 % (n = 12 812)	84 % (n = 13 573)	25 % (n = 13 573)	27 % (n = 10 518)
EBNL	89 % (n = 935)	88 % (n = 905) (N = 32)	91 % (n = 1 207) (N = 32)	41 % (n = 1 207)	32 % (n = 825)
Privés	87 % (n = 876)	77 % (n = 840)	82 % (n = 1 026)	17 % (n = 1 026)	26 % (n = 692)
Ecart de valeur observé entre Q1 et Q3	7	16	8	24	16

n = nombre de dossiers – N = nombre d'établissements

Concernant le nombre d'établissements ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant (classés A ou B)

- le nombre d'établissements classés en A ou B est variable selon les indicateurs (Figure 2),
- aucun établissement n'est classé A ou B pour les 5 indicateurs,
- 8 établissements sur 10 sont classés A ou B pour les indicateurs ICD et AR,
- 6 établissements sur 10 sont classés A ou B pour l'indicateur ENV,
- et moins de 1 établissement sur 10 est classé A ou B pour les indicateurs PPI ou SUIV.

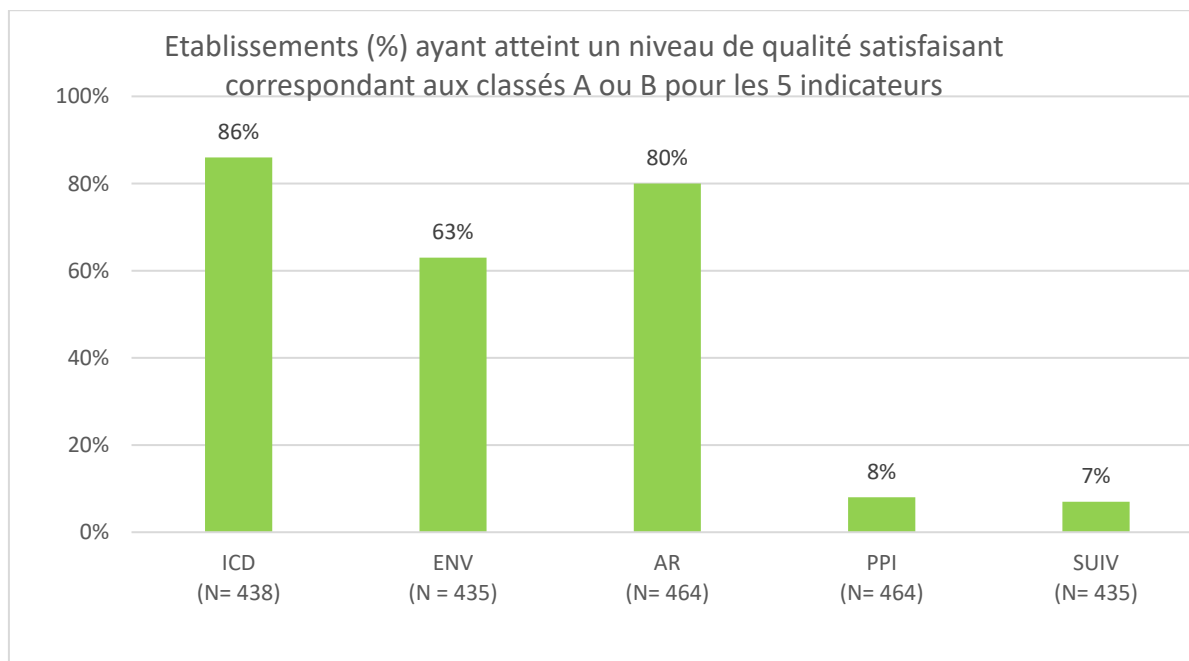


Figure 2. Pourcentage d'établissements classés A ou B pour les 5 indicateurs (n = nombre d'établissements audités)

Il existe une variabilité du pourcentage d'établissements classés A ou B selon le type d'établissements et ce pourcentage varie selon les indicateurs. Ainsi on note un écart de 46 points entre le pourcentage d'établissements privés classés A ou B (38 %) et celui des CHU (84 %) pour l'indicateur ENV (Tableau 5).

Tableau 5. Pourcentage d'établissements classés A ou B pour les 5 indicateurs par type d'établissements (N, nombre d'établissements)

Etablissement	Imagerie cérébrale diagnostique (ICD)	Accès à une expertise neuro-vasculaire (ENV)	Accès à une prise en charge rééducative (AR)	Prévention des pneumopathies d'inhalation (PPI)	Planification d'un suivi post AVC (SUIV)
CHU	94 % 64/69 (N = 69)	84 % 58/69 (N = 69)	90 % 71/79 (N = 79)	15 % 15/79 (N = 79)	16 % 10/64 (N = 64)
CH	85 % 186/311 (N = 311)	60 % 186/310 (N = 310)	79 % 250/318 (N = 318)	5 % 16 /318 (N =318)	5 % 15/318 (N = 278)
EBNL	89 % 24/27 (N = 27)	63 % 17/27 (N = 32)	87,5% 28/32 (N = 32)	16 % 5/32 (N = 32)	4 % 1/25 (N = 25)
Privés	77 % 24/31 (N = 31)	38 % 11/29 (N = 29)	69 % 24/35 (N = 35)	6 % 2 /35 (N = 35)	3,6 % 1/28 (N = 28)
Ecart de valeur observé entre Q1 et Q3	17	46	21	11	13

Analyses complémentaires réalisées dans les établissements avec et sans UNV déclarée

Ces analyses comparent les résultats des indicateurs dans les 165 établissements ayant déclaré disposer d'une UNV ou de soins intensifs en UNV (N = 165 ES soit 36 %) ou pas (Tableaux 6 et 7).

Dans les établissements dotés d'une UNV, les moyennes sont meilleures pour tous les indicateurs et le pourcentage d'établissements classés A ou B est plus important. Les résultats dans les établissements avec UNV restent cependant très insuffisants pour les indicateurs sur la prévention des pneumopathies (PPI) et la programmation d'un suivi post AVC (SUIV).

Tableau 6. Moyenne nationale des 5 indicateurs selon que l'ES a déclaré ou pas une UNV (n : nombre de dossiers)

Indicateur	Moyenne* des ES avec UNV	Moyenne* des ES sans UNV
ICD	92,4 % (n = 7 065)	82 % (n = 8 528)
ENV	93 % (n = 6 963)	55 % (n = 5 531)
AR	89 % (n = 7 102)	74 % (n = 8 420)
PPI	30,5 % (n = 2 428)	14 % (n = 1 619)
SUIV	35 % (n = 2 578)	8 % (n= 597)

* Il s'agit de la moyenne non pondérée calculée sur tous les dossiers de patients éligibles à l'indicateur.

Tableau 7. Pourcentage d'établissements classés en A ou B pour les 5 indicateurs, selon que l'établissement a déclaré ou pas une UNV

Indicateur	ES classés en A ou B au national (%)	ES avec UNV classés en A ou B (%)	ES sans UNV classés en A ou B (%)
ICD	86 %	95 % 156/164*	81 % 221/274
ENV	63 %	94 % 154/164	43,5 % 118/271
AR	80 %	95 % 157/165	72 % 216/299
PPI	8 %	14,5 % 22/165	4,6 % 14/299
SUIV	7 %	15 % 25/162	1 % 2/233

*Clé de lecture : 156 établissements sont classés A ou B sur les 164 établissements avec une UNV audités

L'analyse du résultat au niveau national objective des résultats très contrastés selon les indicateurs.

- Les meilleurs résultats sont obtenus pour les indicateurs « Imagerie cérébrale diagnostique (ICD) » et « Accès à une prise en charge rééducative immédiate (AR) » avec des moyennes pour tous les types d'établissements et un % d'ES classés en A et B supérieurs à 80 %.
- A l'inverse, les résultats des indicateurs sur la prévention des pneumopathies (PPI) et la programmation d'un suivi post AVC (SUIV) sont insuffisants, avec des moyennes pour tous les types d'établissements inférieur à 50 % et moins de 10 % d'établissements classés en A et B.
- Pour l'indicateur « Accès à une évaluation neurovasculaire (ENV) », une moyenne nationale élevée de 86% est associée à un nombre insuffisant (60 %) d'établissements classés en A et B, avec une variabilité des résultats entre les types d'établissements.
- Les résultats sont meilleurs dans les établissements ayant déclaré disposer d'UNV ou de soins intensifs en UNV, mais restent très insuffisants pour les indicateurs sur la prévention des pneumopathies (PPI) et la programmation d'un suivi post AVC (SUIV).

3.5. Analyse du résultat des 5 indicateurs

3.5.1. Indicateur 1 « Imagerie diagnostique cérébrale (ICD) »

L'imagerie cérébrale est indispensable pour la prise en charge d'un AVC. Elle permet d'en identifier la cause (infarctus cérébral, hémorragie ou thrombose cérébrale) et guide les décisions thérapeutiques. Le dossier d'une personne victime d'un AVC aigu doit comporter un diagnostic radiologique d'AVC avec une (ou des) imageries cérébrales horodatées. Cet indicateur concerne les séjours des établissements pour lesquels l'imagerie cérébrale est faite par l'établissement audité ou à sa demande par un autre établissement dans le cadre d'une prestation inter-établissements ([Fiches descriptives](#)).

La moyenne nationale de l'indicateur ICD est calculée sur 17 648 dossiers issus de 438 établissements comptant au moins 10 dossiers analysés pour cet indicateur. Elle est de 92 % (Figure 1). Ainsi, plus de 9 dossiers sur 10 comportent un diagnostic radiologique d'AVC avec une imagerie cérébrale horodatée réalisée par ou à la demande de l'établissement audité.

L'analyse des non-conformités montre que 6 % des dossiers sont sans imagerie cérébrale. Pour les dossiers avec imagerie cérébrale, 3 % ne comportent pas de date et 9,5 % pas d'heure.

Une variabilité des moyennes est observée :

- D'un établissement à l'autre, on note peu de variation du résultat de l'indicateur avec des valeurs élevées pour le 1^{er} quartile (90 %) et le 3^e quartile (91 %) de la moyenne nationale (Tableau 3) ;
- Entre les types d'établissement, les pratiques sont homogènes avec des moyennes supérieures à 85 % (Tableau 4).
- Entre les établissements dotés d'UNV (92,4 %) et ceux qui n'en ont pas (82 %) (Tableau 6)
- Entre les régions avec un écart entre les moyennes de Guyane (32 %), Martinique (48 %) et dans une certaine mesure de Guadeloupe (73 %) et les 15 autres régions dont les moyennes sont supérieures 80 % (Tableaux 8 et 10 de l'annexe 2).

Un niveau de qualité satisfaisant correspondant aux classes A ou B est atteint par 86 % des 438 établissements évalués pour cet indicateur (Cf. Figure 2).

Une variabilité du pourcentage d'établissements classés A ou B est observée :

- Entre les établissements, où il existe 17 points d'écart entre le pourcentage des établissements privés classés A ou B (77 %) et celui des CHU (94 %) (Tableau 5) ;
- Entre les établissements dotés d'une UNV et ceux qui n'en n'ont pas (95 % vs 81 %) (Tableau 7) ;
- Entre les régions, Il varie de 0 % en Martinique, à 93 % en Nouvelle Aquitaine. Six régions ont un pourcentage d'établissements classés A ou B inférieur à 80 % : Martinique (0 %), Guadeloupe (33 %), Guyane (33 %), Pays de Loire (70 %), Mayotte (70 %), la Réunion (75 %) (Tableaux 9 et 11 de l'annexe 3).

Analyses complémentaires

- Pour 38 % des dossiers, l'imagerie cérébrale est effectuée par un autre établissement à la demande de l'établissement audité dans le cadre d'une prestation inter-établissement.
- Le scanner et l'IRM sont utilisés à parité.
- Pour les dossiers avec infarctus cérébral, le polygone de Willis est décrit dans 67 % des comptes rendus d'imageries.

- Des informations complémentaires portant sur les conditions des prises en charge en urgence absolue sont présentées dans le chapitre 4 « Informations complémentaires ».

Les résultats de cet indicateur sont satisfaisants. Il reste une marge d'amélioration portant sur la traçabilité de la date et de l'heure de l'imagerie cérébrale diagnostique

Une réflexion devrait être engagée en Guyane et Martinique pour mieux comprendre les conditions d'accès à cet examen, d'autant que la prévalence des AVC aigus chez les plus jeunes est importante dans ces régions (3, 17).

3.5.2. Indicateur 2 « Accès à une évaluation neuro- vasculaire (ENV) »

Cet indicateur s'applique aux séjours de patients en provenance du domicile avec un diagnostic d'infarctus cérébral ou d'hémorragie intracérébrale ou de nature indéterminée. Sont exclues les hémorragies intracrâniennes et les hémorragies méningées. Les infarctus cérébraux et les hémorragies intracérébrales, les AVC de nature indéterminée doivent avoir un accès prioritaire à un médecin neurovasculaire. Cette expertise détermine les choix thérapeutiques et le pronostic des AVC. Pour les patients qui ne sont pas admis dans les services neurovasculaires (unité de soins intensifs ou pas), l'accès à un médecin neurovasculaire peut avoir lieu en distanciel. L'indicateur mesure le nombre de dossiers avec la trace (i) d'une prise en charge en unité neurovasculaire ou soins intensifs neurovasculaires OU (ii) les conclusions d'un médecin neurovasculaire horodatées pour les patients pris en charge en dehors de services précités établissement ([Fiches descriptives](#)).

La moyenne nationale est calculée sur 17 242 dossiers issus part tirage au sort de 435 établissements ayant au moins 10 dossiers analysés pour l'indicateur. Elle est de 86 % c'est-à-dire que plus de 8 dossiers sur 10 tracent une prise en charge en unité neurovasculaire ou les conclusions d'une évaluation neurovasculaire horodatée dehors de ces unités (Figure 1). Sur l'ensemble des dossiers, 43 % des évaluations neurovasculaires sont réalisées dans une unité neurovasculaire.

L'analyse des non-conformités des 8 557 dossiers de patients pris en charge en dehors des UNV montre que 29 % ont une évaluation neurovasculaire non conforme car non conclusive ou non horodatée.

Une variabilité des moyennes est observée :

- D'un établissement à l'autre, les moyennes obtenues pour l'indicateur ENV varient de 0 % à 100 %. On note un écart de 10 points entre la valeur du 1^{er} quartile de la moyenne nationale (86 %) et celle du 3^e quartile (96 %) (Tableau 3) ;
- Entre les types d'établissements où les moyennes varient de 77 % pour les établissements privés à 93 % pour les CHU (Tableau 4) ;
- Entre les établissements dotés d'UNV (94 %) et ceux qui n'en n'ont pas (43,5 %) (Tableau 6) ;
- Entre les régions où un écart de 24 points entre les moyennes régionales est noté. Les moyennes les plus basses sont observées en Guyane (18 %), Martinique (70 %), Pays de Loire ou PACA (76 %) et Bretagne (77 %). Seules 4 régions sur 18 dépassent nettement le résultat national de 86 % : Hauts de France (92 %), Mayotte (94 %), Nouvelle Aquitaine (92 %) et Occitanie (94 %). (Tableaux 8 et 10 de l'annexe 2).

Un niveau de qualité satisfaisant correspondant aux classes A ou B est atteint par 62 % des 435 établissements évalués pour l'indicateur ENV (Cf. Figure 2).

Une variabilité du pourcentage d'établissements classés A ou B est observée :

- Entre les établissements où il existe un écart de 46 % entre le pourcentage d'établissements classés A ou B entre les établissements privés (38 %) et les CHU (84 %) (Tableau 5) ;
- Entre les établissements dotés d'une UNV (94 %) et ceux qui n'en n'ont pas (43,5%) (Tableau 7) ;
- Entre les régions où il varie de 0 % (Guyane) à 76 % (Hauts de France). Cinq régions sur 18 dépassent nettement (plus de 10 points) le pourcentage de 62 % des établissements classés A ou B au niveau national : Auvergne Rhône Alpes (75 %), Hauts de France (76 %), Nouvelle Aquitaine (74 %) et la Réunion (75 %). (Tableaux 9 et 11 de l'annexe 3).

Analyse complémentaire

Les justifications les plus fréquentes tracées pour expliquer l'absence d'évaluation neurovasculaire dans le dossier (n = 2 775) sont :

- Etat clinique du patient après l'AVC (17 %) ;
- Etat clinique du patient avant l'AVC (15 %) ;
- Nature de l'AVC (14 %) ;
- Protocole avec l'UNV excluant le patient (12 %) ;
- Hors délai (5 %) ;
- Pas de coopération avec une UNV (3 %) ;
- Autre prise en charge (3 %).

A noter, dans 16 %, aucune explication n'est donnée.

En 2023, l'accès à une évaluation neurovasculaire est satisfaisante à 86 %, que ce soit en UNV ou en dehors des UNV. Néanmoins, il existe une marge d'amélioration pour réduire la variabilité du résultat observée entre les types d'établissements et entre les régions. Sur les 18 régions, 13 ont une moyenne régionale inférieure au national. Les disparités régionales en France du taux de prise en charge en UNV décrites en 2015 pourraient en partie expliquer cette variabilité (3, 16).

De plus, les motifs justifiant l'absence d'évaluation neurovasculaire doivent être mieux définis et tracés dans le dossier, notamment au regard du « hors délai ». En effet, l'extension du délai des techniques de revascularisation recommandée à partir de 2019 par plusieurs sociétés savantes doit conduire à mettre à jour les modalités et conditions d'application de ces techniques à l'ensemble de France (11, 12, 13, 14).

3.5.3. Indicateur 3 : « Accès à une prise en charge rééducative (AR) »

Les soins de rééducation doivent débuter dès que l'état du patient le permet. En identifiant les besoins d'une rééducation passive et ou active, cette prise en charge rééducative dans les suites immédiates d'un AVC aigu évalue le pronostic de récupération fonctionnelle et les besoins d'une orientation vers un SMR spécialisé en neurologie ou gériatrie. L'absence de prise en charge rééducative à la phase initiale d'un AVC aigu doit être justifiée dans le dossier établissement ([Fiches descriptives](#)).

La moyenne nationale de l'indicateur AR est de 87 % ; elle est calculée sur 19 060 dossiers issus de 464 établissements comptant au moins 10 dossiers analysés pour cet indicateur. Ainsi, plus de 8 personnes sur 10 ont un dossier répondant aux exigences de l'indicateur (Figure 1).

Dans plus de la moitié des dossiers une prise en charge rééducative est tracée.

L'analyse des non-conformités sur les 8 903 dossiers sans prise en charge rééducative montre que 44 % (n = 3 883) des dossiers ne peuvent pas justifier l'absence de prise en charge rééducative par un des 3 motifs suivants : un score de Rankin < 1, sortie à domicile avant le 4^e jour ou transfert vers un autre établissement

Une variabilité des moyennes est observée :

- Entre les établissements, les moyennes obtenues pour l'indicateur AR varient de 0 % à 100 %. On note un écart de 41 points entre les valeurs du 1^{er} quartile (53 %) et du 3^e quartile (94 %) de la moyenne nationale (Tableau 3) ;
- Entre les types d'établissements où les moyennes sont élevées mais varient de 82 % (en dessous de la moyenne nationale de 87 %) pour les établissements privés à 91 % pour les EBNL (tableau 4) ;
- Entre les établissements dotés d'UNV (89 %) et ceux qui n'en ont pas (74 %) (Tableau 6) ;
- Entre les régions où un écart de 55 points entre les moyennes régionales est observé : les plus basses en Guyane (32 %), Martinique (53 %), les plus élevées en Occitanie (92 %) et à la Réunion ou à Mayotte (93 %).

Un niveau de qualité satisfaisant correspondant aux classes A ou B est atteint par 80 % des 464 établissements évalués pour l'indicateur AR (Cf. Figure 2).

Une variabilité du pourcentage d'établissements classés A ou B est observée :

- Entre les établissements, où il existe 21 points d'écart entre le pourcentage des établissements privés classés A ou B (69 %) et celui des CHU (90 %) (Tableau 5) ;
- Entre les établissements dotés d'une UNV (95 %) et ceux qui n'en ont pas (72 %) (Tableau 7) ;
- Entre les régions, où il varie de 0 % (Martinique) à 100 % (Bretagne, Mayotte, Réunion ou Pays de Loire) (Tableaux 8 et 10 de l'annexe 2). Six régions ont un pourcentage d'établissements classés A ou B nettement inférieur au pourcentage national de 80 % : Martinique (0 %), Centre Val de Loire (60 %), la Corse, la Guadeloupe et la Guyane (66 %), la Provence Côte d'Azur (68 %) (Tableaux 9 et 11 de l'annexe 3)

Analyses complémentaires

La prise en charge rééducative est effectuée par un masseur kinésithérapeute (87 %), un orthophoniste (34 %), un ergothérapeute ou psychomotricien (25 %). L'intervention d'un médecin de médecine physique et réadaptation est rare (5 %).

Interrogés sur les motifs d'une non prise en charge rééducative, les établissements l'ont justifiée par : les week-ends et les jours fériés, les AVC régressifs et les troubles du comportement, l'état général du patient.

Les résultats de cet indicateur semblent globalement satisfaisants, cependant une marge d'amélioration existe notamment pour :

- la traçabilité dans les dossiers d'une justification de l'absence d'accès à une prise en charge rééducative, idéalement basée sur des références professionnelles valides en France,
- dans 6 régions où le nombre d'établissements classés A ou B est inférieur à la moyenne nationale de 80 % : Martinique (0 %), Centre Val de Loire (60 %), la Corse, la Guadeloupe et la Guyane (66 %), la Provence Côte d'Azur (68 %).

Une analyse complémentaire du délai entre l'arrivée dans l'établissement et la première prise en charge rééducative est présentée dans le chapitre 4 « Informations complémentaires ».

En 2023, l'accès à une prise en charge rééducative dans les suites immédiates d'un AVC aigu est satisfaisant avec une moyenne de 87% et des moyennes supérieures à 80% pour 16 régions sur 18. On note cependant que les moyennes de l'indicateur AR restent très inférieures à la moyenne nationale en Guyane et en Martinique.

Cependant, le nombre d'établissements classés A ou B est insuffisant pour les établissements privés, les établissements sans UNV et dans 6 régions sur 18.

3.5.4. Indicateur 4 : « Prévention des pneumopathies d'inhalation (PPI) »

Les troubles de la déglutition sont fréquents dans les suites immédiates d'un AVC aigu. Ils sont responsables de pneumopathies d'inhalation, complication redoutée majorant le risque de décès et de morbidité. La recherche et la prise en charge des troubles de la déglutition doivent faire l'objet d'un protocole et s'appliquer y compris lors des prises en charge en urgence. La prévention des pneumopathies d'inhalation, complication majeure des AVC aigus, doit être mise en œuvre en autorisant ou pas une alimentation per os, en décrivant le fonctionnement de la déglutition et en prenant les mesures adaptées en cas de troubles de la déglutition établissement ([Fiches descriptives](#)).

Cet indicateur s'applique à tous les dossiers d'AVC. L'indicateur mesure le nombre de dossiers répondant aux exigences suivantes : (i) trace d'une prescription autorisant ou pas une alimentation per os dans un délai de 24 heures après la prise en charge du patient et description du fonctionnement normal ou anormal de la déglutition et (iii) et, en cas de troubles de la déglutition au cours du séjour, trace des mesures de prévention.

La moyenne nationale de l'indicateur PPI est calculée sur 19 060 dossiers issus de 464 établissements comptant au moins 10 dossiers analysés pour cet indicateur. Elle est de 29 %. Ainsi, moins d'un dossier sur 3 répond aux exigences de l'indicateur PPI (Figure 1).

L'analyse des non-conformités sur les 19 060 dossiers montre que :

- La prescription autorisant ou pas une alimentation per os manque dans 2/3 des dossiers (66 %) ;
- Quand il existe une consigne sur l'alimentation (1/3 des cas), elle est donnée dans les 24 heures au plus tard dans 87 % ;
- Seule la moitié des dossiers (48 %) décrit la fonction de déglutition. Ce résultat insuffisant pourrait s'expliquer par la non-pertinence clinique de cette description pour les AVC régressifs ou par un défaut de traçabilité de l'information ;
- Et, pour les personnes présentant des troubles de la déglutition (14 %), la prise en charge de ces troubles reste manquante dans le dossier 1 fois sur 10.

Une variabilité des moyennes est observée :

- Entre les établissements où les moyennes obtenues varient de 0 % à 98 %, avec un écart majeur de la moyenne nationale entre les valeurs du 1^{er} quartile (6 %) et du 3^e quartile (44 %) (tableau 3) ;
- Entre les types d'établissements, les moyennes varient de 17 % pour les privés à 41 % pour les EBNL (Tableau 4) ;
- Entre les établissements dotés d'UNV (30,5 %) et ceux qui n'en ont pas (14 %) (Tableau 6) ;

- Un écart de 55 points entre les moyennes régionales est observé : Les plus basses en Corse (0 %) et les plus élevées en Normandie et en Nouvelle Aquitaine (36 %) (Tableaux 8 et 10 de l'annexe 2).

Un niveau de qualité satisfaisant correspondant aux classes A ou B est atteint par seulement 8 % des 464 établissements évalués pour l'indicateur PPI (Cf. Figure 2).

Une variabilité du pourcentage d'établissements classés A ou B est observée :

- Entre les établissements, où il existe 11 points d'écart entre le pourcentage des CH classés A ou B (5 %) et celui des EBNL (16 %) (Tableau 5) ;
- Entre les établissements dotés d'une UNV (14,5 %) et ceux qui n'en ont pas (4,6 %) (Tableau 7) ;
- Il varie de 0 % (Corse, Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et Réunion) à 39 % (Normandie) (Tableaux 9 et 11 de l'annexe 3).

Analyses complémentaires

La fonction de déglutition décrite dans le dossier n'est rapportée qu'une fois sur 3 dans la lettre de liaison. En cas de troubles de la déglutition, les mesures de prise en charge ne sont décrites qu'une fois sur 3 dans la lettre de transfert et une fois sur 2 dans la lettre de liaison à la sortie.

En 2023, la prévention des pneumopathies d'inhalation par la recherche et la prise en charge systématiques de troubles de la déglutition n'est pas satisfaisante : le résultat de l'indicateur est bas (29 %) et varie fortement selon les établissements, les types d'établissements ou encore les régions. Ce résultat insuffisant pourrait en partie être expliqué par l'absence de prévention des pneumopathies pour les AVC régressifs ou mineurs (non identifiables dans la population cible audité).

Un tiers des dossiers rapporte une consigne dans les 24 heures suivant leur arrivée autorisant ou non l'alimentation *per os*. En cas de troubles de la déglutition présents, des mesures de prévention restent manquantes chez 1 patient sur 10.

Des actions d'amélioration pourraient être mises en œuvre, notamment pour :

- Rappeler les risques associés aux troubles de la déglutition et la nécessité de contrôler l'alimentation *per os* à la phase initiale ;
- Rapporter systématiquement dans le cadre de la continuité des soins, la présence de troubles de déglutition pendant le séjour dans les lettres de liaison à la sortie ou de transfert.

3.5.5. Indicateur 5 « Planification d'un suivi post AVC (SUIV) »

Deux tiers des patients victimes d'AVC sont suivis en ville en sortie d'un établissement MCO. La planification du suivi post AVC est essentielle pour assurer la continuité et la sécurité des soins ainsi qu'une autonomie optimale des patients de retour au domicile.

Cet indicateur concerne tous les patients qui sont sortis vers leur domicile après un AVC aigu. A la fin du séjour en établissement MCO, le niveau d'autonomie du patient et les mesures d'accompagnement des déficiences résiduelles doivent être décrites, tracées dans le dossier du patient et transmises au médecin traitant. Une consultation post-AVC répondant aux objectifs et modalités de la circulaire du 5 août 2015 doit être programmée dans les 6 mois. Cette consultation pluriprofessionnelle évalue les conséquences fonctionnelles, cognitives, psychiques familiales et sociales du handicap neurologique

et le cas échéant ajuste le plan de soins de rééducation et de réadaptation et recherche les complications latentes des AVC, dépression, troubles cognitifs ([Fiches descriptives](#)).

Parmi les 14 987 dossiers analysés de patients sortant à domicile, 41 % ont des déficiences.

La moyenne nationale de l'indicateur SUIV est calculée sur 14 330 dossiers issus de 395 établissements comptant au moins 10 dossiers analysés pour cet indicateur. Elle est de 33 %. Ainsi, seul un dossier sur 3 répond aux exigences de l'indicateur SUIV (Figure 1).

L'analyse des non-conformités sur les 14 330 dossiers montre que les 2/3 des dossiers ne comportent aucun score d'autonomie à la sortie (65 %) ; la moitié des dossiers ne tracent pas de consultation post AVC programmée (45 %) ; un quart des dossiers (26 %) ne rapporte pas les mesures de prise en charge des déficiences existantes.

Une variabilité des moyennes est observée :

- Entre les établissements avec un écart majeur entre les valeurs du 1^{er} quartile (8%) et du 3^e quartile (56 %) de la moyenne nationale (Tableau 3) ;
- Entre les types d'établissements où les moyennes varient de 26 % pour les établissements privés à 42 % pour les CHU (Tableau 4) ;
- Entre les établissements dotés d'UNV (35 %) et ceux qui n'en n'ont pas (8 %) (Tableau 6) ;
- Un écart de 48 points entre les moyennes régionales est observé : les plus basses en Corse (0 %), en Guyane (10 %) et les plus élevées en Nouvelle Aquitaine (40 %) et à la Réunion (48 %) (Tableaux 8 et 10 annexe 2).

Un niveau de qualité satisfaisant correspondant aux classes A ou B est atteint par 7 % des 435 établissements évalués pour l'indicateur SUIV (Figure 2).

Une variabilité du pourcentage d'établissements classés A ou B est observée :

- Entre les établissements, où il existe 13 points d'écart entre le pourcentage des établissements privés classés A ou B (3,6 %) et celui des CHU (16 %) (Tableau 5) ;
- Entre les établissements dotés d'une UNV (15 %) et ceux qui n'en n'ont pas (1 %) (Tableau 7) ;
- Il varie de 0 % (Bretagne, Corse, Guyane, Martinique, Normandie). Trois régions ont un pourcentage d'établissements classés A ou B supérieur au pourcentage national de 7% : Réunion (20 %), Mayotte (25 %), Guadeloupe (33 %). (Tableaux 9 et 11 de l'annexe 3).

Analyses complémentaires

Concernant la continuité des soins :

- *Si le dossier décrit un score d'autonomie à la sortie, des mesures de prise en charge des déficiences ou la programmation d'une consultation post AVC, ces informations sont reprises dans la lettre de liaison à la sortie avec la fréquence suivante : consultation post AVC programmée (90 %), score d'autonomie (82 %), mesures de prise en charge des déficiences (68 %).*
- *Le dossier comporte la programmation d'une consultation cardiovasculaire pour une personne sur 2, dont 67 % dans un délai de 3 mois et 32 % dans un délai au-delà de 3 mois.*

Concernant la fréquence des déficiences et leur prise en charge

Parmi les personnes sortant à domicile (n = 14 867), la fréquence des déficiences est de 41 % :

- *Le niveau de déficience à la fin du séjour est quantifié selon l'échelle modifiée de Rankin ou équivalent : 65 % des déficiences ont un score de Rankin égal à 0 ou 1 (n = 3 361) ; 27 % de Rankin égal à 2 ou 3 et, 9 % (n = 482) de Rankin égal ou supérieur à 4.*

- *La programmation d'une consultation AVC est de 29 % pour les personnes sortant à domicile dont les déficiences sont cotées supérieures à 1 selon l'échelle de Rankin modifiée ou équivalent.*
- *Pour les populations sortant à domicile avec des déficiences cotées Rankin 2 ou 3, le constat est le suivant :*
 - *20 % des personnes de plus de 80 ans ont une 1^{ère} consultation programmée de gériatrie et 12 % une consultation pluriprofessionnelle. Ainsi, les deux tiers de ces patients n'ont pas de suivi de leurs déficiences après un séjour pour AVC aigu.*
 - *25 % des patients de moins de 70 ans ont une consultation programmée avec un médecin de médecine physique et de réadaptation et 34% une consultation post AVC. Ainsi, 41 % de ces patients n'ont pas de suivi de leurs déficiences après un séjour en MCO pour AVC aigu.*
 - *19 % des personnes âgées de plus de 70 ans et moins de 80 ans, ont une consultation post AVC, programmée 9 fois sur 10, dans les 6 mois.*

Concernant le suivi des aidants ou de l'entourage : un rendez- vous est proposé dans 3 % des cas.

En 2023, le suivi post AVC n'est pas satisfaisant : le résultat de l'indicateur est bas (33 %) et varie selon les établissements, les types d'établissements ou encore les régions.

Dans cette étude, 41 % des personnes sortant à domicile présentent des déficiences, dont plus d'un tiers sont modérées à sévères. Seuls 29 % de ces patients ont une consultation post AVC programmée.

On note que les 2/3 des patients âgés de 80 ans et plus sortant à domicile n'ont ni consultation gériatrique, ni consultation post AVC malgré la présence de déficiences.

Les patients de moins de 70 ans sortant à domicile n'ont ni consultation par un médecin de médecine physique et de réadaptation, ni consultation post AVC.

Il est à rappeler que les consultations post AVC, y compris pour les AVC régressifs, sont indiquées pour détecter les complications latentes et tardives des AVC notamment les troubles cognitifs et les troubles de l'humeur. Il semblerait que les modalités de ces consultations ne soient pas homogènes entre les établissements et entre les régions.

Une marge d'amélioration importante existe pour cet indicateur, au bénéfice de tous les patients en post-AVC.

4. Analyse des informations complémentaires

Les informations complémentaires sont recueillies dans le cadre de la campagne pour apporter des précisions importantes pouvant expliquer la variabilité des résultats constatés. Elles ne permettent pas la comparaisons inter-établissements.

Elles sont présentées ci-dessous en suivant le processus de prise en charge.

4.1. Informations pour une prise en charge immédiate

La prise en charge des AVC aigus s'appuie sur des informations essentielles recueillies par les premiers intervenants, et partagées pour orienter au mieux le patient et, si nécessaire, organiser une prise en charge en urgence absolue.

Sont attendus dans les dossiers : date et heure d'arrivée dans l'établissement, date et heure des premiers signes ou symptômes ou datation impossible, score pronostic de NIHSS à l'entrée, glycémie capillaire et recherche d'une prescription d'anticoagulants avant l'AVC ([Fiches descriptives](#)).

L'analyse des 18 043 dossiers montre que :

- 97 % des dossiers précisent la date de début des symptômes ou des signes ou que la datation est impossible, et 59% des dossiers précisent l'heure ;
- Les informations sur le traitement du patient sont renseignées dans 92 % des dossiers. Parmi eux, 25 % ont une prescription d'anticoagulants dont il faudra éventuellement tenir compte en cas de revascularisation ;
- Une mesure de la glycémie capillaire est renseignée dans 81% des dossiers ;
- Moins d'un dossier sur deux renseigne un score de NIHSS (National Institute of Health Stroke Score) à l'entrée (44 %), un constat qui a déjà été fait lors de la campagne de 2017⁵ (Données 2016). Sur les 7 953 dossiers avec un score de NIHSS renseigné, 2 % sont jugés graves (score ≥ 20), 31 % modérés (score entre 6 et 19) et 67 % comme mineurs (score entre 1 et 5). En 2022, la part des AVC mineurs (67 %) et de gravité modérée ou sévère dépasse celle observée en 2011 (59,5 %), la fréquence des AVC de gravité modérée ou sévère est stable (33,7 % versus 31 %).

Analyses complémentaires

Un tiers (34 %) des patients en provenance du domicile sont pris en charge dans le cadre d'une alerte AVC et près de la moitié (44 %) ont bénéficié d'un transport sanitaire d'urgence.

Un tiers (36 %) des 18 043 dossiers analysés issus de 438 établissements audités répond aux attendus.

Certaines pratiques (glycémie capillaire, traitement médicaments avant l'AVC ou la datation des premiers symptômes ou signes) sont implémentées en routine. En revanche, le score de NIHSS qui quantifie la sévérité de l'AVC est insuffisamment renseigné.

⁵ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/rapport_avc_2017.pdf

4.2. Délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'imagerie cérébrale diagnostique

L'objectif de l'étude est de savoir si les informations du dossier permettent de calculer un délai entre l'arrivée dans l'établissement et la première imagerie et de décrire ce délai.

Ce délai est calculable pour 17 520 dossiers (99,5 %) des personnes admises en provenance du domicile dont les dates et heures d'arrivée et d'imagerie sont renseignées

Le délai est calculé pour les dossiers avec une première imagerie réalisée confirmant le diagnostic d'AVC aigu (84 %) et les dossiers pour lesquels plusieurs imageries sont nécessaires pour confirmer le diagnostic. Dans ce cas, la première imagerie réalisée est prise en compte (16 %).

Au total (sur le délai décimal),

- Pour la moitié des dossiers, la première imagerie cérébrale est réalisée en moins de 3 heures ;
- Le délai médian est de 180 minutes (Q1 66 minutes et Q3 450 minutes (7h 25))

Les informations horodatées doivent être tracées dans les dossiers pour pouvoir calculer systématiquement ce délai.

Ce délai doit être le plus court possible pour les patients avec un AVC ischémique potentiellement éligible à une revascularisation.

4.3. Délai entre l'arrivée dans l'établissement et une première prise en charge rééducative

Une prise en charge rééducative immédiate a pour objectifs d'identifier les besoins d'une rééducation passive et ou active, elle contribue à apprécier la sévérité de l'AVC, à estimer le pronostic de récupération et détermine l'orientation du patient vers un établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) spécialisé ([Fiches descriptives](#)). Elle contribue également à réduire la mortalité post-AVC et le handicap (15).

Le délai entre l'arrivée dans l'établissement et la première prise en charge rééducative est calculable pour la moitié des dossiers (N = 9 032 sur 19 060 dossiers) dont la date d'entrée dans l'établissement et la date de la prise en charge rééducative sont renseignées.

Le délai entre l'arrivée et la 1^{re} prise en charge rééducative est : de 1 jour (30 %) ; de 2 jours (25 %), de 3 jours (16 %) et de 4 jours et plus (35 %).

Ainsi, dans près des deux tiers des dossiers avec délai calculable, les patient ont bénéficié d'une prise en charge par un rééducateur dans les 3 jours. Les informations horodatées permettant le calcul du délai, doivent être tracées systématiquement dans les dossiers.

4.4. Thrombolyse

La thrombolyse médicamenteuse consiste à administrer par voie intraveineuse un fibrinolytique pour dissoudre un caillot de fibrine obstruant une artère cérébrale. Le traitement doit être instauré le plus

tôt possible après avoir exclu une hémorragie intracrânienne. L'effet du traitement est temps dépendant. Par conséquent, plus le traitement est administré précocement, plus la probabilité de résultat clinique favorable est élevée. La fenêtre thérapeutique et ses indications se sont étendues ces dernières années.

Les objectifs de l'étude est de déterminer si les dossiers des patients contiennent les informations suivantes :

- la trace d'une thrombolyse ou une justification pour les patients sans thrombolyse
- les informations nécessaires du délai entre l'arrivée dans l'établissement et le début de l'injection du thrombolytique.

Sur les 16 298 infarctus de personnes venant du domicile,

- 1 435 (soit 9 %) ont bénéficié d'une thrombolyse.
- L'absence de thrombolyse est jugée « justifiée » par les établissements dans 57 % des cas (8 481/ 16298). Le délai entre l'arrivée dans l'établissement et le début de la thrombolyse est calculable pour 1 337 dossiers, soit 93 %. Le délai est de moins de 60 minutes pour 294 dossiers/ 1337 (22 %) ; il est compris entre 60 minutes et 120 minutes pour 42,5 %, et plus de 120 minutes pour 35,5 %.

Ces analyses ne permettent pas d'établir la fréquence des thrombolyse en France en 2022.

Le recours ou non à la thrombolyse et les conditions de sa réalisation devraient être mieux documentées dans les dossiers.

Le délai arrivée et début de la thrombolyse n'est pas calculable pour 7 % des dossiers car la thrombolyse n'est pas horodatée. Une thrombolyse en moins de 60 minutes est notée pour 22 % des dossiers audités.

L'absence de thrombolyse n'est pas systématiquement documentée dans les dossier.

4.5. Thrombectomie

La thrombectomie cérébrale consiste à recanaliser une artère cérébrale occluse à la phase aigüe d'un accident vasculaire cérébral ischémique. Elle doit être réalisée le plus rapidement possible, dès que son indication a été posée. La fenêtre thérapeutique et ses indications se sont étendues ces dernières années.

Les objectifs de l'étude est de déterminer si les dossiers des patients contiennent les informations suivantes :

- la trace d'une thrombectomie ou une justification pour les patients sans thrombectomie,
- les informations nécessaires du délai entre l'arrivée dans l'établissement et le début de la ponction.

Sur les 16 298 infarctus de personnes venant du domicile :

- 371 (soit 2 %) ont bénéficié d'une thrombectomie ;
- L'absence de thrombectomie est jugée « justifiée » par les établissements dans 49 % des cas (8 092/16298) ;
- Le délai entre l'arrivée dans l'établissement et le début de la thrombectomie est calculable dans 71 % des dossiers. Le délai est de moins de 60 minutes pour 15 % des dossiers (39/265) ; il

est compris entre 60 minutes et 120 minutes pour 37 % (98/265), et plus de 120 minutes pour 48 % (128/265).

Ces analyses ne permettent pas d'établir la fréquence des thrombectomies en France en 2022.

Le recours ou non à la thrombectomie et les conditions de sa réalisation devraient être mieux documentées dans les dossiers.

Le délai arrivée et début de la thrombectomie n'est pas calculable pour 7% des dossiers car la thrombectomie n'est pas horodatée. Une thrombectomie 2 heures ou moins est observée pour 52 % des dossiers audités.

L'absence de thrombectomie n'est pas systématiquement documentée dans les dossier.

5. Analyse du questionnaire établissement

Ce [questionnaire](#) concerne les ressources matérielles. Il a été renseigné en 2022 par les 602 établissements participants.

5.1. Ressources matérielles

Les établissements déclarent disposer :

- d'une IRM pour 423 établissements (70 %), dont 62% fonctionnent 24/24h et 7/7j,
- d'un dispositif de télé AVC pour 246 établissements (41 %), dont près des deux tiers sont requérants
- d'une UNV pour 169 établissements (28 %),
- d'un service de neuroradiologie interventionnelle pour 66 établissements (11 %) autorisés à faire des thrombectomies.

5.2. Connaissance des PRADO

387 établissements connaissent le dispositif PRADO AVC (64 %) et 422 le dispositif PRADO personnes âgées. Parmi eux, 314 établissements (52 %) utilisent un des deux dispositifs PRADO ou les deux.

5.3. Mobilisation des établissements pour le recueil des IQSS

Le recueil des informations est effectué sous la supervision du référent du recueil et sous la responsabilité du médecin DIM de chaque établissement participant.

Ce questionnaire permet d'identifier les établissements qui ont mobilisé des professionnels de santé pour le recueil des IQSS. Parmi les 602 établissements participants, 74 % ont mobilisé au moins un clinicien. Ainsi, ont participé à l'analyse des dossiers : un neurologue dans 37 % des établissements, un urgentiste dans 35 %, un gériatre dans 31 %, un médecin généraliste dans 20 %, un neurovasculaire dans 15 %, un interniste dans 11% et un autre professionnel de santé dans 62 %.

6. Analyse par région des résultats des indicateurs

La moyenne régionale pondérée et le pourcentage d'établissements classés A ou B ont été calculés par région pour les 5 indicateurs.

Concernant les moyennes régionales pondérées (Tableau 8 et Tableau 10 de l'annexe 2)

- Pour les indicateurs « Imagerie cérébrale diagnostique (ICD) » et « Accès à une prise en charge rééducative (AR) », les moyennes régionales supérieures à 80 % sont observées dans toutes les régions, sauf en Guyane et en Martinique ;
- Pour l'indicateur « Accès à un expertise neurovasculaire (ENV) », les moyennes régionales sont moins homogènes que celles des indicateurs ICD ou AR. Six régions ont une moyenne inférieure à 80 % : Bretagne (77 %), Centre Val de Loire (78 %), Guyane (18 %), Martinique (70 %), Mayotte (18 %) et Pays de Loire (76 %) ;
- Pour l'indicateur prévention des pneumopathies d'inhalation (PPI), les valeurs observées sont très basses dans toutes les régions, avec une moyenne qui varie de 0 % à 37 %. Les moyennes les plus élevées sont observées en Auvergne Rhône Alpes (36 %), Normandie, Nouvelle Aquitaine (37 %) ;
- Pour l'indicateur sur la « programmation d'un suivi post AVC (SUIV) », les Hauts de France (41 %), l'Île de France (43 %), la Nouvelle Aquitaine (40 %) et la Réunion (48 %) dépassent la moyenne nationale qui est très basse (33 %).

Concernant le nombre d'établissements classés en A ou B (Tableaux 9 et 11 de l'annexe 3)

- Aucune région n'a tous ses établissements classés en A ou B pour les 5 indicateurs (Cf. tableau 11 de l'annexe 3) ;
- D'une région à l'autre, le nombre d'établissements classés A ou B varie pour tous les indicateurs. L'Auvergne Rhône Alpes, les Hauts de France, l'Île de France, la nouvelle Aquitaine et l'Occitanie comptent le plus grand nombre d'établissements classés A ou B pour les 3 indicateurs ICD, ENV et AR (Cf. tableau 11 de l'annexe 3).

Des axes d'amélioration prioritaires sont à définir par région. Les annexes 2 et 3 décrivent la qualité dans chaque région, avec la moyenne régionale pondérée des 5 indicateurs et le pourcentage d'établissements dans chaque région classée A ou B.

L'annexe 4 présente les moyennes pondérées et classements A et B dans chaque région.

Tableau 8. Moyenne nationale et moyennes régionales extrêmes observées en région pour les 5 indicateurs (n nombre de dossiers audités)

Indicateur	Moyenne nationale pondérée	Moyennes pondérées les plus basses observées en région	Moyennes pondérées les plus élevées observées en région
ICD	92 %	32 % (Guyane, n = 96) 48 % (Martinique, n = 91) 70 % (Mayotte, n = 50) 73 % (Guadeloupe, n = 100)	96 % (Nouvelle Aquitaine, n = 1 742) 94 % (Occitanie, n = 1 247) ;
ENV	86 %	18 % (Guyane, n = 80) 18 % (Mayotte, n = 50) 70 % (Martinique, n = 90) 76 % (PACA, n = 1 742) ; 76 % (Pays de Loire, n = 892)	94 % (Occitanie) 92 % (Nouvelle Aquitaine, n = 1 742) 92 % (Hauts de France, n = 1 420)
AR	87 %	38 % (Guyane, n = 100) 53 % (Martinique, n = 92)	93 % (Réunion, n = 221) 92 % (Occitanie, n = 1 355) 91 % (Bretagne, n = 1 191)
PPI	29 %	0 % (Corse, n = 133) 2 % (Centre Val de Loire, n = 838)	37 % (Nouvelle Aquitaine, n = 1 822) 36 % (Auvergne Rhône Alpes, n = 2 428)
SUIV	33 %	0 % (Mayotte, n = 50) 10 % (Guyane, n = 60) 15 % (Grand Est, n = 1 552)	48 % (Réunion, n = 210) 43 % (Île de France, n = 1 632)

Tableau 9. Etablissements classés A ou B (%) valeurs minimales et maximales observées en région pour les 5 indicateurs (N nombre d'établissements audités)

Indicateur	Etablissement classés A ou B (%) au niveau national	Valeurs minimales du pourcentage d'établissement classés A ou B observées en région	Valeurs maximales du pourcentage d'établissement classés A ou B observées en région
ICD	86 %	0 % (Martinique, N = 3) 33 % (Guyane, Guadeloupe, N = 3)	100 % (Corse, N = 3) 93 % (Nouvelle Aquitaine, N = 43)
ENV	63 %	0 % (Guyane N= 3) 33 % (Corse, Guadeloupe, N =3)	76 % (Hauts de France, N = 28) 75 % (Réunion, N = 6)
AR	80 %	0 % (Martinique, N =2) 60 % (Val de Loire, N =20)	100 % (Mayotte, N =1) (Réunion N = 6) (Bretagne, N = 27), (Pays de Loire, N = 20) 91 % (Occitanie, N = 33)
PPI	8 %	0 % (Corse Guadeloupe, Guyane, N=3), (Mayotte, N =1) (Martinique, N = 6)	39 % (Normandie, N = 23) 14 % (Hauts de France, N = 37)
SUIV	7 %	0 % (Corse, Guyane, N = 3) (Martinique, N = 2), (Mayotte N =1)	33 % (Guadeloupe ; N = 3) 20% (Réunion, N = 6) 14 % (Occitanie, N=29)

L'analyse du résultat des 5 indicateurs au niveau régional permet de constater que :

- Les résultats sont contrastés selon les indicateurs.
- La réalisation de l'imagerie cérébrale diagnostique (ICD) et l'accès à une prise en charge rééducative (AR) sont satisfaisants dans 16 régions sur 18, sauf en Guyane et en Martinique.
- L'accès à l'évaluation neurovasculaire (ENV), malgré une moyenne pondérée nationale élevée (86 %) est variable selon les régions.
- L'évaluation de la prévention des pneumopathies d'inhalation (PPI) et de la programmation d'un suivi post AVC (SUIV) est très insuffisante dans toutes les régions.

Des actions prioritaires pour améliorer la qualité de la prise en charge des AVC aigus doivent d'être définies par région, notamment en s'appuyant sur l'analyse par région des résultats des 5 indicateurs.

7. Conclusion

Les résultats de 5 indicateurs de qualité et sécurité des soins, recueillis en 2023 (données 2022), dans 602 établissements de santé MCO, portent sur un large échantillon représentatif de plus de 20 000 dossiers d'AVC aigu soit un quart des AVC aigus codés dans le PMSI 2022.

Ils permettent de dresser un état des lieux de la qualité de la prise en charge initiale des AVC aigus en France. Les écarts de qualité observés permettent d'identifier des pistes d'amélioration à mettre en œuvre, au niveau national, au niveau régional et au niveau établissement. Ils ne permettent pas d'explorer les filières pré-hospitalières et parcours inter-hospitaliers de soins à la phase aiguë.

La campagne 2023 est la 5^e campagne nationale de recueil de 5 IQSS. Les résultats analysés au niveau national et par région apportent des informations sur des points critiques de la prise en charge initiale des AVC aigus, qui étaient des priorités du plan AVC 2010-2014 (9) : optimisation du diagnostic avec accès en priorité à un diagnostic radiologique en cas de suspicion d'AVC aigu, accès à une expertise neurovasculaire pour optimiser la prise en charge des AVC aigus, prise en charge rééducative immédiate pour optimiser le pronostic fonctionnel chaque fois que cela est possible, prévention des complications liées aux troubles de la déglutition et suivi post AVC.

Globalement, l'analyse du résultat des 5 indicateurs au niveau national objective des résultats très contrastés.

- Les meilleurs résultats sont obtenus pour les indicateurs « Imagerie cérébrale diagnostique (ICD) » et « Accès à une prise en charge rééducative immédiate (AR) » avec des moyennes pour tous les types d'établissements et un % d'établissements classés en A et B supérieurs à 80 %.

- A l'inverse, les résultats des indicateurs sur la prévention des pneumopathies (PPI) et la programmation d'un suivi post AVC (SUIV) sont insuffisants, avec des moyennes pour tous les types d'établissements inférieures à 50 % et moins de 10 % d'établissements classés en A et B.

- Pour l'indicateur « Accès à une évaluation neurovasculaire (ENV) », la moyenne nationale est élevée (86 %), mais associée à seulement 60 % d'établissements classés en A et B, avec une variabilité des résultats entre les types d'établissements.

>>> Des actions prioritaires pour améliorer la qualité de la prise en charge des AVC aigus doivent d'être définies par région, notamment en s'appuyant sur l'analyse des résultats régionaux des 5 indicateurs.

En complément, l'analyse détaillée des résultats de cette campagne et des informations complémentaires montre que :

- La moitié des patients ont accès à un diagnostic radiologique dans les 3 heures. Un quart des diagnostics radiologiques d'AVC sont réalisés dans le cadre d'une prestation inter-établissements, témoin d'une mutualisation des ressources pour assurer une prise en charge 24 h sur 24 et 7 jours sur 7. La recherche de renseignement pour dater le début de l'AVC est bien pratiquée. En revanche, le score NIHSS à l'entrée est retrouvé pour moins de la moitié des patients, alors qu'il a une valeur pronostique et contribue à l'orientation des patients vers des services spécialisés.

- L'accès à une évaluation neurovasculaire systématique pour les infarctus n'est pas homogène dans toutes les régions et son absence est rarement explicitée dans les dossiers. Le retour des établissements plaide pour un besoin de précisions concernant les critères d'accès à une évaluation neurovasculaire prioritaire, dans un contexte de ressources limitées. Les difficultés d'accès aux unités neurovasculaires en France et de leur fonctionnement sont connues (17,18).
- La recherche de troubles de la déglutition a été explorée lors des campagnes successives depuis 2017. Dans seulement un dossier sur 3, le contrôle de l'alimentation per os est réalisé. A l'inverse, en cas de troubles de la déglutition, la prise en charge est conforme dans 9 dossiers sur 10.
- Concernant les techniques de revascularisation, la justification de l'absence de la revascularisation devrait être mieux tracée dans les dossiers. De plus la date et l'heure d'une thrombectomie est manquante dans 25 % des dossiers. Or ce délai est utile pour que l'établissement puisse optimiser son organisation pour réaliser cet acte. Cette étude ne permet pas de connaître le taux de revascularisation des AVC MCO en France.
- La programmation d'un suivi après un AVC aigu pour les personnes rentrant à domicile, applicable à tous les AVC, y compris les AVC régressifs, reste problématique. Le résultat national est très bas et plus de la moitié des patients les plus vulnérable au regard des conséquences du handicap (les plus âgés et les plus jeunes) n'ont aucune consultation de suivi dans les 6 mois après la sortie. Certaines ARS proposent des modalités de consultations alternatives pour les plus âgés et les plus jeunes, ce qui pourrait expliquer une partie de la variabilité du résultat entre les types d'établissement et les régions.

Des pistes d'amélioration concernant la traçabilité de certaines informations ont clairement été identifiées dans cette campagne (en particulier, l'horodatage de l'imagerie cérébrale, de la thrombolyse et de la thrombectomie, les motifs d'absence de réalisation de prise en charge rééducative, la fonction de déglutition et consigne autorisant ou pas l'alimentation). Pour rappel, le dossier patient est la référence de l'information médicale en santé (19), à ce titre, les activités de soin réalisées lors de la prise en charge en établissement doivent y être tracées, comme le prévoit l'article R1112-2 du Code de la santé publique.

Le recueil des IQSS en MCO sur ce thème a été couplé à un recueil d'IQSS sur la prise en charge initiale des AVC aigus en SMR. L'analyse de la qualité des soins des AVC dans ces 2 secteurs contribue :

- à une meilleure connaissance des pratiques réelles et de leur variabilité,
- aux travaux de la HAS en cours sur les parcours de soins des AVC, de la phase aiguë à la phase chronique de la maladie (20),

Il répond également aux constats et objectifs identifiés par le plan européen AVC 2018- 2030 (21).

Table des annexes

Annexe 1. Description de la sélection des séjours cibles	36
Annexe 2. Analyse des moyennes régionales pondérées	37
Annexe 3. Etablissements par région ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant (classés A ou B)	38
Annexe 4. Analyse détaillée par région des résultats des indicateurs	39
4.1 Qualité en Auvergne Rhône Alpes*	40
4.2 Qualité en Bourgogne Franche Comté	41
4.3 Qualité en Bretagne	42
4.4 Qualité en Centre Val de Loire	43
4.5 Qualité en Corse	44
4.6 Qualité en Grand Est	45
4.7 Qualité en Guadeloupe	46
4.8 Qualité en Guyane	47
4.9 Qualité en Hauts de France	48
4.10 Qualité en Ile de France	49
4.11 Martinique	50
4.12 Mayotte	51
4.13. Normandie	52
4.14 Nouvelle Aquitaine	53
4.15 Qualité en Occitanie	54
4.16 Qualité à la Réunion/Océan Indien	55
4.17 Qualité en Provence Alpes Côte d’Azur	56
4.18 Qualité en Pays de Loire	57

Table des figures

Figure 1. Résultats nationaux des 5 indicateurs (moyenne nationale pondérée calculée sur n dossiers audités).....	10
Figure 2. Pourcentage d’établissements classés A ou B pour les 5 indicateurs (n = nombre d’établissements audités)	12
Figure 3. Identification des séjours cibles et sélection des dossiers analysés	36
Figure 4. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs en Auvergne Rhône Alpes comparés aux taux nationaux.....	40
Figure 5. Etablissements d’Auvergne Rhône Alpes (%) ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les 5 indicateurs.....	40
Figure 6. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs en Bourgogne Franche Comté comparés aux résultats nationaux	41

Figure 7. Etablissements (%) de Bourgogne Franche Comté ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les 5 indicateurs.....	41
Figure 8. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs en Bretagne comparés aux résultats nationaux	42
Figure 9. Etablissements (%) de Bretagne ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les 5 indicateurs	42
Figure 10. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs en Centre Val de Loire comparés aux résultats nationaux	43
Figure 11. Etablissements (%) en Centre Val de Loire ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les 5 indicateurs.....	43
Figure 12. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs en Corse comparés aux résultats nationaux.....	44
Figure 13. Etablissements (%) en Corse ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les 5 indicateurs	44
Figure 14. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Grand Est comparés aux résultats nationaux.....	45
Figure 15. Etablissements (%) en Grand Est ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant pour chaque indicateur	45
Figure 16. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs en Guadeloupe comparés aux résultats nationaux	46
Figure 17. Etablissements (%) en Guadeloupe ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant pour chaque indicateurs ICD, ENV ou SUIV. ; aucun pour PPI	46
Figure 18. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Guyane comparés aux résultats nationaux	47
Figure 19. Etablissements (%) en Guyane ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant	47
Figure 20. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Hauts de France comparés aux résultats nationaux.....	48
Figure 21. Etablissements (%) en Hauts de France ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant ..	48
Figure 22. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Ile de France comparés aux résultats nationaux.....	49
Figure 23. Etablissements (%) en Ile de France ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant	49
Figure 24. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Martinique comparés aux résultats nationaux	50
Figure 25. Etablissements (%) de Martinique ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant	50
Figure 26. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés à Mayotte comparés aux résultats nationaux	51
Figure 27. Etablissements (%) de Mayotte ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant	51
Figure 28. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Normandie comparés aux résultats nationaux	52
Figure 29. Etablissements (%) en Normandie ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant	52

Figure 30. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Nouvelle Aquitaine comparés aux résultats nationaux	53
Figure 31. Etablissements (%) en Nouvelle Aquitaine ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant	53
Figure 32. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Occitanie comparés aux résultats nationaux	54
Figure 33. Etablissements (%) en Occitanie ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant	54
Figure 34. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés à la Réunion comparés aux résultats nationaux.....	55
Figure 35. Etablissements (%) de la Réunion ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant.....	55
Figure 36. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Provence Alpes Côte d'Azur comparés aux résultats nationaux	56
Figure 37. Etablissements (%) en Provence Alpes Côte d'Azur ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant.....	56
Figure 38. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Pays de Loire comparés aux taux nationaux.....	57
Figure 39. Etablissements (%) en Pays de Loire ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant	57

Table des tableaux

Tableau 1 . Analyse des durées de séjour des 21 492 dossiers audités.....	9
Tableau 2. Types de services ayant audité les 21 492 dossiers	9
Tableau 3. Résultats nationaux des 5 indicateurs (moyenne nationale pondérée)	11
Tableau 4. Résultats nationaux des 5 indicateurs (moyenne nationale pondérée) par type d'établissements	11
Tableau 5. Pourcentage d'établissements classés A ou B pour les 5 indicateurs par type d'établissements (N, nombre d'établissements).....	13
Tableau 6. Moyenne nationale des 5 indicateurs selon que l'ES a déclaré ou pas une UNV (n : nombre de dossiers)	13
Tableau 7. Pourcentage d'établissements classés en A ou B pour les 5 indicateurs, selon que l'établissement a déclaré ou pas une UNV	14
Tableau 8. Moyenne nationale et moyennes régionales extrêmes observées en région pour les 5 indicateurs (n nombre de dossiers audités).....	29
Tableau 9. Etablissements classés A ou B (%) valeurs minimales et maximales observés en région pour les 5 indicateurs (N nombre d'établissements audités)	29
Tableau 10. Moyennes régionales pondérées pour les 5 indicateurs (nombre de dossiers).....	37
Tableau 11. Etablissements (%) par région ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les 5 indicateurs	38
Tableau 12. Analyse des motifs justifiant l'absence d'expertise neurovasculaire.....	58

Annexe 1. Description de la sélection des séjours cibles

Le recueil consiste en une enquête rétrospective sur un échantillon aléatoire de 50 séjours uniques de personnes adultes hospitalisées (au moins une nuitée) et sorties vivantes d'une hospitalisation en 2022, en MCO pour AVC aigu.

Les séjours inclus sont les séjours de MCO de 2022 avec en diagnostic principal, un code CIM10 d'AVC aigu : I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes) ; I61.x (hémorragies intracérébrales), I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ; I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ; I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus).

Sont exclus :

- Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans.
- Les séjours des personnes décédées (ModeSortie = 9).
- Les séjours avec un code d'AIT en DP de n'importe quelle UM (G45.x).
- Les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ou les séjours d'une durée de moins de 24 heures sans nuitée.
- Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite (Z53.2).
- Les séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire (séjour B).
- Les séjours avec un erreur (GHM 90).
- Les séjours avec séances (GHM 28).

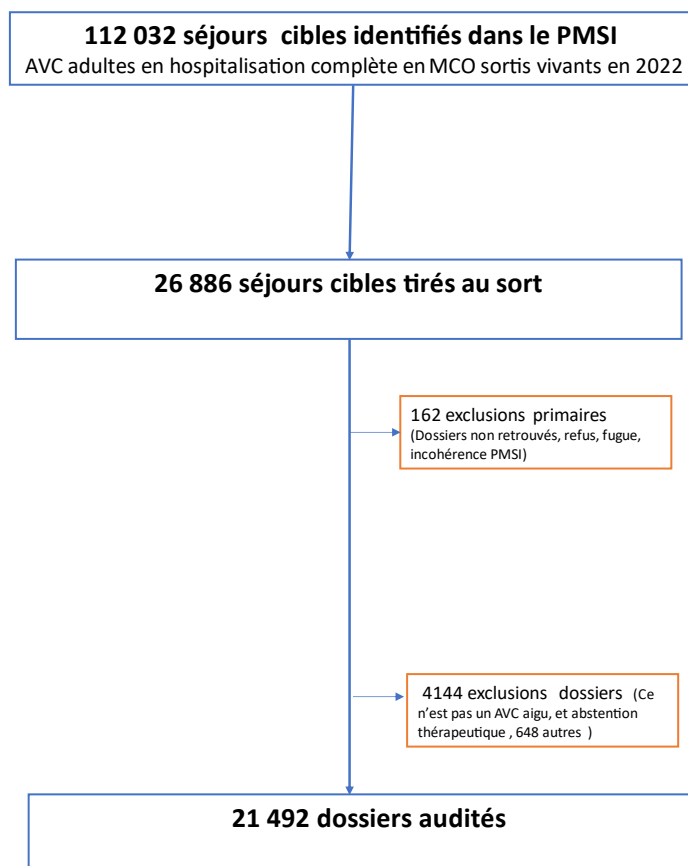


Figure 3. Identification des séjours cibles et sélection des dossiers analysés

Annexe 2. Analyse des moyennes régionales pondérées

Tableau 10. Moyennes régionales pondérées pour les 5 indicateurs (nombre de dossiers)

	Imagerie cérébrale diagnostique (ICD)	Accès à une expertise neurovasculaire (ENV)	Accès à une prise en charge rééducative (AR)	Prévention des pneumopathies d'inhalation (PPI)	Planification d'un suivi post AVC (SUIV)
Auvergne Rhône Alpes	93 % (n = 2167)	87 % (n = 2124)	88 % (n = 2408)	36 % (n = 2428)	20 % (n = 1886)
Bourgogne Franche Comté	88 % (n = 1022)	82 % (n = 998)	84 % (n = 1053)	12 % (n = 1053)	32 % (n = 830)
Bretagne	89 % (n = 1120)	77 % (n = 1102)	91 % (n = 1191)	30 % (n = 1191)	25 % (n = 1095)
Centre Val de Loire	91 % (n = 803)	78 % (n = 770)	81 % (n = 838)	22 % (n = 838)	44 % (n = 586)
Corse	98 % (n = 131)	80 % (n = 127)	82 % (n = 133)	2 % (n = 133)	23 % (n = 116)
Grand Est	93 % (n = 1544)	85 % (n = 1502)	85 % (n = 1645)	30 % (n = 1645)	15 % (n = 1552)
Guadeloupe	73 % (n = 100)	89 % (n = 96)	86 % (n = 100)	13 % (n = 100)	10 % (n = 60)
Guyane	32 % (n = 96)	18 % (n = 80)	38 % (n = 100)	7 % (n = 100)	10 % (n = 60)
Hauts de France	94 % (n = 1455)	92 % (n = 1420)	86 % (n = 1542)	29 % (n = 1542)	41 % (n = 1256)
Ile de France	90 % (n = 2354)	91 % (n = 2253)	85 % (n = 2832)	29 % (n = 2832)	43 % (n = 1639)
Martinique	48 % (n = 91)	70 % (n = 90)	53 % (n = 92)	7 % (n = 92)	20 % (n = 66)
Mayotte	70 % (n = 50)	18 % (n = 50)	94 % (n = 50)	34 % (n = 50)	0 % (n = 50)
Normandie	92 % (n = 898)	82 % (n = 879)	86 % (n = 926)	37 % (n = 926)	39 % (n = 748)
Nouvelle Aquitaine	96 % (n = 1744)	92 % (n = 1712)	90 % (n = 1830)	37 % (n = 1830)	40 % (n = 1436)
Occitanie	93 % (n = 1247)	94 % (n = 1205)	92 % (n = 1355)	30 % (n = 1355)	32 % (n = 1011)
Réunion	94 % (n = 200)	82 % (n = 200)	93 % (n = 221)	6 % (n = 221)	48 % (n = 210)
Provence Alpes Côte d'Azur	92 % (n = 1748)	82 % (n = 1742)	83 % (n = 1822)	29 % (n = 1822)	30 % (n = 1409)
Pays de Loire	88 % (n = 989)	76 % (n = 892)	90 % (n = 922)	27 % (n = 922)	31 % (n = 749)

Annexe 3. Etablissements par région ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant (classés A ou B)

Tableau 11. Etablissements (%) par région ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les 5 indicateurs

	Imagerie cérébrale diagnostique (ICD)	Accès à une expertise neurovasculaire (ENV)	Accès à une prise en charge rééducative (AR)	Prévention des pneumopathies d'inhalation (PPI)	Planification d'un suivi post AVC (SUIV)
Auvergne Rhône Alpes	87 % (46/53)*	75 % (40/53)	85 % (50/59)	7 % (4/59)	2 % (1/49)
Bourgogne Franche Comté	85 % (22/26)	65 % (17/26)	81 % (21/26)	4 % (1/26)	5 % (1/21)
Bretagne	80 % (20/25)	48 % (12/25)	100 % (25/25)	7 % (2/25)	0 % (0/25)
Centre Val de Loire	80 % (16/20)	35 % (7/20)	60 % (12/20)	0 % (0/20)	11 % (2/17)
Corse	100 % (3/3)	33 % (1/3)	67 % (2/3)	0 %	0 %
Grand Est	88 % (35/40)	55 % (22/40)	83 % (34/41)	2 % (1/41)	3 % (1/36)
Guadeloupe	33 % (1/3)	33 % (1/3)	67 % (2/3)	0 %	33 % (1/3)
Guyane	33 % (1/3)	0 % (0/2)	66 % (2/3)	0 % (0/0)	0 % (0/2)
Hauts de France	92 % (34/37)	76 % (28/37)	81 % (30/37)	14 % (32/37)	10 % (3/29)
Ile de France	88 % (57/65)	69 % (45/65)	73 % (57/78)	12 % (9/78)	13 % (7/55)
Martinique	0 % (0/2)	50 % (1/2)	0 % (0/2)	0 % (0/2)	0 % (0/2)
Mayotte	75 % (1/1)	0 % (0/1)	100 % (1/1)	0 % (0/1)	0 % (0/1)
Normandie	87 % (20/23)	52 % (12/23)	74 % (17/23)	39 % (9/23)	0 % (0/21)
Nouvelle Aquitaine	93 % (40/43)	74 % (31/43)	77 % (33/43)	12 % (5/43)	8 % (3/40)
Occitanie	90 % (28/31)	70 % (21/30)	91 % (30/33)	12 % (4/33)	14 % (4/29)
Réunion	75 % (3/4)	75 % (3/4)	100% (6/6)	0% (0/6)	20 % (1/5)
Provence Alpes Côte d'Azur	90 % (36/40)	55 % (22/40)	68% (27/40)	8% (3/40)	6 % (2/40)
Pays de Loire	70 % (14/20)	45 % (9/20)	100% (20/20)	25% (5/20)	5 % (1/20)

* 46 établissements de la région Auvergne Rhône Alpes sur 53 sont classés A ou B

Annexe 4. Analyse détaillée par région des résultats des indicateurs

- 4.1 Qualité en Auvergne Rhône Alpes
- 4.2 Qualité en Bourgogne Franche Comté
- 4.3 Qualité en Bretagne
- 4.4 Qualité en Centre val de Loire
- 4.5 Qualité en Corse
- 4.6 Qualité en Grand Est
- 4.7 Qualité en Guadeloupe
- 4.8 Qualité en Guyane
- 4.9 Qualité en Hauts de France
- 4.10 Qualité en Ile de France
- 4.11 Qualité en Martinique
- 4.12 Qualité à Mayotte
- 4.13 Qualité en Normandie
- 4.14 Qualité en Nouvelle Aquitaine
- 4.15 Qualité en Occitanie
- 4.16 Qualité à la Réunion/Océan Indien
- 4.17 Qualité en Provence Alpes Côte d’Azur
- 4.18 Qualité en Pays de Loire

4.1 Qualité en Auvergne Rhône Alpes*

Les résultats des indicateurs⁶ mesurés ARA sont comparables aux résultats nationaux pour les indicateurs ICD, ENV, AR et inférieur pour SUIV. Pour l'indicateur PPI, la moyenne pondérée en Auvergne Rhône Alpes est supérieure à la moyenne nationale (Fig. 4).

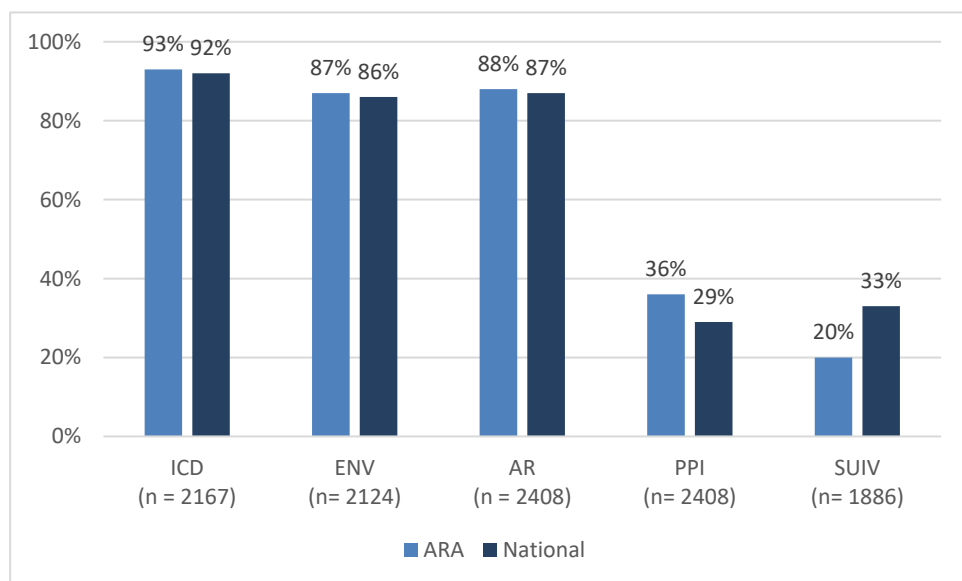


Figure 4. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs en Auvergne Rhône Alpes comparés aux taux nationaux

En Auvergne Rhône Alpes⁶ 8 établissements ont atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les indicateurs ICD, AR ; 7 sur 10 pour ENV. Seuls, 4 établissements sur 59 pour PPI ont un niveau de qualité satisfaisant et, 1 sur 49 pour SUIV (Fig. 5).

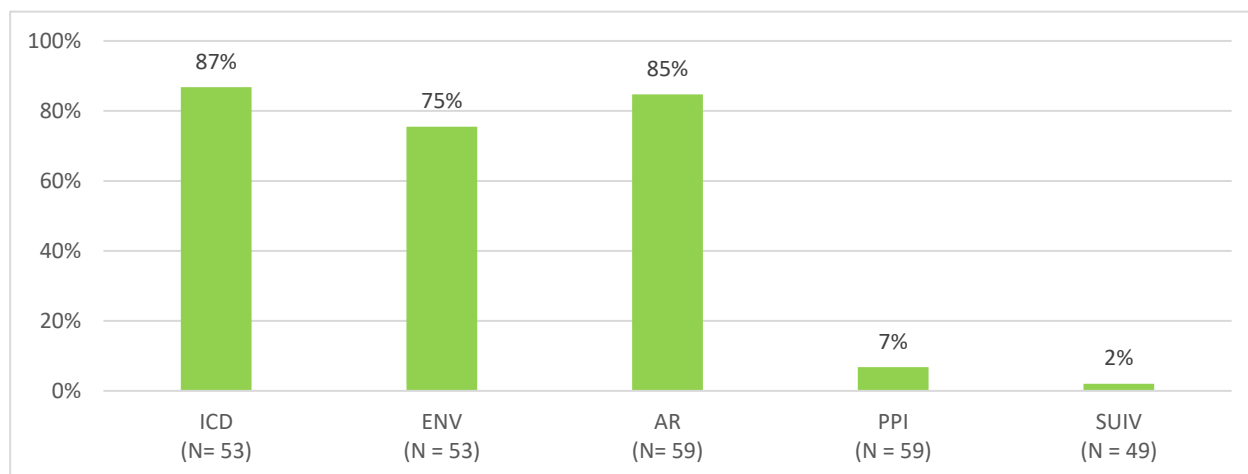


Figure 5. Etablissements d'Auvergne Rhône Alpes (%) ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les 5 indicateurs

⁶ Moyenne pondérée régionale est définie par le nombre de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités pour les établissements comptant au moins 10 séjours cibles en 2022. La part des établissements en Auvergne Rhône Alpes comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 avec 8 dossiers sur 10 conformes (niveau de qualité satisfaisant). Ces calculs effectués sur 59 établissements avec au moins 10 séjours cibles en 2022 pour les indicateurs AR et PPI, sur 53 pour les indicateurs ICD et ENV et 49 pour SUIV

4.2 Qualité en Bourgogne Franche Comté

Les résultats des indicateurs⁷ en Bourgogne Franche Comté sont inférieurs aux résultats nationaux sauf pour l'indicateur SUIV (Fig.6).

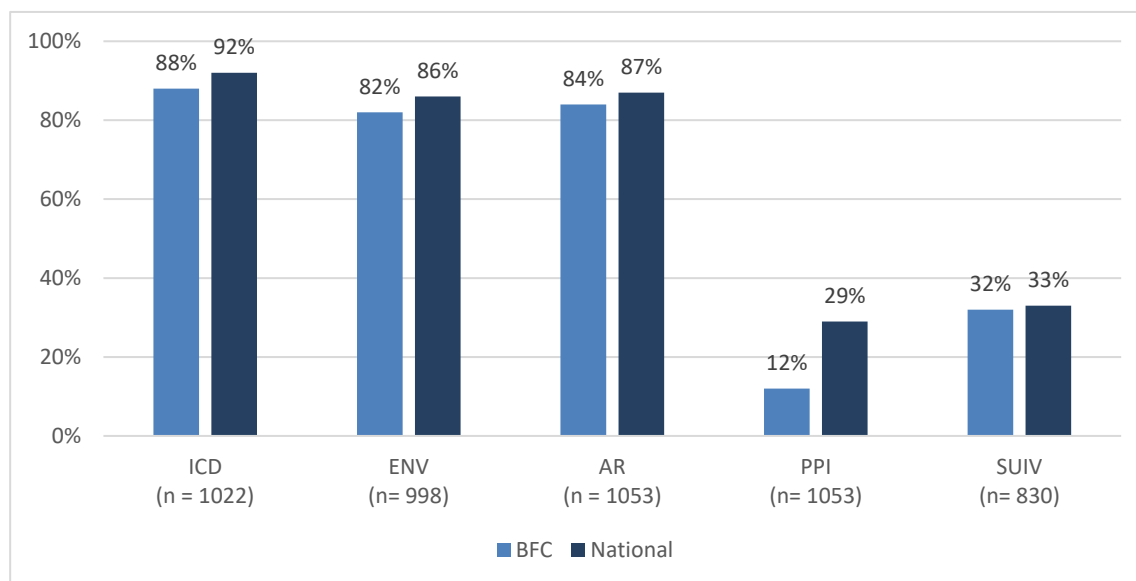


Figure 6. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs en Bourgogne Franche Comté comparés aux résultats nationaux

En Bourgogne Franche Comté⁷, 8 établissements ont atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les indicateurs ICD, AR ; 6 sur 10 pour ENV. Un établissement sur 26 pour PPI et, 1 sur 21 pour SUIV ont un niveau de qualité satisfaisant (Fig.7).

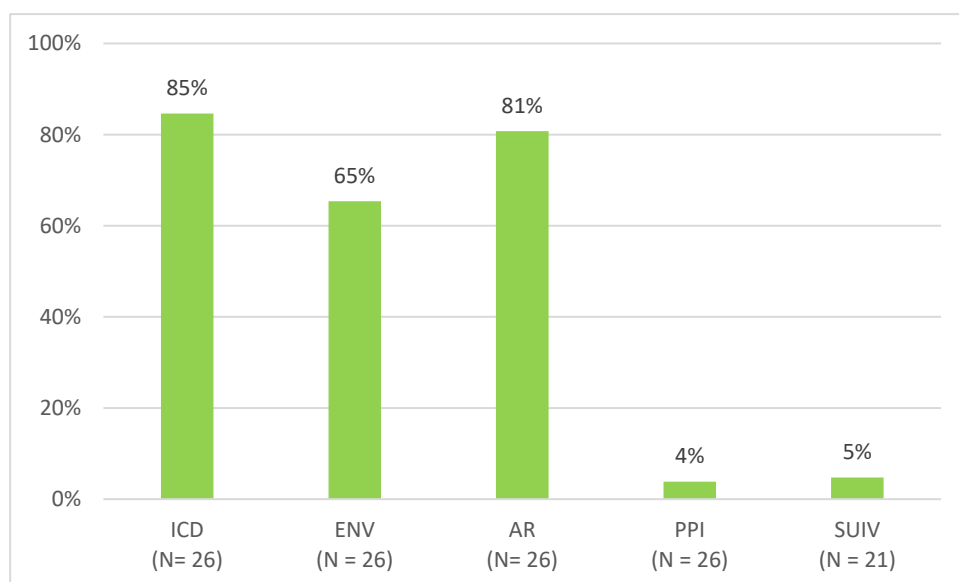


Figure 7. Etablissements (%) de Bourgogne Franche Comté ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les 5 indicateurs

⁷ Moyenne pondérée régionale est définie par le nombre de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités pour les établissements comptant au moins 10 séjours cibles en 2022. La part des établissements en Bourgogne Franche Comté comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 avec 8 dossiers sur 10 conformes (niveau de qualité satisfaisant). Ces calculs effectués sur 26 établissements ayant au moins 10 séjours cibles de Bourgogne Franche Comté en 2022 pour tous les indicateurs ICD, ENV, AR, PPI et 21 pour l'indicateur SUIV

4.3 Qualité en Bretagne

Les résultats des indicateurs⁸ mesurés en Bretagne étaient inférieurs aux résultats nationaux sauf pour AR et PPI (Fig. 8).

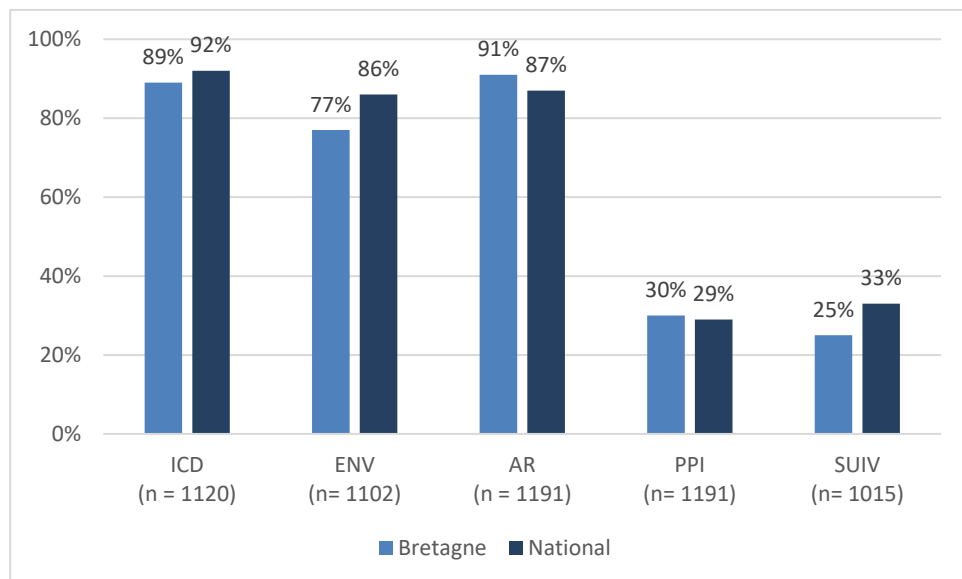


Figure 8. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs en Bretagne comparés aux résultats nationaux

En Bretagne⁸, tous les établissements ont atteint un niveau de qualité satisfaisant pour l'indicateur AR, 8 sur 10 pour ICD et moins de 1 sur 2 pour ENV. Deux établissements sur 27 ont un niveau satisfaisant pour PPI et, aucun pour SUIV (Fig. 9)

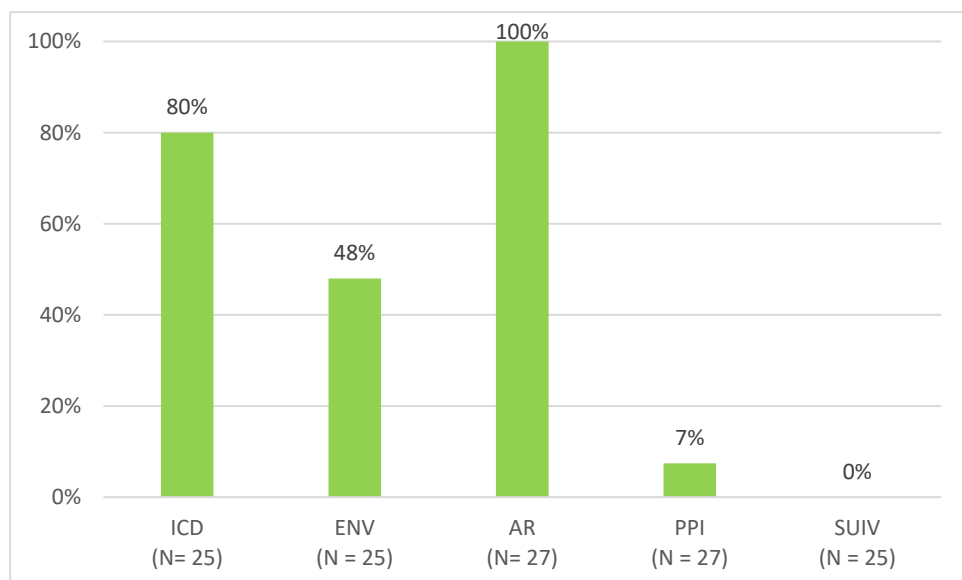


Figure 9. Etablissements (%) de Bretagne ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les 5 indicateurs

⁸ Moyenne pondérée régionale est définie par le nombre de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités pour les établissements comptant au moins 10 séjours cibles en 2022. La part des établissements en Bretagne comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 avec au moins 8 dossiers sur 10 conformes (niveau de qualité satisfaisant). Calculs effectués sur 25 établissements ayant au moins 10 séjours cibles en Bretagne en 2022 pour tous les indicateurs ICD, ENV et SUIV et, 27 pour les indicateurs AR, PPI

4.4 Qualité en Centre Val de Loire

Les résultats des indicateurs⁹ mesurés en Centre Val de Loire sont globalement inférieurs aux résultats nationaux sauf pour ICD et SUIV (Fig. 10).

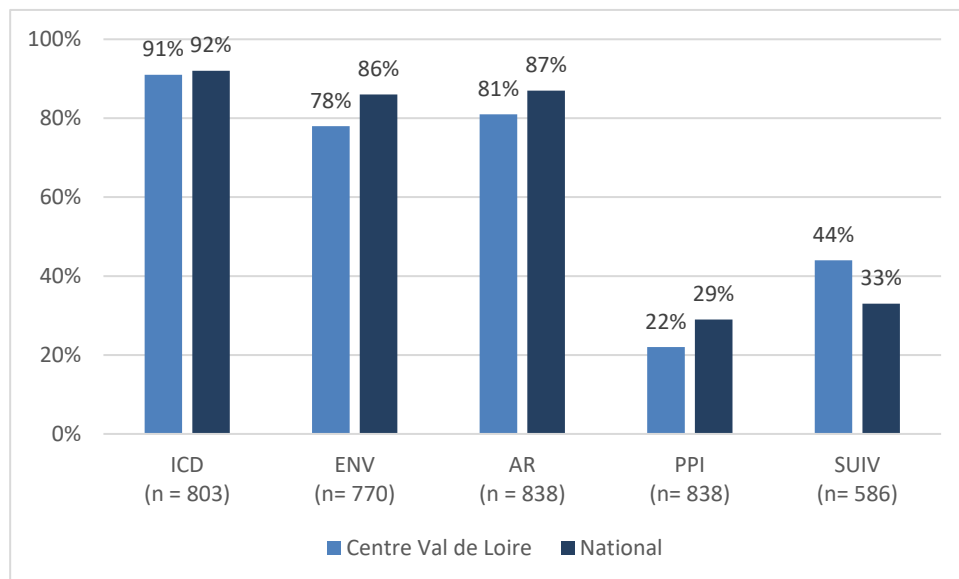


Figure 10. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs en Centre Val de Loire comparés aux résultats nationaux

En Centre Val de Loire⁹, 8 établissements sur 10 ont atteint un niveau de qualité satisfaisant pour ICD, 6 sur 10 pour AR et, un sur 3 pour ENV. Deux établissements sur 19 ont un niveau satisfaisant pour SUIV et aucun pour PPI (Fig. 11).

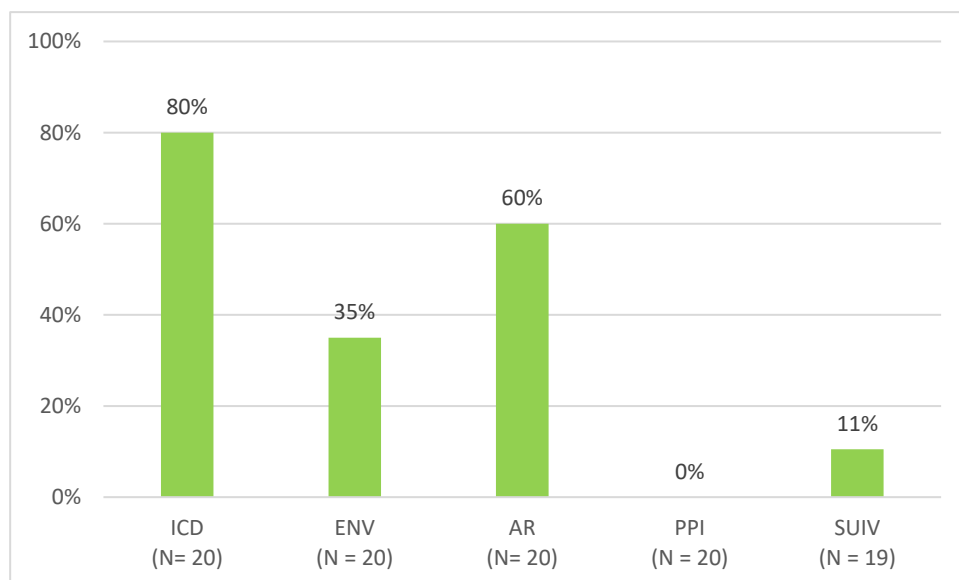


Figure 11. Etablissements (%) en Centre Val de Loire ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les 5 indicateurs

⁹ Moyenne pondérée régionale est définie par le nombre de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités pour les établissements comptant au moins 10 séjours cibles en 2022. La part des établissements de Centre Val de Loire comptant au moins 10 cibles en 2022 avec au moins 8 dossiers sur 10 conformes (niveau de qualité satisfaisant). Calculs effectués sur 20 établissements ayant au moins 10 séjours cibles en 2022 en Centre Val de Loire pour les indicateurs ICD, ENV, AR, PPI et 19 pour l'indicateur SUIV

4.5 Qualité en Corse

Les résultats des indicateurs¹⁰ mesurés en Corse sont inférieurs aux résultats nationaux pour tous les indicateurs sauf ICD (Fig.12).

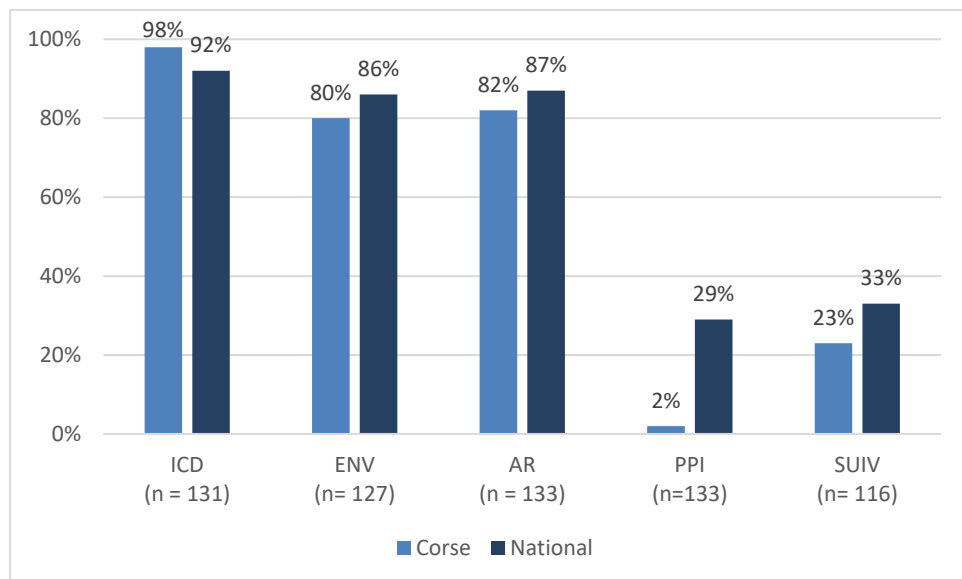


Figure 12. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs en Corse comparés aux résultats nationaux

En Corse¹⁰, tous les établissements ont atteint un niveau de qualité satisfaisant pour ICD, plus de 6 sur 10 pour AR et 1 sur 3 pour ENV et, aucun établissement pour PPI ou SUIV (Fig. 13).

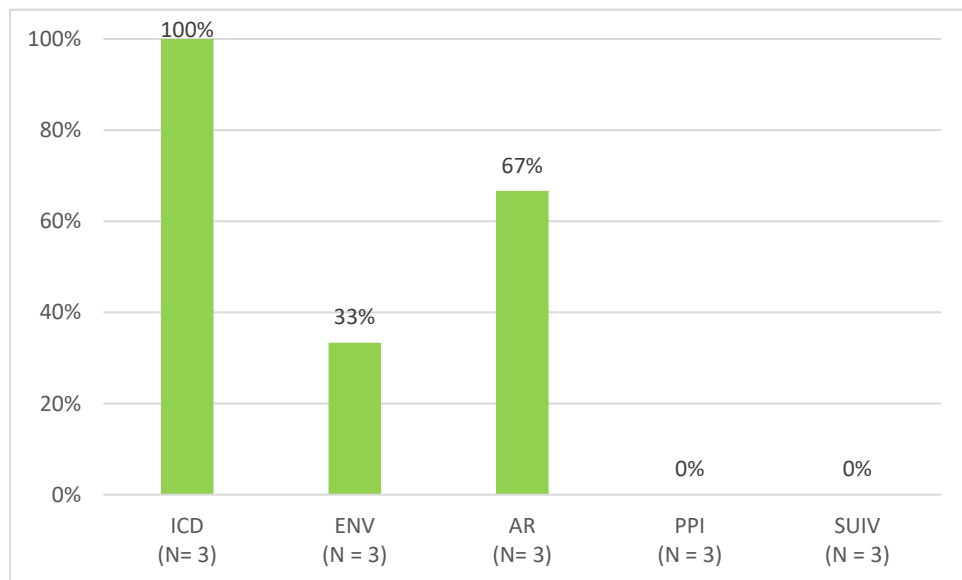


Figure 13. Etablissements (%) en Corse ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les 5 indicateurs

¹⁰ Moyenne pondérée régionale est définie par le nombre de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités pour les établissements comptant au moins 10 séjours cibles en 2022. La part des établissements de Corse comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 avec au moins 8 dossiers sur 10 conformes (niveau de qualité satisfaisant). Calculs effectués sur 3 établissements de Corse avec au moins 10 séjours cibles en 2022 en Corse pour chaque indicateur.

4.6 Qualité en Grand Est

Les résultats des indicateurs¹¹ mesurés en Grand Est sont comparables aux résultats nationaux pour ICD, ENV, PPI, sauf pour les indicateurs AR et SUIV (Fig.14)

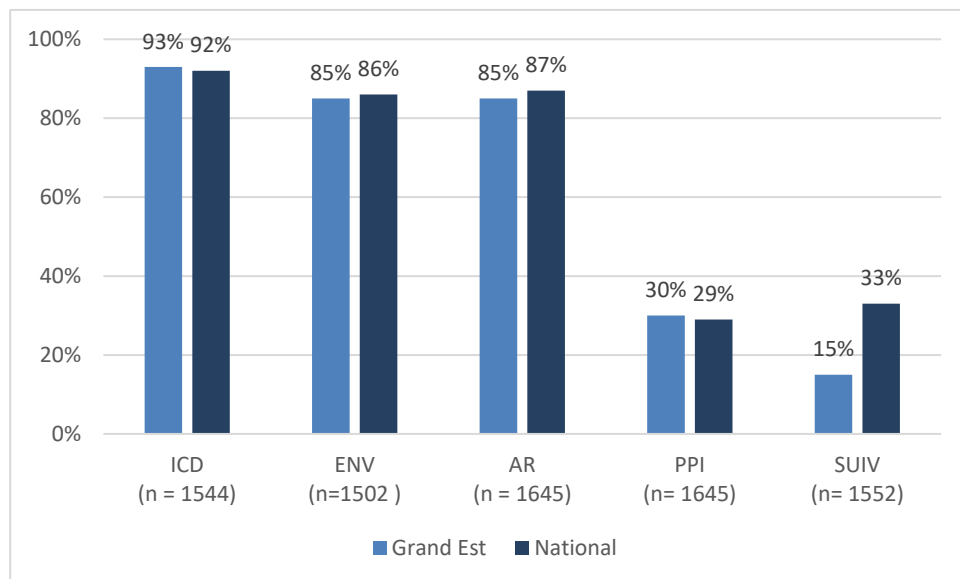


Figure 14. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Grand Est comparés aux résultats nationaux

En Grand Est¹¹, 8 établissements sur 10 ont atteint un niveau de qualité satisfaisant pour ICD et AR, un peu plus de 1 sur 2 pour ENV. Un établissement sur 41 (2%) a un niveau satisfaisant pour PPI et, un sur 36 (3%) pour SUIV (Fig. 15).

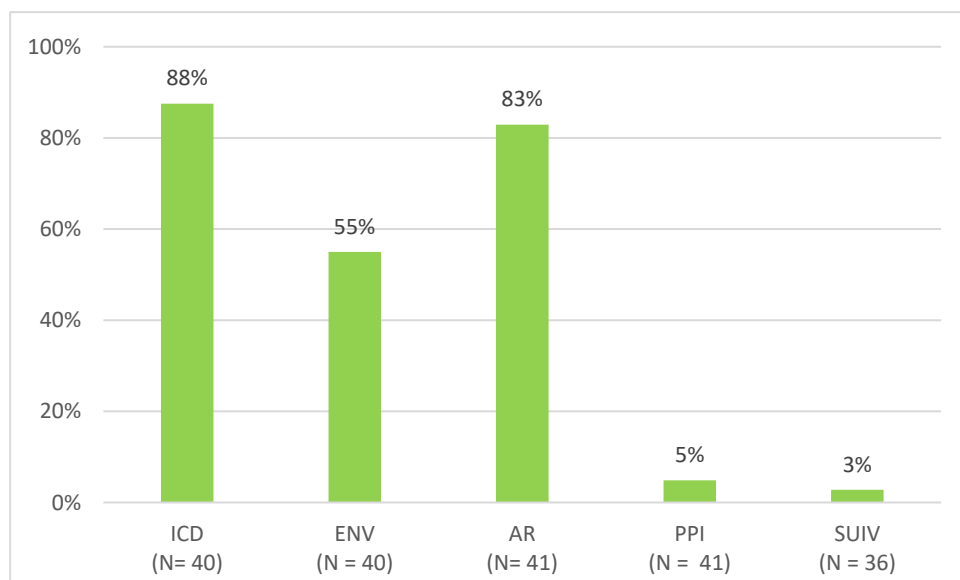


Figure 15. Etablissements (%) en Grand Est ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant pour chaque indicateur

¹¹ Moyenne pondérée régionale est définie par le nombre de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités pour les établissements comptant au moins 10 séjours cibles en 2022. La part des établissements de Grand Est comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 avec au moins 8 dossiers sur 10 conformes (niveau de qualité satisfaisant). Calculs effectués sur 41 établissements au moins 10 séjours cibles en 2022 en Grand Est pour les indicateurs AR et PPI, sur 40 pour les indicateurs ICD et ENV et, 36 pour SUIV.

4.7 Qualité en Guadeloupe

Les résultats des indicateurs¹² mesurés en Guadeloupe sont inférieurs aux résultats nationaux pour tous les indicateurs sauf ENV et AR (Fig.16).

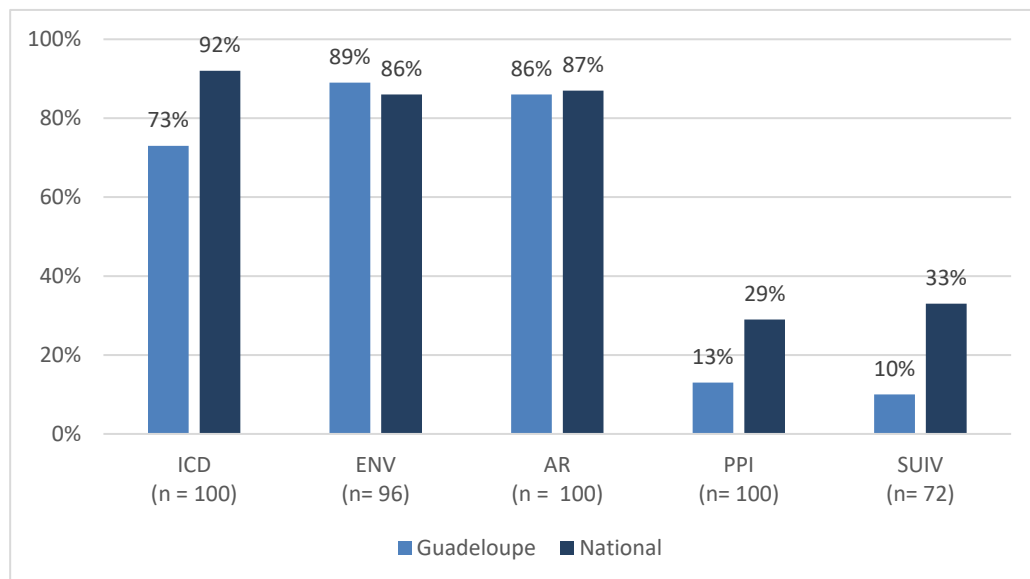


Figure 16. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs en Guadeloupe comparés aux résultats nationaux

En Guadeloupe¹², plus de 6 établissements sur 10 ont atteint un niveau de qualité satisfaisant pour AR, un sur 3 pour les indicateurs ICD et ENV, aucun pour PPI ou SUIV (Fig. 17)

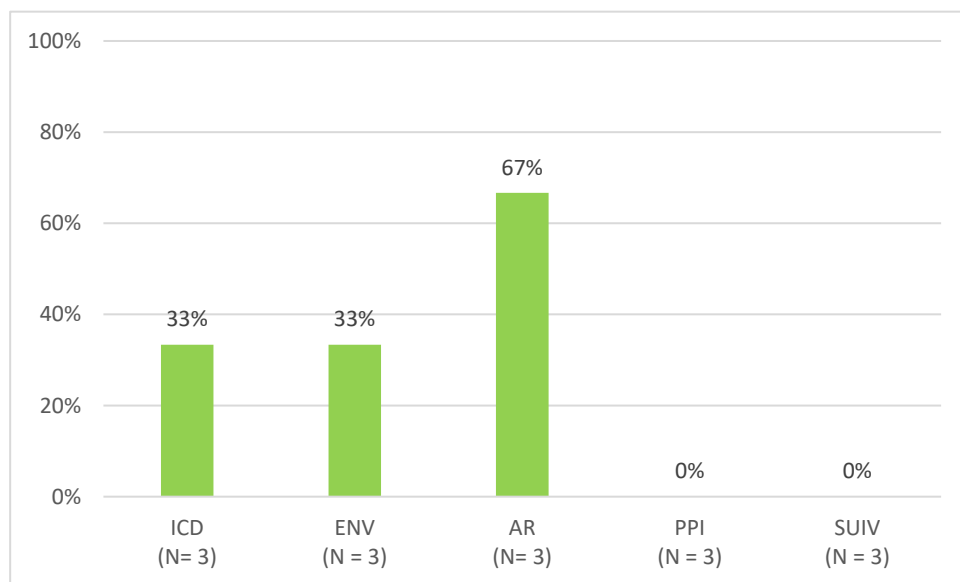


Figure 17. Etablissements (%) en Guadeloupe ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant pour chaque indicateurs ICD, ENV ou SUIV. ; aucun pour PPI

¹² Moyenne pondérée régionale est définie par le nombre de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités pour les établissements comptant au moins 10 séjours cibles en 2022. La part des établissements de Guadeloupe comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 avec au moins 8 dossiers sur 10 conformes (niveau de qualité satisfaisant). Calculs effectués sur 2 établissements de Guadeloupe ayant au moins 10 séjours cibles en 2022 pour tous les indicateurs.

4.8 Qualité en Guyane

Les résultats des indicateurs¹³ mesurés en Guyane sont inférieurs aux résultats nationaux pour les indicateurs (Fig. 18).

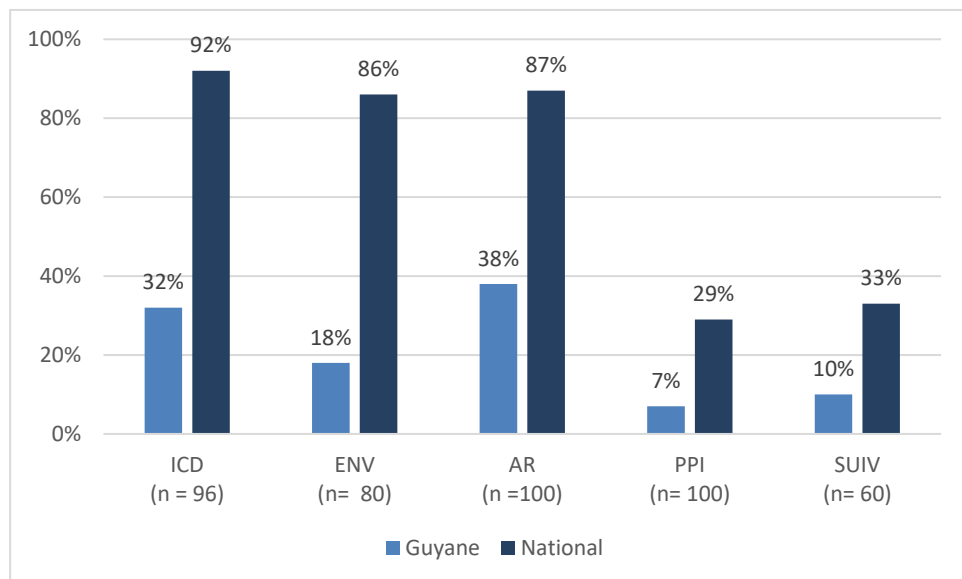


Figure 18. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Guyane comparés aux résultats nationaux

En Guyane¹³, aucun établissement n'a atteint un niveau satisfaisant pour les indicateurs ENV, PPI et SUIV. Deux établissements sur 3 ont atteint un niveau satisfaisant pour AR (Fig. 19).

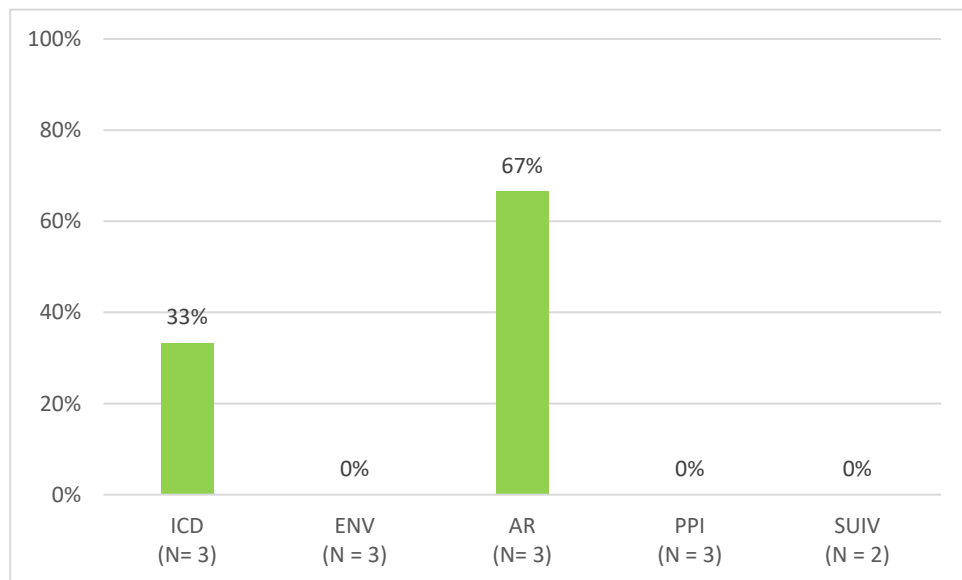


Figure 19. Etablissements (%) en Guyane ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant

¹³ Moyenne pondérée régionale est définie par le nombre de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités pour les établissements comptant au moins 10 séjours cibles en 2022. La part des établissements de Guyane comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 avec au moins 8 dossiers sur 10 conformes (niveau de qualité satisfaisant). Calculs effectués sur 3 établissements de Guyane ayant au moins 10 séjours cibles en 2022 pour les indicateurs ICD, AR, PPI et pour 2 pour ENV et SUIV

4.9 Qualité en Hauts de France

Les résultats des indicateurs en Hauts de France¹⁴ étaient supérieurs aux résultats nationaux pour les indicateurs ICD, ENV, SUIV (Fig. 20).

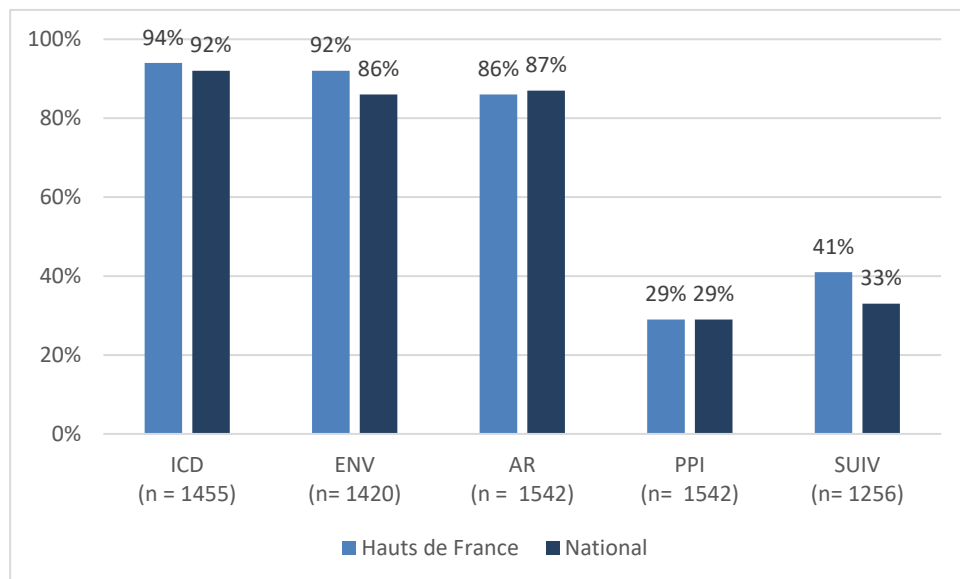


Figure 20. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Hauts de France comparés aux résultats nationaux

En Hauts de France¹⁴, plus de 9 établissements sur 10 ont atteint un niveau de qualité satisfaisant pour l'indicateur ICD, 8 sur 10 pour AR et plus de 7 sur 10 pour ENV. Cinq établissements sur 37 ont atteint un niveau de qualité satisfaisant pour PPI et 3 sur 29 pour SUIV (Fig. 21).

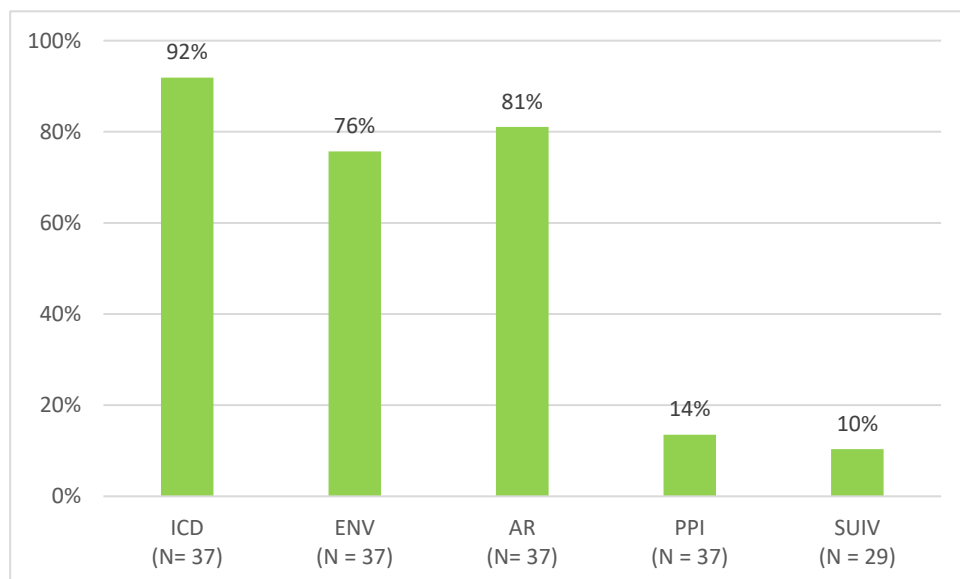


Figure 21. Etablissements (%) en Hauts de France ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant

¹⁴ Moyenne pondérée régionale est définie par le nombre de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités pour les établissements comptant au moins 10 séjours cibles en 2022. La part des établissements des Hauts de France comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 avec au moins 8 dossiers sur 10 conformes (niveau de qualité satisfaisant). Calculs effectués sur 37 établissements de Hauts de France avec au moins 10 séjours cibles en 2022 pour les indicateurs ICD, ENV AR et, PPI et pour 29 pour SUIV.

4.10 Qualité en Ile de France

Les résultats des indicateurs¹⁵ mesurés en Ile de France étaient supérieurs aux résultats nationaux pour les indicateurs ENV et SUIV (Fig. 22).

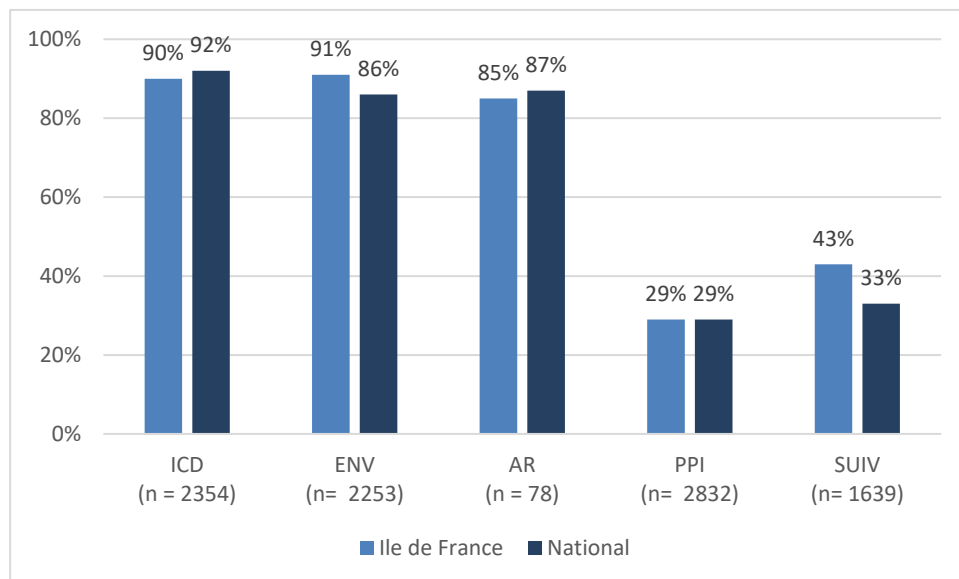


Figure 22. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Ile de France comparés aux résultats nationaux

En Ile de France¹⁵, plus de 8 établissements sur 10 ont atteint un niveau de qualité satisfaisant pour ICD, 7 pour ENV et AR. Neuf établissements sur 78 ont atteint un niveau de qualité satisfaisant pour PPI et 7 pour SUIV (Fig. 23).

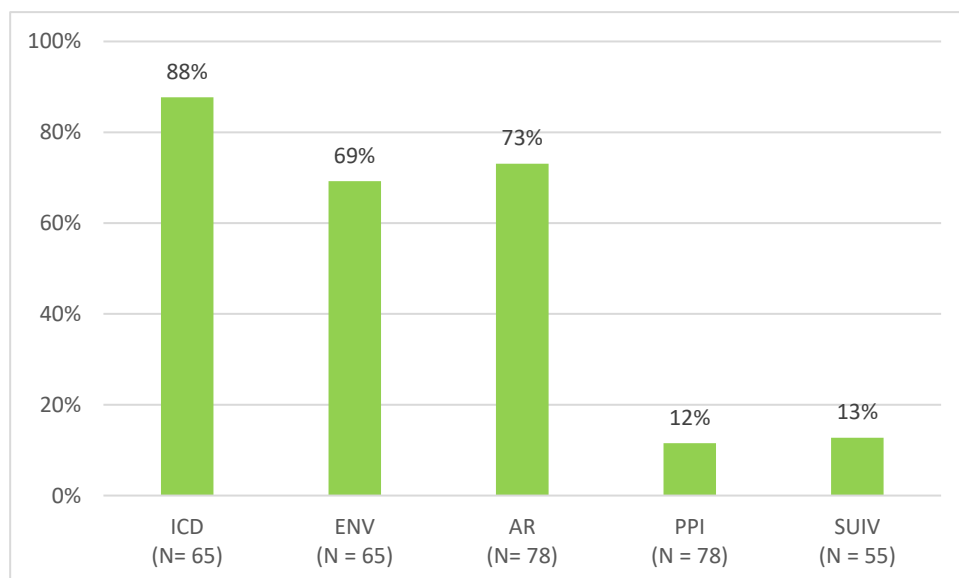


Figure 23. Etablissements (%) en Ile de France ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant

¹⁵ Moyenne pondérée régionale est définie par le nombre de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités pour les établissements comptant au moins 10 séjours cibles en 2022. La part des établissements des Ile de France comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 avec au moins 8 dossiers sur 10 conformes (niveau de qualité satisfaisant). Calculs effectués sur 65 établissements de Hauts de France avec au moins 10 séjours cibles en 2022 pour les indicateurs ICD, ENV, 78 pour AR et, PPI et pour 55 pour SUIV.

4.11 Martinique

Les résultats des indicateurs¹⁶ mesurés en Martinique étaient inférieurs aux résultats nationaux pour les 5 indicateurs (Fig. 24).

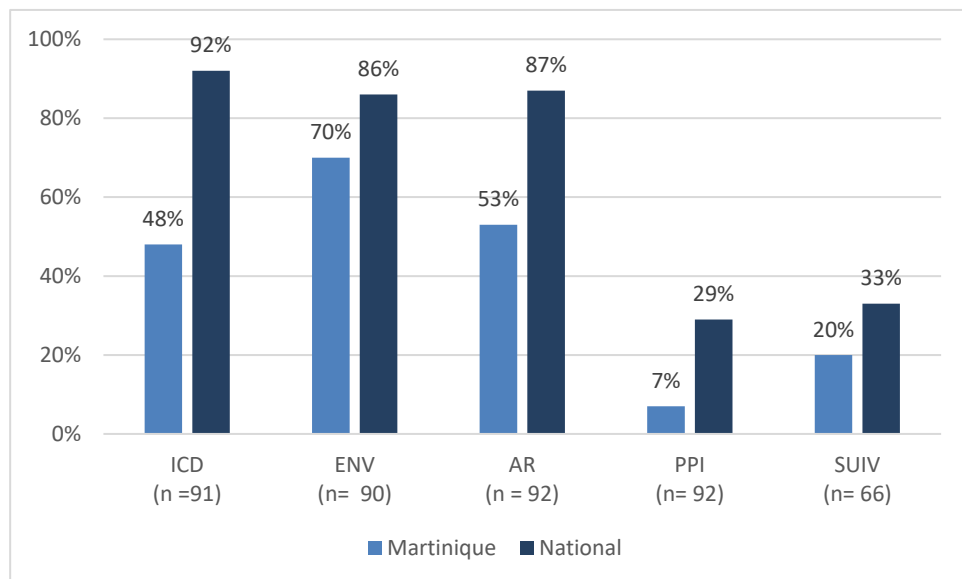


Figure 24. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Martinique comparés aux résultats nationaux

En Martinique¹⁶, un établissement sur 2 a atteint un niveau de qualité satisfaisant pour ENV et, aucun pour les 4 autres indicateurs (Fig.25)

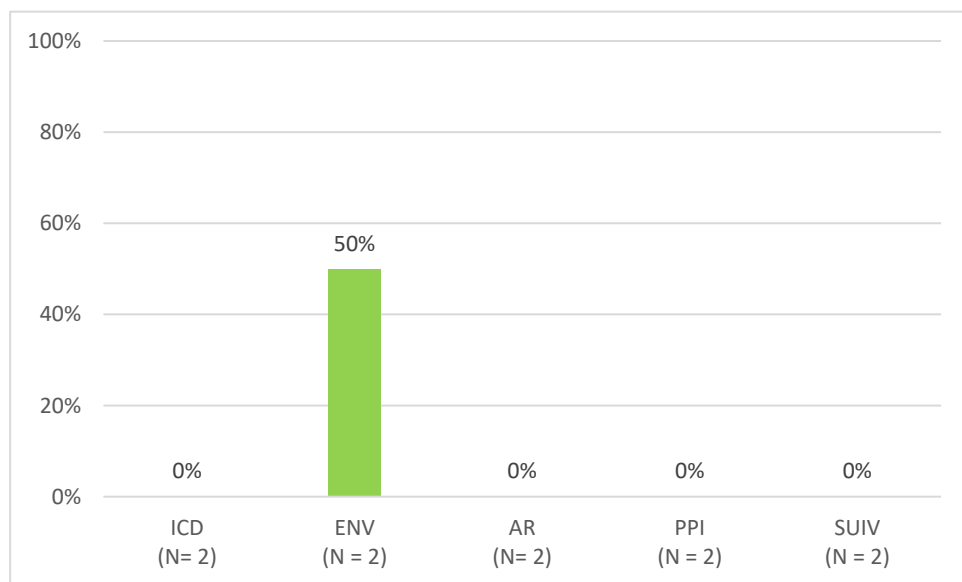


Figure 25. Etablissements (%) de Martinique ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant

¹⁶ Moyenne pondérée régionale est définie par le nombre de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités pour les établissements de Martinique comptant au moins 10 séjours cibles en 2022. La part des établissements de Martinique comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 avec au moins 8 dossiers sur 10 conformes (niveau de qualité satisfaisant). Calculs effectués sur 2 établissements au moins 10 séjours cibles en 2022 pour les 5 indicateurs.

4.12 Mayotte

Les résultats des indicateurs¹⁷ de Mayotte sont inférieurs aux résultats nationaux pour tous les indicateurs sauf AR

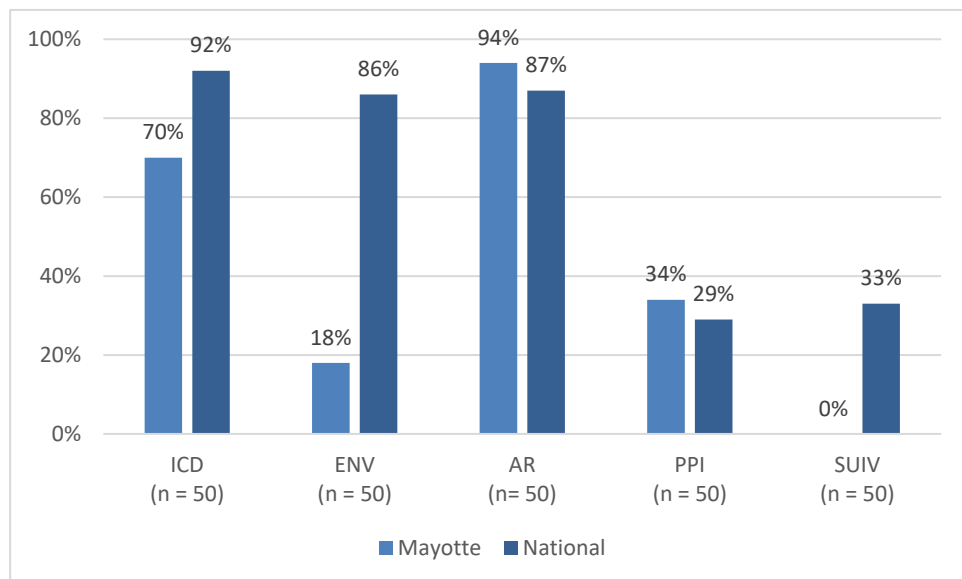


Figure 26. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés à Mayotte comparés aux résultats nationaux

A Mayotte¹⁷, l'établissement de Mayotte a atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les indicateurs ICD et AR, il n'a pas atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les autres indicateurs (Fig. 27).

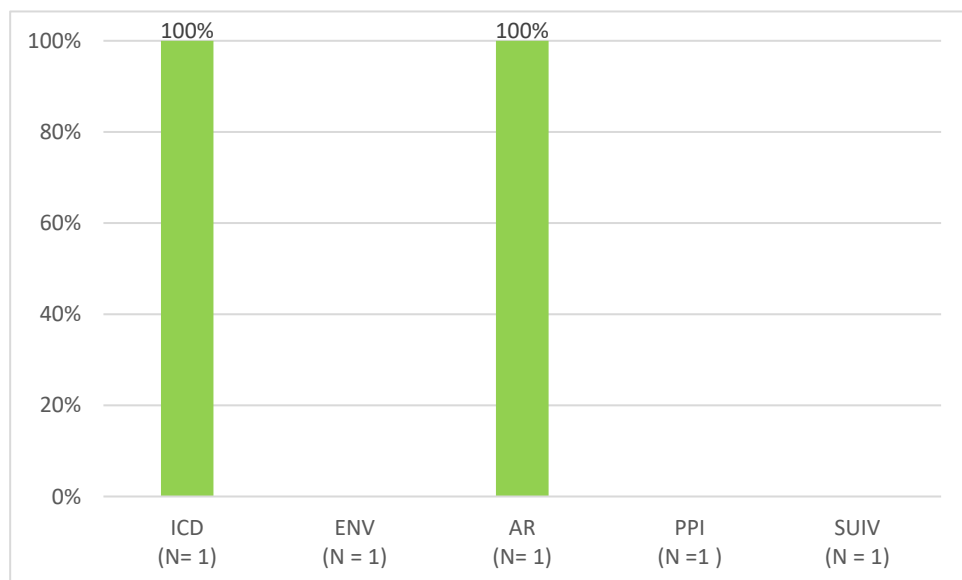


Figure 27. Etablissements (%) de Mayotte ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant

¹⁷ Moyenne pondérée régionale est définie par le nombre de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités pour les établissements de Normandie comptant au moins 10 séjours cibles en 2022. La part des établissements de Mayotte comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 avec au moins 8 dossiers sur 10 conformes (niveau de qualité satisfaisant). Calculs effectués sur 1 établissement de Mayotte pour tous les indicateurs.

4.13 Normandie

Les résultats des indicateurs¹⁸ de Normandie sont supérieurs aux taux nationaux pour les indicateurs PPI et SUIV (Fig. 28).

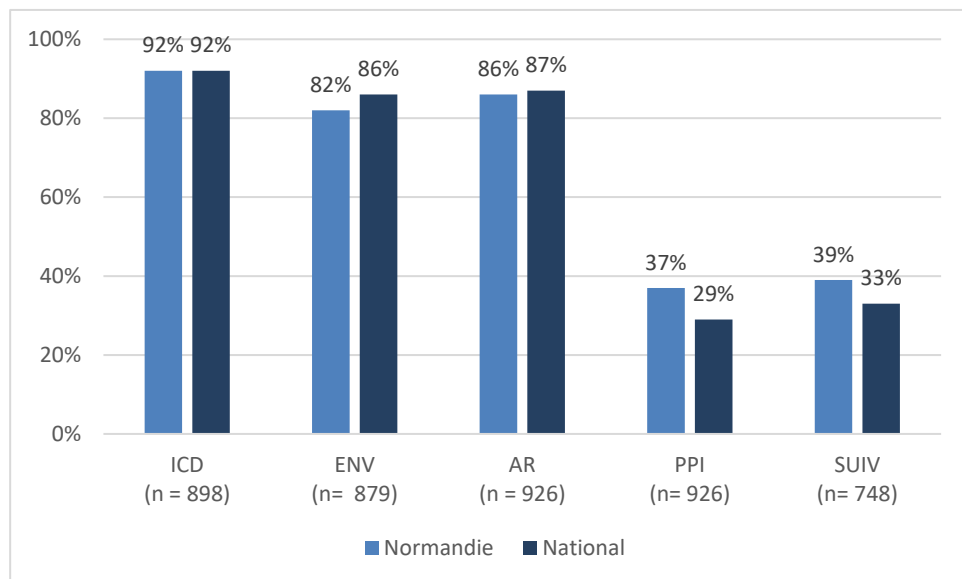


Figure 28. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Normandie comparés aux résultats nationaux

En Normandie¹⁸, 8 établissements sur 10 ont atteint un niveau de qualité satisfaisant, plus 7 établissements sur 10 pour AR et un sur 2 pour ENV. Neuf établissements sur 23 ont un niveau de qualité satisfaisant pour PPI et aucun pour SUIV (Fig. 29).

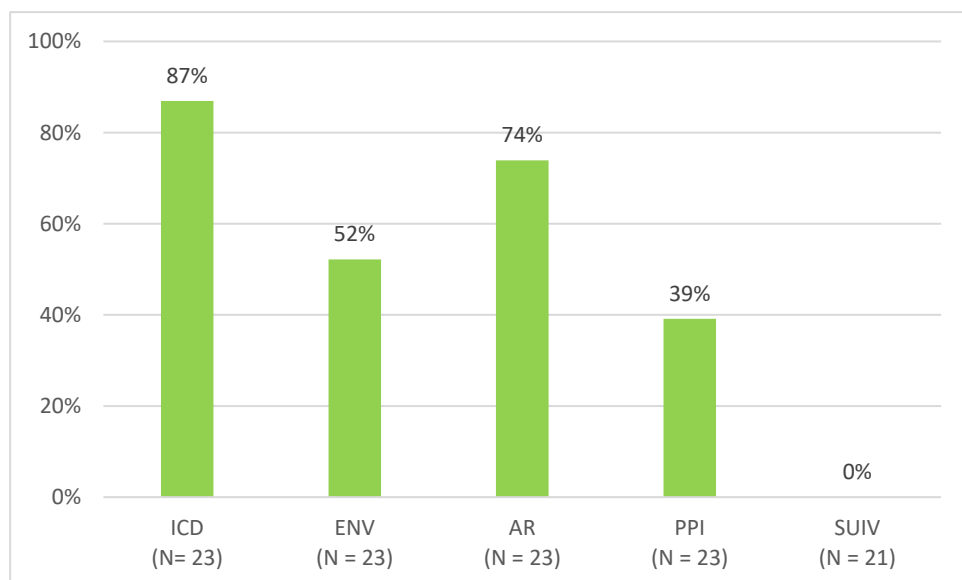


Figure 29. Etablissements (%) en Normandie ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant

¹⁸ Moyenne pondérée régionale est définie par le nombre de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités pour les établissements de Normandie comptant au moins 10 séjours cibles en 2022. La part des établissements de Normandie comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 avec au moins 8 dossiers sur 10 conformes (niveau de qualité satisfaisant). Calculs effectués sur 23 établissements de Normandie pour ICD, ENV, AR et, PPI et 21 SUIV.

4.14 Nouvelle Aquitaine

Les résultats des indicateurs¹⁹ mesurés en Nouvelle Aquitaine sont supérieurs aux résultats nationaux pour les 5 indicateurs (Fig. 30).

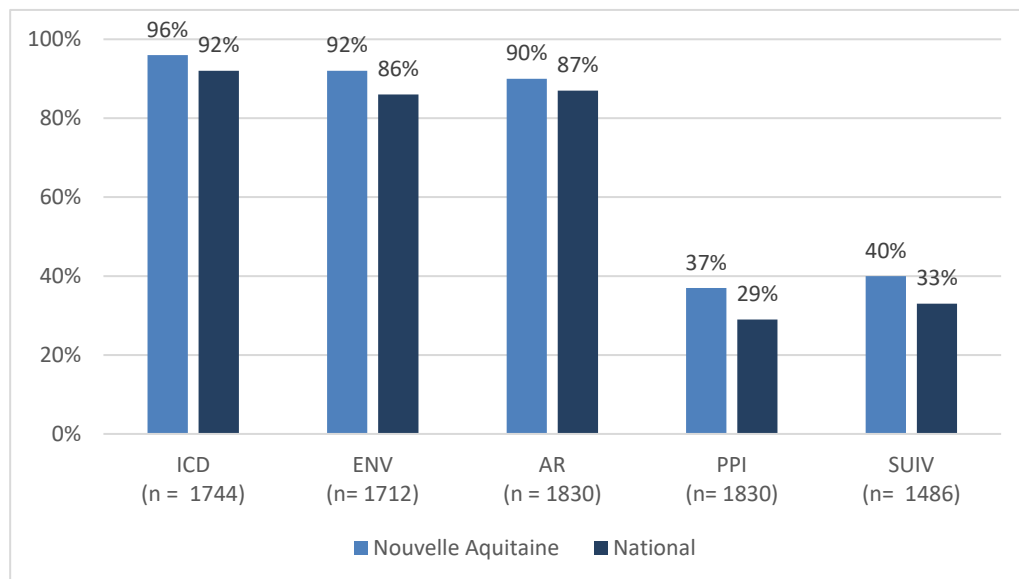


Figure 30. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Nouvelle Aquitaine comparés aux résultats nationaux

En Nouvelle Aquitaine¹⁹, 9 établissements sur 10 ont atteint un niveau de qualité satisfaisant pour l'indicateur ICD, plus 7 établissements sur 10 pour ENV et AR. Cinq établissements sur 43 seulement ont atteint un niveau de qualité satisfaisant pour PPI et 3 pour 41 SUIV (Fig. 31).

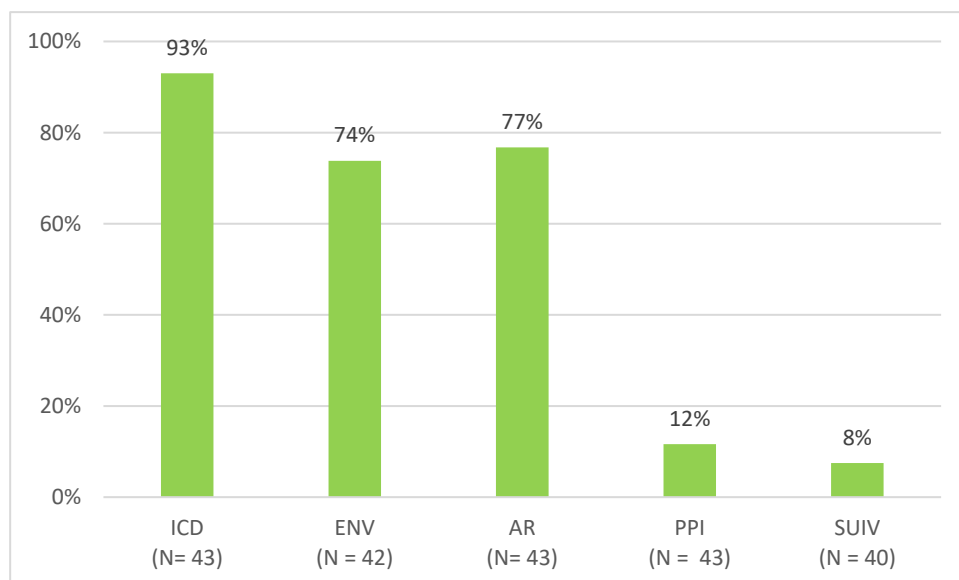


Figure 31. Etablissements (%) en Nouvelle Aquitaine ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant

¹⁹ Moyenne pondérée régionale est définie par le nombre de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités pour les établissements comptant au moins 10 séjours cibles en 2022. La part des établissements de Nouvelle Aquitaine comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 avec au moins 8 dossiers sur 10 conformes (niveau de qualité satisfaisant). Calculs effectués sur 43 établissements de Nouvelle Aquitaine avec au moins 10 séjours cibles en 2022 pour les indicateurs ICD, AR, PPI et 42 pour ENV et 40 pour SUIV.

4.15 Qualité en Occitanie

Les résultats des indicateurs²⁰ de Occitanie étaient supérieurs aux résultats nationaux pour tous les indicateurs sauf SUIV (Fig. 32).

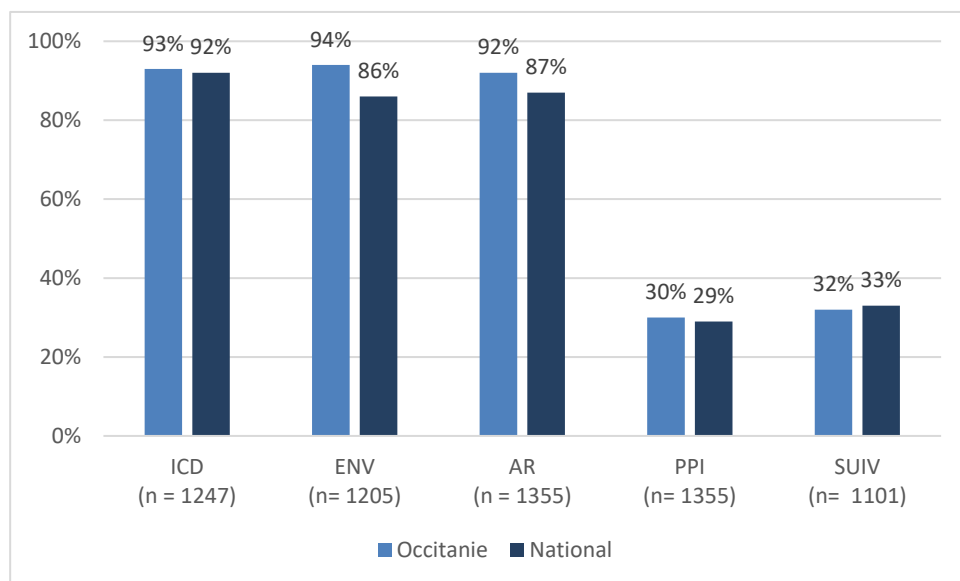


Figure 32. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Occitanie comparés aux résultats nationaux

En Occitanie²⁰, plus de 8 établissements sur 10 ont atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les indicateurs ICD, et AR et, plus de 6 sur 10 pour ENV. Quatre établissements sur 33 seulement ont atteint un niveau de qualité satisfaisant pour PPI et, 4 sur 29 pour SUIV (Fig. 33).

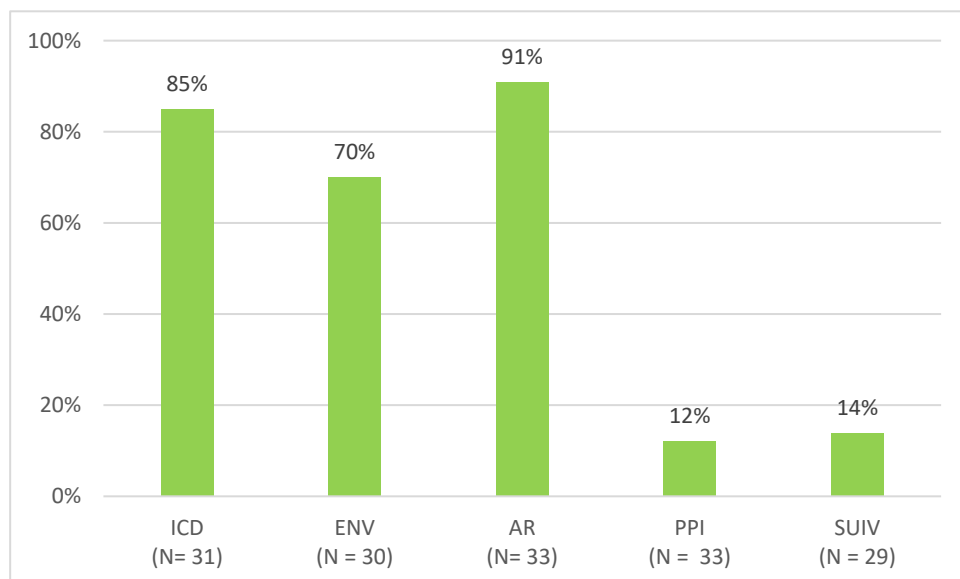


Figure 33. Etablissements (%) en Occitanie ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant

²⁰ Moyenne pondérée régionale est définie par le nombre de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités pour les établissements comptant au moins 10 séjours cibles en 2022. La part des établissements d'Occitanie comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 avec au moins 8 dossiers sur 10 conformes (niveau de qualité satisfaisant). Calculs effectués sur 33 établissements d'Occitanie comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 pour les indicateurs ICD, 33 pour AR, PPI et pour 30 pour ENV et 29 pour SUIV.

4.16 Qualité à la Réunion/Océan Indien

Les résultats des indicateurs²¹ mesurés à la Réunion étaient supérieurs aux résultats nationaux sauf PPI (Fig. 34).

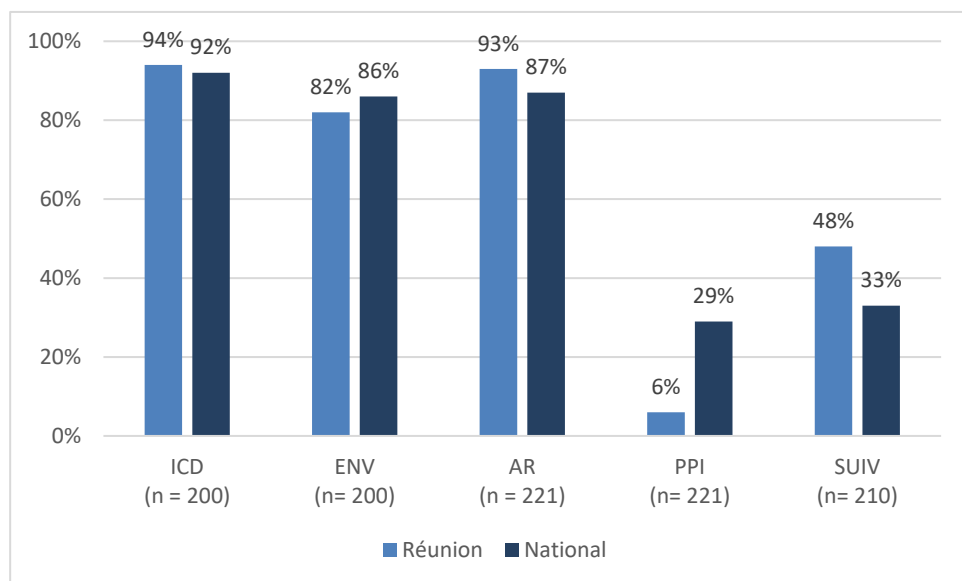


Figure 34. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés à la Réunion comparés aux résultats nationaux

A la Réunion²¹, plus de 8 établissements sur 10 ont atteint un niveau de qualité satisfaisant pour AR, moins d'un sur 2 pour les ICD et ENV. Un établissement sur 7 a atteint un niveau de qualité satisfaisant pour SUIV et, aucun pour PPI (Fig. 35).

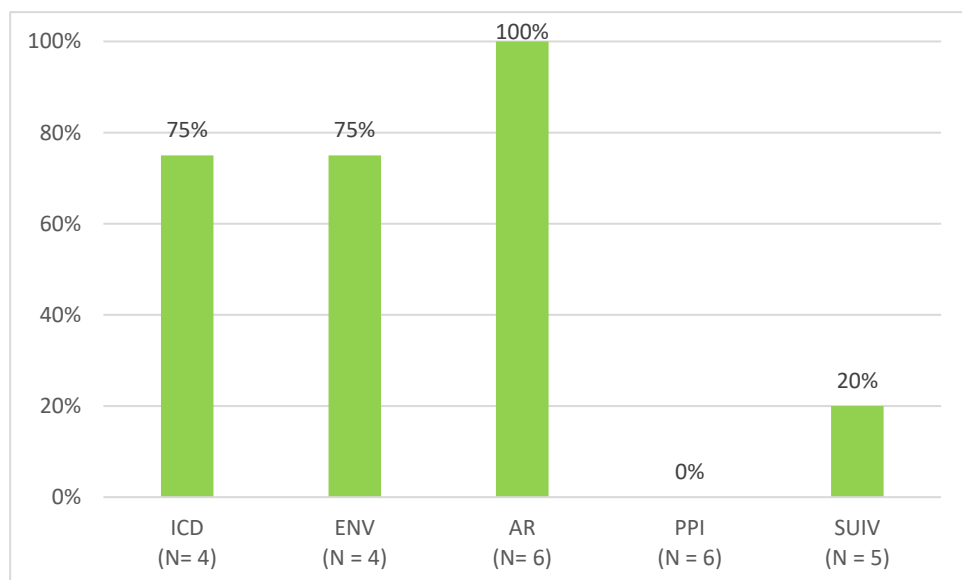


Figure 35. Etablissements (%) de la Réunion ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant

²¹ Moyenne pondérée régionale est définie par le nombre de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités pour les établissements de la Réunion comptant au moins 10 séjours cibles en 2022. La part des établissements de la Réunion comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 avec au moins 8 dossiers sur 10 conformes (niveau de qualité satisfaisant). Calculs effectués sur 4 établissements de la Réunion comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 pour les indicateurs ICD et ENV, 6 pour AR et PPI et 5 pour SUIV.

4.17 Qualité en Provence Alpes Côte d'Azur

Les résultats des indicateurs²² mesurés en Provence Alpes Côte d'Azur sont inférieurs aux résultats nationaux pour ENV, AR et SUIV. (Fig. 36).

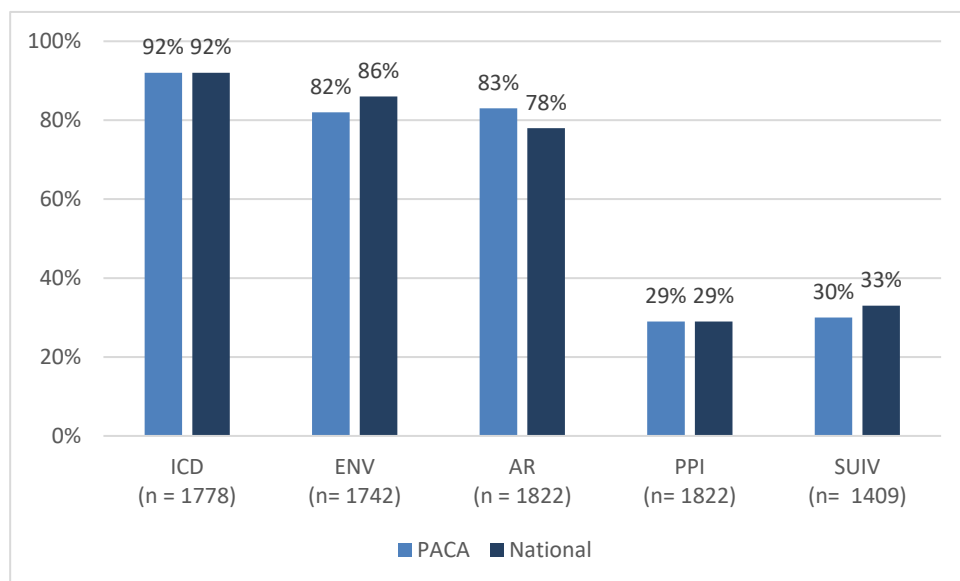


Figure 36. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Provence Alpes Côte d'Azur comparés aux résultats nationaux

En Provence Alpes Côte d'Azur²², 9 établissements sur 10 ont atteint un niveau de qualité satisfaisant pour l'indicateur ICD, près de 1 sur 7 pour l'indicateur AR. Seul 1 établissement sur 2 a atteint un niveau de qualité satisfaisant pour l'indicateur ENV. Cinq établissements sur 40 seulement ont atteint un niveau de qualité satisfaisant pour PPI, et 2 sur 36 pour SUIV.

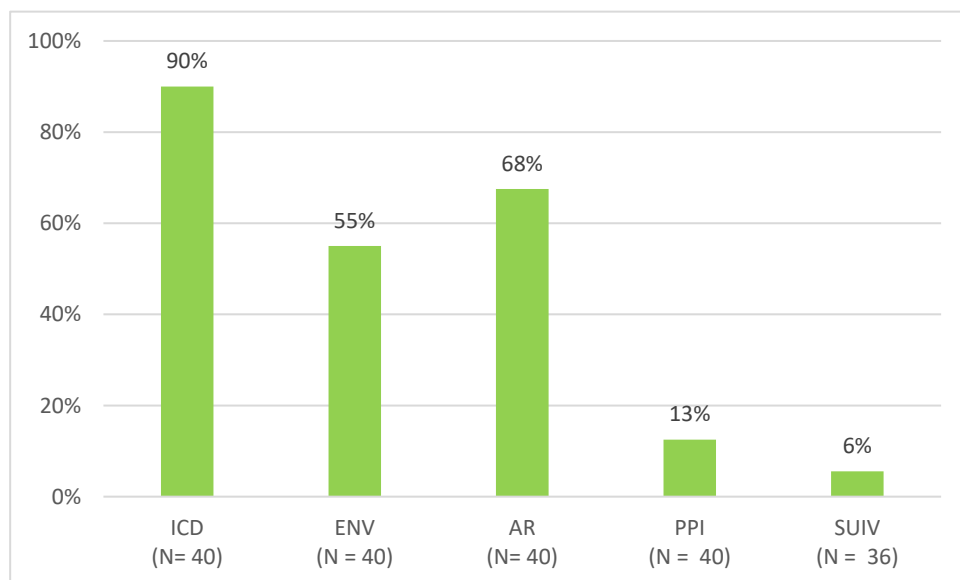


Figure 37. Etablissements (%) en Provence Alpes Côte d'Azur ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant

²² Moyenne pondérée régionale est définie par le nombre de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités pour les établissements de PACA comptant au moins 10 séjours cibles en 2022. La part des établissements de PACA comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 avec au moins 8 dossiers sur 10 conformes (niveau de qualité satisfaisant). Calculs effectués sur 40 établissements de PACA comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 pour les indicateurs ICD, ENV, AR et PPI et, 36 pour SUIV.

4.18 Qualité en Pays de Loire

Les résultats des indicateurs²³ mesurés en Pays de Loire sont inférieurs aux résultats nationaux pour tous les indicateurs sauf AR (Fig. 38).

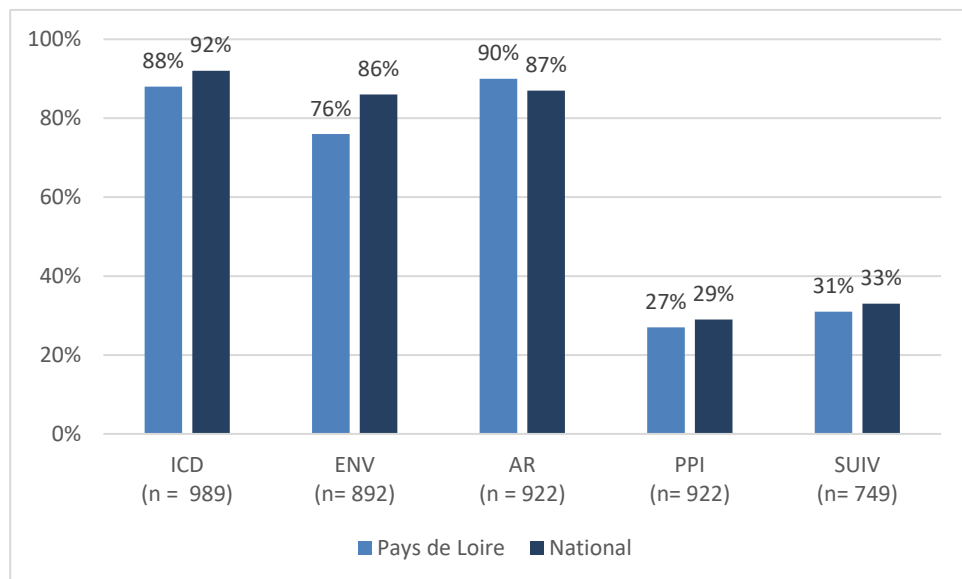


Figure 38. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 5 indicateurs mesurés en Pays de Loire comparés aux taux nationaux

En Pays de Loire²³, tous les établissements avaient atteint un niveau de qualité satisfaisant pour AR, 7 sur 10 pour ICD, moins d'un sur 2 pour ENV. Cinq établissements sur 20 avec un niveau de qualité satisfaisant pour PPI et 1 sur 20 pour SUIV (Fig. 39).

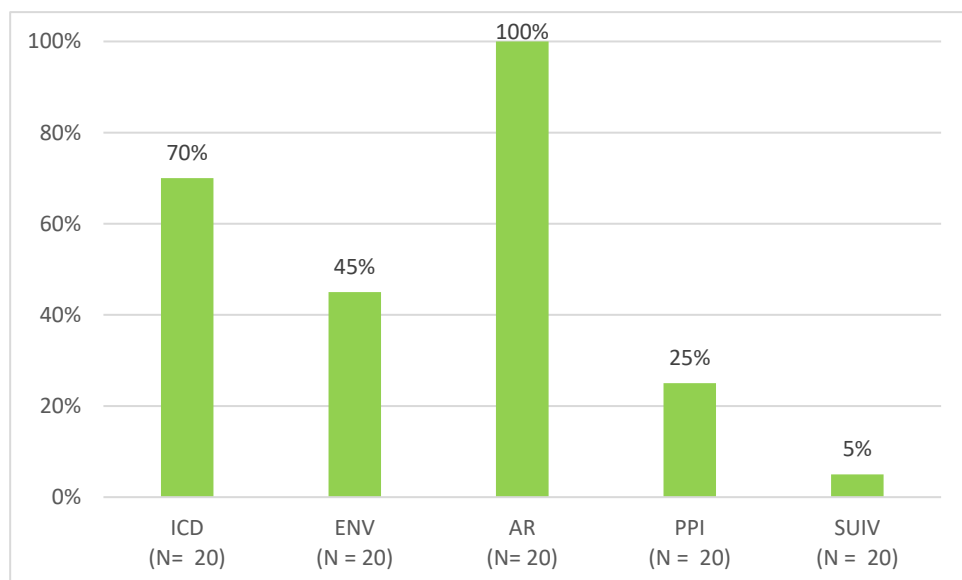


Figure 39. Etablissements (%) en Pays de Loire ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant

²³ Moyenne pondérée régionale est définie par le nombre de dossiers conformes sur le nombre de dossiers audités pour les établissements de Pays de Loire comptant au moins 10 séjours cibles en 2022. La part des établissements de Pays de Loire comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 avec au moins 8 dossiers sur 10 conformes (niveau de qualité satisfaisant). Calculs effectués sur 20 établissements de PACA comptant au moins 10 séjours cibles en 2022 pour tous les indicateurs.

Tableau 12. Analyse des motifs justifiant l'absence d'expertise neurovasculaire

Etat clinique du patient avant l'AVC	419 (15%)
Etat clinique du patient après l'AVC	462 (17 %)
Nature de l'AVC	396 (14 %)
Protocole avec l'UNV exclut le patient	344 (12 %)
Pas de protocole de coopération avec une UNV	75 (3 %)
Autre motif	1079 (39 %)
Total	2 775

Références bibliographiques

1. Béjot Y, Bailly H, Graber M, Garnier L, Laville A, Dubourget L, Mielle N, Chevalier C, Durier J, Giroud M. Impact of the Ageing Population on the Burden of Stroke: The Dijon Stroke Registry. *Neuroepidemiology*. 2019;52(1-2):78-85. doi: 10.1159/000492820. Epub 2019 Jan 2. PMID: 30602168.
2. Inserm 2019. L'accident vasculaire cérébral. <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>
3. Lecoffre C, de Peretti C, Gabet A, Grimaud O, Woimant F, Giroud M, et al. L'accident vasculaire cérébral en France :patients hospitalisés pour AVC en 2014 et évolutions 2008-2014. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(5):84-94. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/5/2017_5_1.html
4. 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, 1669. <https://doi.org/10.3390/jcm11061669>
5. Daviet J.C., Compagnat M., Bernikier D., Salle JY. GÉNÉRALERéadaptation après accident vasculaire cérébral : retour et maintien à domicile,vie quotidienne. *Bull Acad Natl Med* 206 (2022) 616—622 in France
6. Santé Publique France. Accident vasculaire cérébral (AVC). La première cause de handicap acquis de l'adulte Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral>. MAJ 26 juin 2019
7. Jacquin -Courtois L'enjeu cognitif post AVC : focus sur les troubles du langage et les troubles dysexécutifs. *Bull Acad Natl Med* 206 (2022) 604—611
8. Drapier D. Accidents ischémiques et dépression iBull Acad Natl Med 206 (2022) 616—622 12—615
9. Plan national d'actions AVC 2010-2014 <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/la-prevention-et-la-prise-en-charge-des-accidents-vasculaires-cerebraux-en>
10. Instruction DGOS/R4 no 2015-262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post-accident vasculaire cérébral (AVC) et du suivi des AVC. https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-09/ste_20150009_0000_0053.pdf
11. 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 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211>
12. Hurford R, Sekhar A, Hughes TAT, Muir KW. Diagnosis and management of acute ischaemic stroke. *Pract Neurol*. 2020 Aug;20(4):304-316. doi: 10.1136/practneurol-2020-002557. Epub 2020 Jun 7. PMID: 32507747; PMCID: PMC7577107.
13. European Stroke Organization (ESO) European Stroke guidelines 2023. <https://eso-stroke.org/guidelines/eso-guideline-directory-2/#acute-stroke>
14. NICE 2023. National Clinical Guideline for Stroke for the UK and Ireland. London: Intercollegiate Stroke Working Party; 2023 May 4. Available at: www.strokeguideline.org. 2023 edition
15. Yelnick 2022 Récupération motrice après un accident vasculaire cérébral. Facteurs pronostiques de récupération. *Bull Acad Natl Med* 206 (2022) 594—603
16. De Peretti C., Gabet A., Lecoffre C., Olie V., Woimant F. Disparités régionales de prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux en 2015 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/disparites-regionales-de-prise-en-charge-hospitaliere-des>
17. Leys D., Chollet F., Bousser MG., Mas JL., au nom du groupe de travail attaché aux commissions 4 et 8Académie de Médecine 2022. Rapport 22-11. Prise en charge en urgence dans les unités neurovasculaires des personnes ayant un accident vasculaire cérébral. Académie de Médecine. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.10.006>
18. Aguiar de Sousa D, von Martial R, Abilleira S, Gattringer T, Kobayashi A, Gallofré M, Fazekas F, Szikora I, Feigin V, Caso V, Fischer U. Access to and delivery of acute ischaemic stroke treatments: A survey of national scientific societies and stroke experts in 44 European countries. *Eur Stroke J*. 2019 Mar;4(1):13-28. doi: 10.1177/2396987318786023. Epub 2018 Jul 20. PMID: 31165091; PMCID: PMC6533860.
19. Haute autorité de santé. Dossier du patient, HAS 2003. https://www.has-sante.fr/jcms/c_438115/fr/dossier-du-patient
20. Parcours AVC chez l'adulte – Note de cadrage. Juin 2023 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/note_de_cadrage_parcours_avc.pdf
21. Norrving B, Barrick J, Davalos A, Dichgans M, Cordonnier C, Guekht A, Kutluk K, Mikulik R, Wardlaw J, Richard E, Nabavi D, Molina C, Bath PM, Stibrant Sunnerhagen K, Rudd A, Drummond A, Planas A, Caso V. Action Plan for Stroke in Europe 2018-2030. *Eur Stroke J*. 2018 Dec;3(4):309-336. doi: 10.1177/2396987318808719. Epub 2018 Oct 29. PMID: 31236480; PMCID: PMC6571507.

Participants

Groupe de travail

- Dr Benjamin BOUAMRA, médecin neurovasculaire, BESANCON (21)
- Dr Marie BRUANDET, médecin neurovasculaire. Hôpital Saint Joseph, PARIS (75)
- Dr Dominique BOURDERONT, médecin de santé publique. MULHOUSE (68)
- Jean Michel CAIRE, ergothérapeute, TOULOUSE (31)
- Dr Tee-Hee CHO, neurologue, LYON (69)
- Isabelle FLORENTIN, représentant de France AVC 54, LA VALETTE (83)
- Elise FONTIER, qualitiennne, LYON (69)
- Catherine HENAULT, orthophoniste, DIVES SUR MER (14)
- Michèle HERZOG, qualitiennne, COLMAR (68)
- Dr Patrick LE GAC médecin de santé publique. CHANTEPIE (35)
- Dr Yan L'HERMITTE, urgentiste, neurovasculaire, CORBEIL (91)
- Alain MORINOS, représentant des usagers France AVC, DIJON (21)
- Dr Cécile PLUMEREAU, urgentiste, LYON (69)
- Pr Alexis SCHNITZLER, médecin de médecine physique et réadaptation, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Lariboisière, PARIS (75)
- Pr Marc VERNY, médecin gériatre. Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Pitié Salpêtrière PARIS (75)

Remerciements

La HAS remercie l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

AIT : Accident ischémique transitoire

AR : Indicateur Accès à une prise en charge rééducative

AVC : Accident vasculaire cérébral

CIM 10 : Classification internationale des maladies 10ème révision

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EHPA : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées

ENV : Indicateur Evaluation neurovasculaire

GHM : Groupement homogène de malades

GHPC : Groupement homogène de prise en charge

GME: Groupement médico-économique

HAS : Haute Autorité de santé

ICD : Indicateur Imagerie cérébrale diagnostique

IQSS Indicateurs de qualité et de sécurité des soins

MCO : Etablissement médical, chirurgical et obstétrique

PPI : Indicateur Prévention des pneumopathies d'inhalation

EBNL : établissements privés participant au service public hospitalier

PMSI Programme de médicalisation des systèmes

SUIV Indicateur Planification d'un suivi post AVC

USLD : Unité de Soins de Longue durée

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

