

## Présentation du thème « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral »

### Importance du thème

Les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) sont un groupe d'affections au sein desquelles il faut distinguer les infarctus et les hémorragies cérébrales. L'infarctus cérébral représente 80% des AVC, 20% relevant d'un mécanisme hémorragique.<sup>1</sup>

Dans les pays occidentaux, ils constituent la troisième cause de décès (après les accidents coronariens et les cancers), la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer) et la première cause d'handicap acquis de l'adulte. En France, l'incidence annuelle est de 100 000 à 145 000 AVC par an, avec 15 à 20% de décès au terme du premier mois et 75% de patients survivant avec des séquelles.<sup>2</sup>

L'AVC est à la fois une pathologie aiguë, nécessitant une prise en charge en extrême urgence, et une maladie chronique dont les séquelles invalidantes conduisent de nombreux patients à la fréquentation du système de santé sur une longue période. Environ 30 % des patients victimes d'un AVC constitué sont hospitalisés en soins de suite et de réadaptation (SSR) au décours de leur prise en charge en soins de courte durée. Ce sont des patients lourds : la moyenne des scores de dépendance physique des patients post AVC est près de 50 % plus élevée que celle de l'ensemble des patients accueillis en SSR.<sup>3</sup>

Suite au rapport sur la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France<sup>4</sup>, Madame Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, a décidé de traduire les actions du rapport en mettant en œuvre un « plan national d'actions AVC 2010-2014 »<sup>5</sup>. Les actions proposées portent sur la prévention, la formation des professionnels, l'organisation de véritables filières territoriales.

Dans le cadre de ce plan ministériel AVC et en continuité avec les travaux déjà réalisés sur l'AVC, la Haute Autorité de Santé (HAS) a travaillé, avec un groupe de coopération constitué de représentants de l'ensemble des professionnels de santé concernés, à l'élaboration d'indicateurs de pratique clinique. Ces indicateurs constituent des outils d'analyse et de mise en œuvre de la qualité des pratiques du parcours du patient.<sup>6</sup>

Les six indicateurs généralisés par la HAS ont été développés, testés et validés par l'INSERM dans le cadre du projet COMPAQ-HPST<sup>7</sup>. Ces indicateurs analysent les conditions de diagnostic d'un accident neurologique aigu, la prise en charge thérapeutique initiale hospitalière de l'accident cérébral constitué et le suivi paramédical des AVC avec troubles déficitaires persistants. Le pronostic des AVC est en effet fortement dépendant de la rapidité de la mise en œuvre, de la surveillance intensive et des thérapeutiques.<sup>8</sup>

De plus, la prise en charge initiale fait l'objet de recommandations récentes dont certaines sont de haut niveau de preuve (cf. recommandations choisies).

### Les indicateurs

Le thème « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral » est composé de six indicateurs :

- Imagerie en première intention ;
- Date et heure de survenue des symptômes d'accident vasculaire cérébral ;
- Aspirine après AVC ischémique ;
- Évaluation par un professionnel de la rééducation (2 parties) ;
- Transfert en SSR ;
- Tenue du dossier patient.

### Echantillon

Le recueil des six indicateurs porte sur un même échantillon aléatoire de 80 séjours.

<sup>1</sup> Ministère de la santé. Les dossiers de la santé. *L'accident vasculaire cérébral. Colloque AVC au Ministère de la Santé. Pourquoi faut-il prévenir l'AVC ?* 2010 [site consulté le 09/12/2010] disponible depuis : <http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/index.htm>

<sup>2</sup> Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse), Recommandations de bonne pratique, HAS, mai 2009.

<sup>3</sup> Ministère de la santé. Les dossiers de la santé. *Les chiffres clés de l'AVC.* 2010 [site consulté le 09/12/2010] disponible depuis : <http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/>

<sup>4</sup> Ministère de la santé. Les dossiers de la santé. *La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France : Synthèse du rapport à Madame la ministre de la santé et des sports.* Juin 2009 [site consulté le 09/12/2010] disponible depuis : <http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/>

<sup>5</sup> Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé. *Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 »*, Avril 2010. [Site consulté le 15/02/2011] disponible depuis : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_actions\\_AVC\\_-\\_17avr2010.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_actions_AVC_-_17avr2010.pdf)

<sup>6</sup> Haute Autorité de Santé. *AVC, travailler avec les professionnels de santé pour améliorer les pratiques.* [Site consulté le 15/02/2011] disponible depuis : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_961542/avc-travailler-avec-lesprofessionnels-pour-ameliorer-les-pratiques](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_961542/avc-travailler-avec-lesprofessionnels-pour-ameliorer-les-pratiques)

<sup>7</sup> <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

<sup>8</sup> Woimant F, et al. *Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France métropolitaine. Résultats de 3 enquêtes nationales.* *Rev Neurol* 2003 ;159(5) :543-551.

<b>Fiche descriptive de l'indicateur : IMAGERIE EN PREMIERE INTENTION (IMA)</b>	
<b>Libellé</b>	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC. Délai médian (en heures) entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale.
<b>Mesure</b>	Pour tous les patients à l'exception des transférés : délai médian (en heures) entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale.
<b>Critères d'inclusion</b>	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;</li> <li>▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;</li> <li>▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>▪ Séjours de patients décédés ;</li> <li>▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ;</li> <li>▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;</li> <li>▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=&gt;FinessB=&gt;FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ;</li> <li>▪ Séjours avec un GHM erreur.</li> </ul>
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Recommandations<sup>9,10</sup></b>	<p>« Les patients suspects d'AVC aigu doivent avoir un accès prioritaire à l'imagerie cérébrale. Des protocoles de prise en charge des patients suspects d'AVC aigu doivent être formalisés entre le service accueillant ces patients et le service de radiologie (accord professionnel) ».</p> <p>« Il est recommandé de réaliser urgemment un scanner cérébral ou une IRM en cas de suspicion d'AIT ou d'AVC ».</p> <p>« L'IRM est l'examen le plus performant pour montrer précocement des signes d'ischémie récente, et elle visualise l'hémorragie intracrânienne. Il convient de la réaliser de façon privilégiée ».</p> <p>« En cas d'impossibilité d'accéder en urgence à l'IRM, il convient de réaliser un scanner cérébral ».</p>
<b>Analyse des recommandations</b>	La détermination du type d'AVC (infarctus ou hémorragie) conditionne la mise en œuvre du traitement. Elle doit être faite rapidement. Le délai de réalisation de l'imagerie cérébrale mesure la qualité de la prise en charge au sein de la filière de prise en charge de l'AVC.

<sup>9</sup> Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse), Recommandations de bonne pratique, HAS, mai 2009.

<sup>10</sup> ESO European Stroke Organization. Recommandations 2008 pour la prise en charge des infarctus cérébraux et des accidents ischémiques transitoires, 2008. [Site consulté le 10/12/2010] disponible depuis : [http://www.esostroke.org/pdf/ESO08\\_Guidelines\\_French.pdf](http://www.esostroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_French.pdf)

<b>Fiche descriptive de l'indicateur : DATE ET HEURE DE SURVENUE DES SYMPTOMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (DHS)</b>	
<b>Libellé</b>	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC ischémique (« infarctus cérébral »). Taux de patients pour lesquels la trace de la date et de l'heure de début des symptômes est retrouvée.
<b>Numérateur</b>	Nombre de séjours pour lesquels la trace de la date et de l'heure de début des symptômes est retrouvée.
<b>Dénominateur</b>	Nombre de séjours d'AVC ischémiques inclus.
<b>Critères d'inclusion</b>	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;</li> <li>▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;</li> <li>▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>▪ Séjours de patients décédés ;</li> <li>▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ;</li> <li>▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;</li> <li>▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=&gt;FinessB=&gt;FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ;</li> <li>▪ Séjours avec un GHM erreur.</li> </ul>
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Recommandations<sup>11, 12</sup></b>	<p>« rtPA should be administrated to eligible patients who can be treated in the time period of 3 to 4.5 hours after stroke ».</p> <p>« As compared with placebo, intravenous alteplase administered between 3 and 4.5 hours after the onset of symptoms improved clinical outcomes in patients with acute ischemic stroke ».</p>
<b>Analyse des recommandations</b>	Tous les patients hospitalisés pour un infarctus cérébral doivent, en l'absence de contre-indication, bénéficier d'un traitement thrombolytique. Le délai maximal de réalisation d'une thrombolyse est, dans les recommandations, de 4h30 après le début des symptômes. Afin de connaître ce délai, il est essentiel que la date et l'heure de début des symptômes soient tracées dans le dossier (accord professionnel du groupe de travail).

<sup>11</sup> Del Zoppo, et al. Expansion of the time window for treatment of acute ischemic stroke with intravenous tissue plasminogen activator. A science advisory from the American heart association / American Stroke Association. *Stroke* 2009; 40: 2945- 2948.

<sup>12</sup> Hacke W, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *The New England Journal of Medicine* 2008; 359: 1317-1329.

<b>Fiche descriptive de l'indicateur : ASPIRINE APRES AVC ISCHEMIQUE (ASP)</b>	
<b>Libellé</b>	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC ischémique (« infarctus cérébral »). Taux de patients pour lesquels la trace d'une administration appropriée d'aspirine est retrouvée.
<b>Numérateur</b>	Nombre de séjours pour lesquels une administration d'aspirine appropriée (selon les recommandations), en dehors d'une contre-indication, est retrouvée avant la 24 <sup>ème</sup> heure d'hospitalisation.
<b>Dénominateur</b>	Nombre de séjours d'AVC ischémiques non thrombolysés.
<b>Critères d'inclusion</b>	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;</li> <li>▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;</li> <li>▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>▪ Séjours de patients décédés ;</li> <li>▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ;</li> <li>▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;</li> <li>▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=&gt;FinessB=&gt;FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ;</li> <li>▪ Séjours avec un GHM erreur.</li> </ul>
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Recommandations</b> <sup>13, 14</sup>	« Un traitement antiplaquettaire par aspirine (à la posologie de 160 à 300 mg/j) est recommandé dès que possible après un AVC ischémique (grade A) sauf si un traitement thrombolytique est envisagé ». «The oral administration of aspirin within 24 to 48 hours after stroke onset is recommended for treatment of most patients ».
<b>Analyse des recommandations</b>	En l'absence de thrombolyse, tous les patients hospitalisés pour un infarctus cérébral doivent bénéficier d'un traitement par aspirine dans un délai inférieur à 24 heures après le début des symptômes, en l'absence de contre-indications.

<sup>13</sup> Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - Aspects médicaux - Recommandations, ANAES, Septembre 2002.

<sup>14</sup> Adams HP et al. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke, a guideline from the American Heart Association / American Stroke Association Stroke Council. *Stroke* 2007; 38:1655-1711.

<b>Fiche descriptive de l'indicateur : EVALUATION PAR UN PROFESSIONNEL DE LA REEDUCATION (EPR)</b>	
<b>Libellé</b>	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC. <b>Partie 1</b> : taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation. <b>Partie 2</b> : taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation dans les 3 jours suivant l'admission.
<b>Numérateur</b>	<b>Partie 1</b> : Nombre de séjours pour lesquels la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation (médecin MPR, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) est retrouvée ou pour lesquels le patient ne présente pas de déficit. <b>Partie 2</b> : Nombre de séjours pour lesquels la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation (médecin MPR, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) est retrouvée dans les 3 jours suivant l'admission.
<b>Dénominateur</b>	<b>Partie 1</b> : Nombre de séjours d'AVC inclus. <b>Partie 2</b> : Nombre de séjours d'AVC inclus avec une évaluation par un professionnel de la rééducation.
<b>Critères d'inclusion</b>	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;</li> <li>▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;</li> <li>▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>▪ Séjours de patients décédés ;</li> <li>▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ;</li> <li>▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;</li> <li>▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=&gt;FinessB=&gt;FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ;</li> <li>▪ Séjours avec un GHM erreur.</li> </ul>
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Recommandations</b> <sup>15, 16,17,18</sup>	<p>« Tout patient ayant des troubles de la motricité et/ou de la sensibilité doit bénéficier d'une évaluation et d'une prise en charge par un masseur-kinésithérapeute ».</p> <p>« Tout patient présentant des troubles de la déglutition doit bénéficier d'une rééducation utilisant des modifications de texture des aliments, des techniques posturales, des exercices oro-faciaux et des manœuvres de déglutition planifiée par l'orthophoniste ou le masseur kinésithérapeute en collaboration avec l'infirmier. »</p> <p>« Tout patient ayant des troubles de la parole et/ou du langage, oral et écrit, doit être examiné par un orthophoniste (grade B) ».</p> <p>« Dans la prise en charge précoce des AVC, il est important d'avoir un diagnostic ergothérapique afin d'anticiper les problèmes liés au retour à domicile ».</p> <p>« L'intervention ergothérapique centrée sur le patient et l'approche réadaptative précoce favorise la participation sociale de la personne ayant eu un AVC ».</p>

<sup>15</sup> Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - Aspects paramédicaux - Recommandations, ANAES, Septembre 2002.

<sup>16</sup> Atwal A, et al. Occupational therapists' perceptions of pre-discharge home assessments with older adults in acute care. *British Journal of Occupational Therapy* 2008; 71(2)

<sup>17</sup> Kristensen HK, et al. Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2010; 1-15.

<sup>18</sup> Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation, Société Française de Neuro Vasculaire et Société Française de Gériatrie et Gérologie. *Orientations des patients atteints d'AVC- Pratiques professionnelles et Recommandations*, 2008.

	« L'intervention précoce mais durable (5 mois) au domicile d'un(e) ergothérapeute réduit le handicap du patient après retour précoce au domicile (moins d'1 mois après l'AVC) ».
<b>Analyse des recommandations</b>	L'évaluation initiale par un professionnel de la rééducation (médecin MPR, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) doit être retrouvée dans le dossier pour tout patient présentant un diagnostic d'AVC.

<b>Fiche descriptive de l'indicateur : TRANSFERT EN SSR (SSR)</b>	
<b>Libellé</b>	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC. Délai médian (en jours) entre la date de la 1 <sup>ère</sup> demande de SSR et la date de transfert.
<b>Mesure</b>	Pour les patients ayant été transférés : délai médian (en jours) entre la date de la 1 <sup>ère</sup> demande de SSR et la date de transfert.
<b>Critères d'inclusion</b>	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;</li> <li>▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;</li> <li>▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>▪ Séjours de patients décédés ;</li> <li>▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ;</li> <li>▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;</li> <li>▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=&gt;FinessB=&gt;FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ;</li> <li>▪ Séjours avec un GHM erreur.</li> </ul>
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Recommandations<sup>19</sup></b>	« Impératif organisationnel : précocité de l'orientation et meilleur délai possible de transfert afin d'assurer la fluidité de la filière et de faire bénéficier le plus grand nombre de patients d'une prise en charge par une structure dédiée... »
<b>Analyse des recommandations</b>	Les patients présentant un déficit de gravité moyenne ou sévère doivent bénéficier d'une filière organisée vers la structure de soins de suite et réadaptation (SSR) la plus adaptée à leur pronostic fonctionnel.

<sup>19</sup> Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation, Société Française de Neuro Vasculaire et Société Française de Gériatrie et Gérontologie. *Orientations des patients atteints d'AVC- Pratiques professionnelles et Recommandations*, 2008.



<b>Fiche descriptive de l'indicateur : TENUE DU DOSSIER PATIENT (AVC - TDP)</b>	
<b>Libellé</b>	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC. Score de conformité du contenu du dossier des patients pris en charge pour un AVC.
<b>Numérateur</b>	Nombre d'items conformes pour chaque dossier.
<b>Dénominateur</b>	Nombre d'items évalués pour chaque dossier.
<b>Calcul du score</b>	Moyenne des conformités calculées par dossier.
<b>Critères d'inclusion</b>	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
<b>Critères d'exclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ;</li> <li>▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ;</li> <li>▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ;</li> <li>▪ Séjours de patients décédés ;</li> <li>▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ;</li> <li>▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ;</li> <li>▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=&gt;FinessB=&gt;FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ;</li> <li>▪ Séjours avec un GHM erreur.</li> </ul>
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
<b>Recommandations<sup>20</sup></b>	« La bonne tenue du dossier du patient contribue à la continuité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la qualité de la pratique professionnelle. Le dossier est également un support privilégié de l'évaluation des pratiques. Il est enfin un outil d'enseignement et de recherche pour les professionnels de santé. Pour ces raisons, l'amélioration du dossier est une thématique constante des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins dans les établissements de santé. »
<b>Analyse des recommandations</b>	Le groupe de travail considère que le dossier d'un patient hospitalisé pour AVC doit comporter les éléments suivants à l'admission : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents / Facteurs de risque cardio-vasculaires ;</li> <li>• Traitement habituel ;</li> <li>• Score de gravité NIH ;</li> <li>• ECG ;</li> <li>• Tension artérielle ;</li> <li>• Mesure de la glycémie capillaire ;</li> <li>• Compte rendu de l'imagerie cérébrale initiale validé par un radiologue.</li> </ul>

<sup>20</sup> Haute Autorité de santé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu - réglementation et recommandations. Paris, 2003. [Site consulté le 09/03/2011] disponible depuis : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier\\_du\\_patient\\_amelioration\\_de\\_la\\_qualite\\_de\\_la\\_tenue\\_et\\_du\\_contenu\\_-\\_reglementation\\_et\\_recommandations\\_-\\_2003.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_amelioration_de_la_qualite_de_la_tenue_et_du_contenu_-_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf)



<b>ALGORITHMES DE CALCUL</b>		
Variable	Algorithme	
<b>IMAGERIE EN PREMIERE INTENTION (en heures)</b>		
Délai médian <sup>21</sup> = Médiane {num IND IMA1}	Dossier i :  [num IND IMA1]	Si ([ADE 2] = 2 OU [IMA 2] = « Non retrouvée » OU [IMA 3] = « Non retrouvée » OU [ADE 3] = « Non retrouvée » OU [ADE 4] = « Non retrouvée » OU {[IMA 2] ET [IMA 3]} - ([ADE 3] ET [ADE 4]) < 0) Alors [num IND IMA1] = . Sinon [num IND IMA1] = ([IMA 2] ET [IMA 3]) - ([ADE 3] ET [ADE 4]) FinSi
<b>DATE ET HEURE DE SURVENUE DES SYMPTOMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (en %)</b>		
Pourcentage de dossiers = $\frac{\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND THR1}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den IND THR1}]}$	Dossier i :  [num IND THR1]	Si ({[ADE 5] = 1 OU [ADE 5] = 3} ET {[ADE 7] = 1 OU [ADE 7] = 3}) Alors [num IND THR1] = 1 Sinon [num IND THR1] = 0 FinSi
	Dossier i :  [den IND THR1]	Tous les dossiers d'infarctus ([AVC 7] = 1) inclus
<b>ASPIRINE APRES AVC ISCHEMIQUE (en %)</b>		
Pourcentage de dossiers = $\frac{\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND ASP}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den IND ASP}]}$	Dossier i :  [num IND ASP]	Si ([TTT 5] = 1 ET [TTT 6] = 1) OU ([TTT 5] = 2 ET ([TTT 7] = 1 OU [TTT 8] = 1)) Alors [num IND ASP] = 1 Sinon [num IND ASP] = 0 FinSi
	Dossier i :  [den IND ASP]	Tous les dossiers d'infarctus ([AVC 7] = 1) inclus ET {[TDP 2] = 1 ET [TDP 3] = 2} OU [TDP 2] = 2} ET [TTT 1] = 2 ET [ADE 2] <> 2

<sup>21</sup> Dans les résultats individuels, le délai médian est calculé sur l'ensemble des dossiers inclus de l'établissement, pour lequel ont été supprimés les délais négatifs. Dans les résultats comparatifs, une correction a été apportée : sur la base de l'ensemble des dossiers inclus (tout établissement confondu), a été calculée une borne permettant d'identifier les valeurs extrêmes. Cette borne est calculée à partir des 1ers (Q1) et 3èmes (Q3) quartiles de la distribution de la manière suivante : borne = Q3+[1.5\*(Q3-Q1)]. Ainsi, pour chaque établissement, son délai médian est calculé sur l'ensemble des dossiers inclus, pour lequel ont été supprimés les délais négatifs et strictement supérieurs à la borne.

<b>EVALUATION PAR UN PROFESSIONNEL DE LA REEDUCATION</b>		
<b>Partie 1 (en %)</b>		
Pourcentage de dossiers = $\frac{\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND EPR1}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den IND EPR1}]}$	Dossier i : [num IND EPR1]	Si [EPR 1] = 1 OU ([EPR 1] = 2 ET [EPR 3] = 1) Alors [num IND EPR1] = 1 Sinon [num IND EPR1] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND EPR1]	Tous les dossiers inclus
<b>Partie 2 (en %)</b>		
Pourcentage de dossiers = $\frac{\sum_{i=1}^{80} [\text{num IND EPR2}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den IND EPR2}]}$	Dossier i : [num IND EPR2]	Si ([EPR 2] - [ADE 3] <> .) ET ([EPR 2] - [ADE 3] >= 0) ET ([EPR 2] - [ADE 3] <= 3) Alors [num IND EPR2] = 1 Sinon [num IND EPR2] = 0 FinSi
	Dossier i : [den IND EPR2]	Tous les dossiers inclus ET [EPR 1] = 1
<b>TRANSFERT EN SSR (en jours)</b>		
Délai médian = Médiane {num IND SSR1}	Dossier i : [num IND SSR1]	Si ([SSR 1] = 2 OU [SSR 1] = 3 OU [SSR 2] = « Non retrouvée » OU [SSR 4] = « Non retrouvée ») Alors [num IND SSR1] = . Sinon [num IND SSR1] = [SSR 4] - [SSR 2] FinSi

<b>TENUE DU DOSSIER PATIENT (en %)</b>		
<b>Critère 1 : Antécédents / Facteurs de risque cardio-vasculaires</b>		
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} \frac{[\text{num CRIT1}]}{[\text{den CRIT1}]}$	Dossier i : [num CRIT1]	Si [TDP 1] = 1 Alors [num CRIT1] = 1 Sinon [num CRIT1] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT1]	Tous les dossiers inclus ET [ADE 2] <> 2
<b>Critère 2 : Traitement habituel</b>		
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} \frac{[\text{num CRIT2}]}{[\text{den CRIT2}]}$	Dossier i : [num CRIT2]	Si [TDP 2] = 1 Alors [num CRIT2] = 1 Sinon [num CRIT2] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT2]	Tous les dossiers inclus ET [ADE 2] <> 2
<b>Critère 3 : Score de gravité NIH</b>		
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} \frac{[\text{num CRIT3}]}{[\text{den CRIT3}]}$	Dossier i : [num CRIT3]	Si [TDP 4] = 1 Alors [num CRIT3] = 1 Sinon [num CRIT3] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT3]	Tous les dossiers inclus ET [ADE 2] <> 2
<b>Critère 4 : ECG</b>		
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} \frac{[\text{num CRIT4}]}{[\text{den CRIT4}]}$	Dossier i : [num CRIT4]	Si [TDP 6] = 1 Alors [num CRIT4] = 1 Sinon [num CRIT4] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT4]	Tous les dossiers inclus ET [ADE 2] <> 2
<b>Critère 5 : Tension artérielle</b>		
Pourcentage de dossiers = $\sum_{i=1}^{80} \frac{[\text{num CRIT5}]}{[\text{den CRIT5}]}$	Dossier i : [num CRIT5]	Si [TDP 7] = 1 Alors [num CRIT5] = 1 Sinon [num CRIT5] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT5]	Tous les dossiers inclus ET [ADE 2] <> 2

<b>Critère 6 : Mesure de la glycémie capillaire</b>		
Pourcentage de dossiers = $\frac{\sum_{i=1}^{80} [\text{num CRIT6}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den CRIT6}]}$	Dossier i : [num CRIT6]	Si [TDP 8] = 1 Alors [num CRIT6] = 1 Sinon [num CRIT6] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT6]	Tous les dossiers inclus ET [ADE 2] <> 2
<b>Critère 7 : Compte-rendu d'imagerie</b>		
Pourcentage de dossiers = $\frac{\sum_{i=1}^{80} [\text{num CRIT7}]}{\sum_{i=1}^{80} [\text{den CRIT7}]}$	Dossier i : [num CRIT7]	Si [IMA 4] = 1 Alors [num CRIT7] = 1 Sinon [num CRIT7] = 0 FinSi
	Dossier i : [den CRIT7]	Tous les dossiers inclus ET [ADE 2] <> 2
<b>Score de qualité de la tenue du dossier patient</b>		
1 <sup>ère</sup> étape : un score individuel est calculé pour chaque dossier i. Il correspond à la somme des critères conformes divisée par la somme des critères applicables.	Dossier i : [IND_TDP_i]	$[\text{IND TDP } i] = \frac{([\text{num CRIT } 1 \text{ } i] + [\text{num CRIT } 2 \text{ } i] + [\text{num CRIT } 3 \text{ } i] + [\text{num CRIT } 4 \text{ } i] + [\text{num CRIT } 5 \text{ } i] + [\text{num CRIT } 6 \text{ } i] + [\text{num CRIT } 7 \text{ } i])}{([\text{den CRIT } 1 \text{ } i] + [\text{den CRIT } 2 \text{ } i] + [\text{den CRIT } 3 \text{ } i] + [\text{den CRIT } 4 \text{ } i] + [\text{den CRIT } 5 \text{ } i] + [\text{den CRIT } 6 \text{ } i] + [\text{den CRIT } 7 \text{ } i])}$
2 <sup>ème</sup> étape : un score global est ensuite calculé pour l'échantillon. Il correspond à la moyenne arithmétique de scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon.	Score de qualité de la tenue du dossier patient	$\sum_{i=1}^N [\text{IND\_TDP\_}i] / (\text{Nombre dossiers inclus ET [ADE 2] } <> 2)$