



Ensemble, améliorons les pratiques de prise en charge de l'accident vasculaire cérébral

Indicateurs de pratique clinique AVC

Juin 2010

Service Programmes pilotes – Améliorer les pratiques
Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Indicateurs de pratique clinique AVC

Sommaire

Pourquoi des indicateurs de pratique clinique sur l'AVC ?	5
Démarche participative	6
Liste des indicateurs sur l'ensemble de la prise en charge	7
Schémas des parcours de prises en charge de l'AVC	9
Les fiches indicateurs	11
1. Taux d'appel au 15 pour toute suspicion d'AVC	13
2. Délai survenue des symptômes – 1er contact médical dédié pour toute suspicion d'AVC	14
3. Délai 1er contact médical dédié/admission – imagerie pour toute suspicion d'AVC	15
4. Taux de contact médecin SAMU / SAU avec le médecin UNV pour toute suspicion d'AVC	16
5. Taux de réalisation du score NIHSS pour toute suspicion d'AVC	17
6. Taux de réalisation de l'IRM pour toute suspicion d'AVC	18
7. Taux d'examen d'imagerie interprété immédiatement et compte rendu écrit du radiologue pour toute suspicion d'AVC	19
8. Taux AVC*/AIT confirmés orientés en UNV	20
9. Délai 1 ^{er} contact médical dédié/admission – évaluation neuro-vasculaire pour les patients éligibles à la thrombolyse lors du 1 ^{er} contact médical dédié avec Infarctus Cérébral confirmé	21
10. Taux thrombolyse parmi les patients éligibles à la thrombolyse lors du 1 ^{er} contact médical dédié et avec un infarctus cérébral confirmé	22
11. Implication dans une filière avec mise en œuvre de protocoles communs et validés au sein de la filière de tout service prenant en charge les suspicions d'AVC et/ou les AVC confirmés	23
12. Taux de prescription appropriée d'aspirine	24
13. Taux d'évaluation, de bilan diagnostic et de prise en charge en rééducation/réadaptation	25
14. Délai de consultation pour évaluation, bilan diagnostic et prise en charge en rééducation/réadaptation	26
15. Taux d'explorations fonctionnelles complémentaires dans les 7 jours pour tout AVC	27
16. Taux de recherche des troubles cognitifs	28
17. Taux de pneumopathie d'inhalation (alerte clinique)	29
18. Taux de prescriptions d'héparine à dose efficace à la phase aiguë (alerte iatrogénique)	30
19. Délai d'exploration des vaisseaux du cou pour les AIT de moins de 48h	31
20. Taux de projets de soins établis en concertation par l'équipe, patient, entourage	32
21. Taux de proposition d'orientation par évaluation médicale du pronostic et des besoins	33
22. Taux de patients orientés selon la proposition d'orientation optimale	34
23. Délai entre la décision d'orientation et le transfert	35
24. Taux de projets de vie établis avec expertise du lieu de vie si sortie directe au domicile	36
25. Taux de contacts établis entre l'établissement de santé et les professionnels libéraux si sortie directe au domicile	37
26. Taux de traitement approprié y compris des facteurs de risque	38
27. Taux de courrier de sortie précisant les coordonnées du référent de la filière	39

28. Taux de formation en SSR ou HAD patient et entourage au suivi du traitement	40
29. Taux de projet de soins et de projet de vie adaptés aux déficiences dont les fonctions cognitives, de l'activité, de la participation	41
30. Taux d'information pour l'identification des récides et le recours au 15	42
31. Taux de mesure de la pression artérielle	43
32. Taux d'évaluation de l'adhésion et de la tolérance du traitement en suivi post AVC	44
33. Taux de suivi de l'exposition au tabac	45
34. Taux de réalisation d'un bilan lipidique et glucidique	46
35. Taux de suivi d'une alimentation équilibrée et pauvre en sel	47
36. Taux de suivi du poids - périmètre abdominal	48
37. Taux de traitement approprié par aspirine à un an	49
38. Taux de traitement approprié par statines à un an	50
39. Taux de consultation avec un neurologue la 1ère année post AVC	51
40. Taux de correspondance médecin traitant - neurologue	52
41. Taux d'évaluation de la qualité de vie et du handicap	53
Références bibliographiques	55
Annexes	59
Annexe I . Liste des abréviations	60
Annexe II .Liste des items à recueillir pour renseigner les indicateurs.....	61

Pourquoi des indicateurs de pratique clinique sur l'AVC ?

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une priorité en termes de santé : avec environ 130 000 nouveaux cas par an, il constitue la seconde cause de décès chez la femme, la troisième cause chez l'homme (40 000 décès chaque année), et la première cause de handicap non traumatique en France (30 000 patients gardent des séquelles lourdes). Aujourd'hui, une prise en charge rapide et adaptée permet de réduire à la fois la mortalité et le handicap.

Les enjeux de la prise en charge sont multiples : (i) rapidité du diagnostic qui permettra à un certain nombre de patients avec infarctus cérébral de bénéficier d'une thrombolyse, si le diagnostic est réalisé dans les premières heures (ii) rapidité de prise en charge et de rééducation pour tous, qui diminuent complications et handicap (iii) enfin suivi en post AVC avec poursuite de la rééducation, maîtrise des facteurs de risque et prévention des récives (30 à 43 % des AVC récidivent dans les 5 ans).

La qualité des pratiques de prise en charge de l'AVC résulte des pratiques et de l'articulation des nombreuses disciplines et professions de santé impliquées tout au long du parcours du patient. La prise en charge au sein d'une filière structurée, en lien avec une unité neurovasculaire (UNV), permet au mieux de répondre aux enjeux de la prise en charge pour un résultat clinique optimal pour le patient. Il s'agit de faire bénéficier chaque patient du meilleur parcours, qui peut varier selon les organisations, pour des soins efficaces et surs.

Des indicateurs de pratique clinique¹ (IPC), mesurant les étapes clés tout au long de la prise en charge, permettent de mesurer et garantir la qualité des soins dans ses 3 dimensions² : efficacité, sécurité des soins, accès aux meilleurs soins. Ils constituent des repères partagés de la qualité des soins, quel qu'en soit le mode d'organisation. Les IPC portent sur les pratiques et les processus contribuant directement aux résultats cliniques. Ainsi, en complément et sur la base des nombreuses recommandations des sociétés savantes et collègues professionnels sur l'AVC, les IPC constituent des outils d'analyse et de mise en œuvre de la qualité des pratiques.

Le groupe de coopération³ « Ensemble, améliorons les pratiques de prise en charge de l'AVC », réunissant toutes les professions de santé concernées, a élaboré de façon consensuelle des IPC jalonnant l'ensemble du parcours du patient suspect d'AVC, depuis les premiers symptômes jusqu'au suivi à 1 an après l'AVC.

Chaque discipline et/ou profession propose d'intégrer au socle commun, un nombre limité d'indicateurs pour suivre l'amélioration des pratiques dans son domaine. Chaque discipline et/ou profession, et chaque équipe, conserve par ailleurs la possibilité de créer et de recueillir d'autres indicateurs, adaptés à leurs propres objectifs ou à leur réalité d'exercice. Le suivi des IPC peut se faire de façon prospective au moyen de registres de pratiques, de dossier clinique informatisé, également de façon rétrospective lors de revue de dossiers ou lors d'enquêtes.

Le suivi d'indicateurs de pratique clinique communs tout au long du parcours du patient permet à chacun d'optimiser sa propre contribution pour un impact clinique optimal. Ce socle d'IPC (items invariants) permet aux professionnels qui souhaitent travailler sur l'AVC de comparer leurs résultats et leurs modes de prise en charge, démarche dite de *benchmarking*. Cette comparaison peut être utilement enrichie par la caractérisation des populations étudiées, combinés au suivi de la survie, du handicap et de la qualité de vie.

¹ (a) Brochure HAS 2009 Indicateurs de pratique clinique

² (c) Integrating Efficacy, Safety and Access into quality of care – Qual Sal Health Care April 2010 Vol 19 Suppl 1 p. A21

³ Groupe de coopération p. 5

Démarche participative

Ont été sollicités pour la réalisation des travaux de ce programme les organismes professionnels AIN, ANFE, CFAR, CFGG, CFMU, CNOMK, CNPC, FFN, FNO, G4, RSSMG, SFAR, SFC, SFDRMG, SFGG, SFMU, SFN, SFNV, SNAO, SOFMER, SRLF, UFCV, UNADREO et les représentants des registres de pratiques E-MUST, Châteauroux, RICO, RESCA+31, réseaux RESCUE.

Contributeurs : Groupe de coopération

M.H. Abadie, orthoptiste, SNAO, Paris
C. Arquizan, neurologue, SFNV, Montpellier
V. Assuérus, neurologue, SFNV, Aix-en-Provence
E. Bernardy, infirmière, AIN, Thionville
M. Brun, cadre de santé, AIN, Rilhac-Rançon
C. Busseuil, urgentiste, CFMU, Montélimar
JM. Caire, ergothérapeute, ANFE, Bordeaux
M.F. Clenet, orthoptiste, SNAO, Vertou
A. Cohen, cardiologue, SFC, Paris
A. Cook, ergothérapeute, ANFE, Bordeaux
P. Corne, masseur-kinésithérapeute, FFMKR, St-Max
L. D'Araujo, urgentiste, Provins
T. De Broucker, neurologue, FFN, Saint-Denis
A. De Lesdain, orthoptiste, SNAO, Drancy
C. De Peretti, médecin, INVS, Paris
E. Delezie, masseur-kinésithérapeute, CNOMK, Saint-Denis
F. Dolveck, urgentiste, Garches
S. Dubourdieu, urgentiste, SEMSP Brigade de sapeurs-pompiers de Paris
J.L. Ducassé, urgentiste, SFMU, Toulouse
C. El Khoury, urgentiste, RESCUE, Vienne
F. Escarment, masseur-kinésithérapeute, AFREK, Bergerac
M. Freysz, anesthésiste réanimateur, SFAR / CFAR, Dijon
P. Gatignol, orthophoniste, UNADREO, Paris
M. Giroud, neurologue vasculaire, SFNV, Dijon
O. Godefroy, neurologue vasculaire, SFNV, Amiens
P. Goldstein, urgentiste, SFMU, Lille
A. Gouhier, infirmière, AIN, Cherbourg
Y. Guilhermet, gériatre, Villeurbanne
C. Guiraud-Chaumeil, neurologue, SFN, Albi
C. Henault, orthophoniste, FNO, Dives-sur-Mer
P. Hertgen, urgentiste, SEMSP Brigade de sapeurs-pompiers de Paris
E. Hinglais, urgentiste, CFMU, Paris
MC. Jars-Guinestre, réanimateur, SRLF, Suresnes
C. Jeandel, gériatre, CPGF, Montpellier
N. Joyeux, orthophoniste, UNADREO, Avignon
S. Kirscher, masseur-kinésithérapeute, FFOFCMK, Vanves
B. Koch, ergothérapeute, APF, Choisy-le-Roi
P. Krolak-Salmon, gériatre, SFGG, Villeurbanne
X. Leclerc, neuro radiologue, SFR, Lille
J.Y. Lemerle, masseur-kinésithérapeute, FFMKR, Angers
D. Leys, neurologue, SFNV, Lille
J.J. Magnies, masseur-kinésithérapeute, SNMKR, Paris
L. Martinez-Almoyna, neurologue, SFN, Saint-Denis
J.F..Meder, radiologue, SFR / G4, Paris
C. Mekies, neurologue, ANLLF, Toulouse
J. Miguères, médecin généraliste, RSSMG / SFDRMG, Paris
T. Moulin, neurologue, SFNV, Besançon
J.P. Neau, neurologue vasculaire, SFNV, Poitiers
B. Nemitz, urgentiste, Amiens
H. Outin, réanimateur, SRLF, Saint-Germain-en-Laye
J.Y. Pelissier, médecin de médecine physique réadaptation, SOFMER, Nîmes
E. Perchicot, cardiologue, CNPC, Cavailon
L. Pierot, neuro radiologue, SFR, Reims
S. Porthault-Chatard, médecin du SAMU, Lyon
M. Ramin, masseur-kinésithérapeute, FFMKR, Auribeau-Sur-Siagne
C. Rey-Quinio, AFSSAPS, Paris
T. Rousseau, orthophoniste, UNADREO, Sablé sur Sarthe
T. Rusterholtz, médecin conseil ARH Rhône Alpes, Lyon
C. Sagnes-Raffy, médecin de santé publique, ORU-MiP, Toulouse
F. Scheck, médecin, AFSSAPS, Paris
P. Segaud, médecin généraliste, SFMG / RSSMG, Niort
F. Srou, masseur-kinésithérapeute, SNMKR, Paris
J.F. Thebaut, cardiologue, UFCV, CNPC, Paris
J. Trauchessec, orthophoniste, UNADREO, Nîmes
M. Verny, gériatre, SFGG, Paris
F. Woimant, neurologue vasculaire, SFNV, Paris
A. Yelnik, médecin de médecine physique réadaptation, SOFMER, Paris
V. Zingale, ergothérapeute, ANFE, Paris
M. Zuber, neurologue vasculaire, SFNV, Paris

Avec la participation de :

HAS

Coordination - Service Programmes Pilotes - Améliorer les pratiques

A. Desplanques, chef de service, M. Erbault, chef de projet AVC, Y. L'Hermitte, chargé de projet AVC, urgentiste, Melun et : L. Banaei, M. Plétan, N. Riolacci

HAS : Pr L. Degos, Président du Collège, E. Blondet, A. D'Andon, A.E. Develay, M. Dhenain, P. Dosquet, V. Izard

Liste des indicateurs sur l'ensemble de la prise en charge

De l'alerte à la prise en charge en établissement avec ou sans Thrombolyse	
Pour toute suspicion d'AVC	
1. Taux d'appel au 15 en première intention	1. FPA
2. Délai survenue des symptômes – 1er contact médical dédié	2. FPA
3. Délai 1er contact médical dédié/admission – imagerie	3. FPA
4. Taux de contact médecin SAMU / SAU avec le médecin UNV	4. FPA
5. Taux de réalisation du score NIHSS	5. FPA
6. Taux de réalisation de l'IRM	6. FPA
7. Taux d'examen d'imagerie interprété immédiatement et compte rendu écrit du radiologue	7. SR
Pour tout AVC confirmés	
8. Taux de patients avec AVC/AIT confirmé orientés en UNV	8. FPA
Pour toute suspicion d'AVC éligible à la thrombolyse lors du 1^{er} contact médical et avec un infarctus cérébral confirmé	
9. Délai 1er contact médical dédié – évaluation neuro-vasculaire	9. FPA
10. Taux de thrombolyse	10. FPA
Service prenant en charge les suspicions d'AVC et/ou les AVC confirmés	
11. Implication dans une filière avec protocoles communs validés au sein de la filière	11. FPA, SSR, HAD
Prise en charge en phase aiguë	
Pour tout AVC dès la phase aiguë	
12. Taux de prescription appropriée d'aspirine	12. SA
13. Taux d'évaluation, de bilan diagnostic et de prise en charge en rééducation/réadaptation	13. SA
14. Délai de consultation pour évaluation, bilan diagnostic et prise en charge en rééducation/réadaptation	14. SA
15. Taux d'explorations fonctionnelles complémentaires dans les 7 jours	15. SA
16. Taux de recherche des troubles cognitifs	16. SA
Indicateurs d'Alerte	
17. Taux de pneumopathies d'inhalation pour tout AVC	17. SA
18. Taux de prescription d'héparine à dose efficace à la phase aiguë pour les Infarctus Cérébraux	18. SA
Pour les AIT de moins de 48h	
19. Délai d'exploration des vaisseaux du cou	19. SA
En préparation de l'orientation	
20. Taux de projets de soins établis en concertation par équipe, patient, entourage	20. SA
21. Taux de proposition d'orientation par évaluation médicale du pronostic et des besoins	21. SA
22. Taux de patients orientés selon la proposition d'orientation optimale	22. SA
23. Délai entre la décision d'orientation et le transfert	23. SA
Si sortie directe au domicile	
24. Taux de projets de vie établis avec expertise du lieu de vie	24. SA

25. Taux de contact établi entre l'établissement de santé et les professionnels libéraux	25. SA, MG, PPM
Pour toute sortie	
26. Taux de traitement approprié y compris des facteurs de risque à la sortie	26. SA
27. Taux de courrier de sortie précisant les coordonnées du référent de la filière	27. SA, MG, PPM
<hr/> Prise en charge 1^{ère} année post AVC <hr/>	
En SSR ou HAD	
28. Taux de formation en SSR ou HAD patient et entourage au suivi du traitement	28. SSR, HAD
29. Taux de projet de soins et projet de vie adaptés aux déficiences cognitives, activité, participation	29. SSR, HAD
Suivi ambulatoire à court terme	
30. Taux d'information pour l'identification des récurrences et le recours au 15 <i>Taux de recours au 15 en cas de récurrence*</i>	30. MG, PPM
31. Taux de mesure de la pression artérielle <i>Taux de patient avec pression artérielle contrôlée un an après un AVC*</i>	31. MG
32. Taux d'évaluation de l'adhésion et de la tolérance au traitement	32. MG, PPM
33. Taux de suivi de l'exposition au tabac <i>Taux de patients tabagiques ayant arrêté de fumer un an après un AVC*</i>	33. MG, PPM
Suivi ambulatoire à moyen terme	
34. Taux de réalisation d'un bilan lipidique et glucidique <i>Taux de patients avec bilan lipidique conforme aux recommandations un an après un AVC*</i> <i>Taux de patients avec bilan glucidique conforme aux recommandations un an après un AVC*</i>	34. MG, N, C
35. Taux d'évaluation du suivi d'une alimentation équilibrée et pauvre en sel <i>Taux de patients ayant une alimentation équilibrée et pauvre en sel un an après un AVC*</i>	35. MG, PPM, N, C
36. Taux de suivi du poids – périmètre abdominal	36. MG, PPM, N, C
Suivi à 1 an	
37. Taux de traitement approprié par aspirine à un an	37. MG, N, C
38. Taux de traitement approprié par statine à un an	38. MG, N, C
39. Taux de consultation avec un neurologue la 1 ^{ère} année post AVC	39. MG, N
40. Taux de correspondance médecin traitant – neurologue	40. MG, N
41. Taux d'évaluation de la qualité de vie et du handicap	41. MG, N, MPR, PPM

* indicateur de résultat associé

FPA = Filière Phase Aiguë = SAMU, radiologie, SAU, UNV, Neurologie, Gériatrie, Médecine

SA = Service d'aigu = UNV, Neurologie, Gériatrie, Médecine

SR = Service de radiologie

SSR = Soins de Suite et de Réadaptation

HAD = Hospitalisation A Domicile

MG = Médecine Générale

PPM = Professionnel Para Médicaux

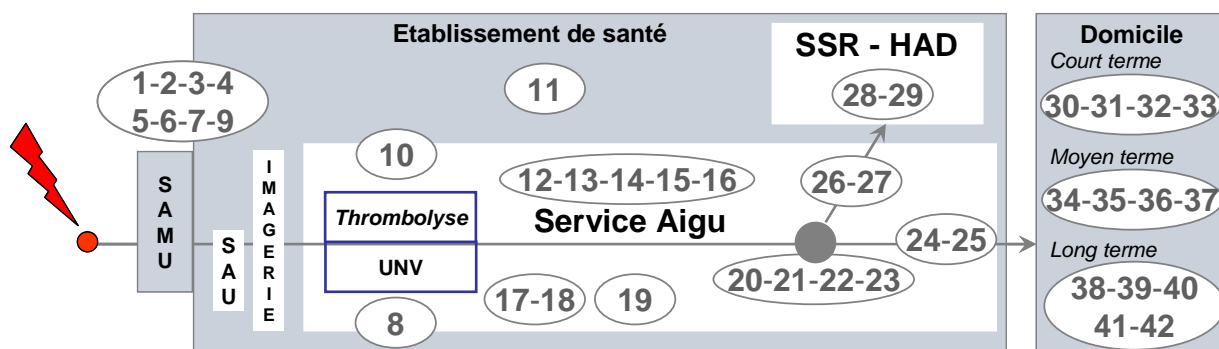
N = Neurologue

C = Cardiologue

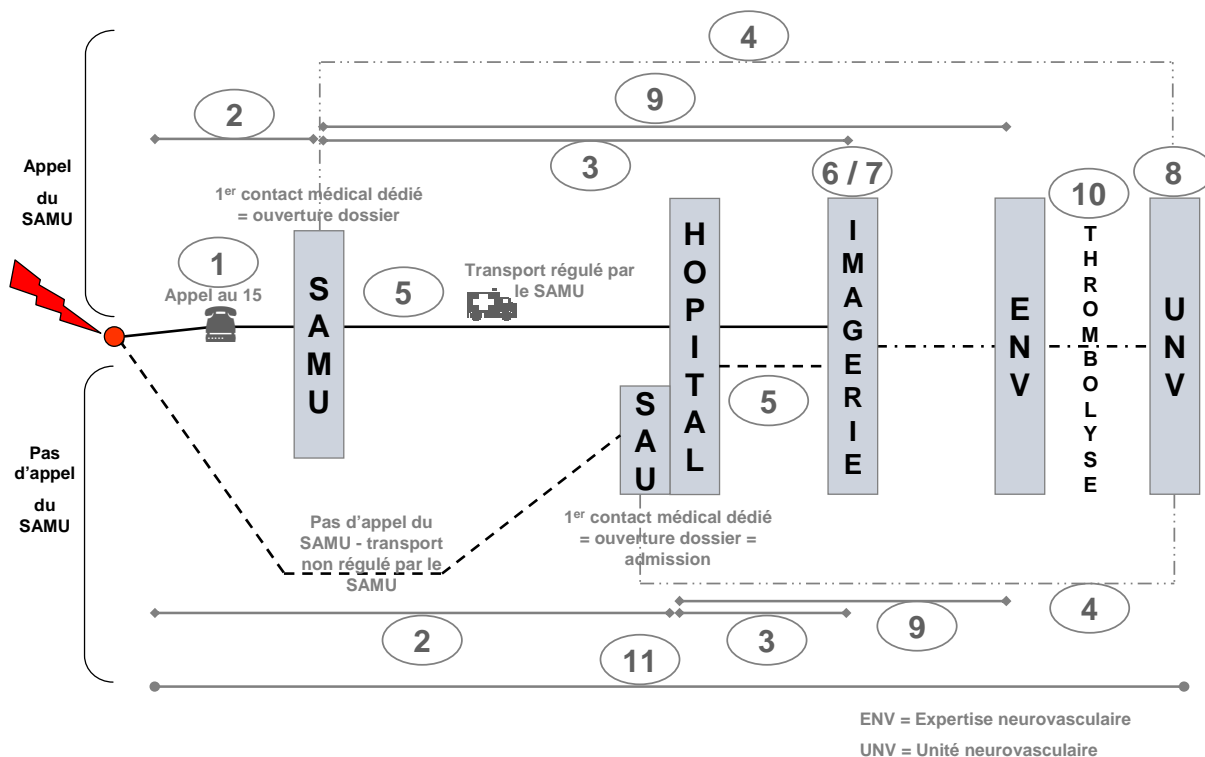
MPR = Médecin de Médecine Physique et de Réadaptation

Schémas des parcours de prises en charge de l'AVC

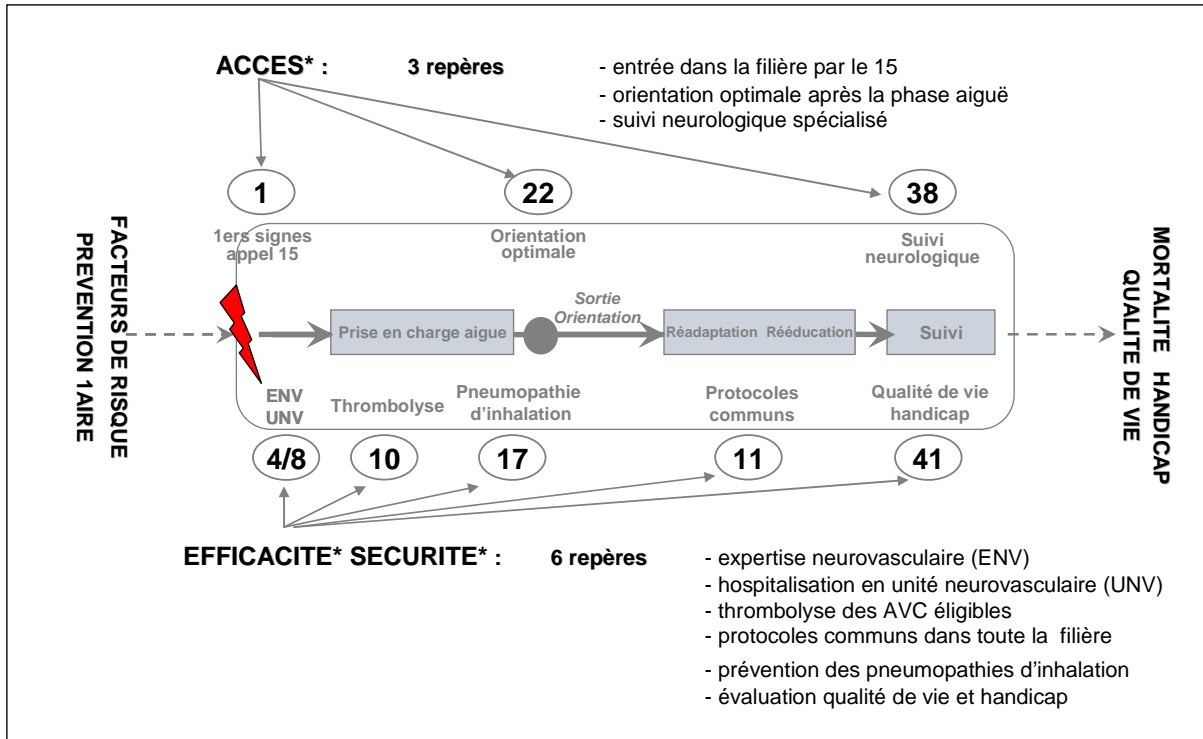
Parcours de prise en charge d'un AVC, de l'alerte au suivi à un an post AVC



De l'alerte à la prise en charge en établissement de santé : parcours du patient



9 repères professionnels pour l'évaluation de la qualité* des pratiques cliniques dans une filière de prise en charge de l'AVC



* La qualité des pratiques cliniques est évaluée dans ses 3 dimensions ESA : Efficacité et Sécurité des soins, Accès aux soins

Les fiches indicateurs

Indicateurs de pratique clinique - AVC

2. Délai survenue des symptômes – 1er contact médical dédié pour toute suspicion d'AVC

Délai médian entre la survenue des symptômes et le 1er contact médical dédié pour toute suspicion d'AVC

Numérateur Délai entre l'heure de survenue des symptômes et l'heure du 1^{er} contact médical dédié pour toute suspicion d'AVC.
Le premier contact médical dédié est :

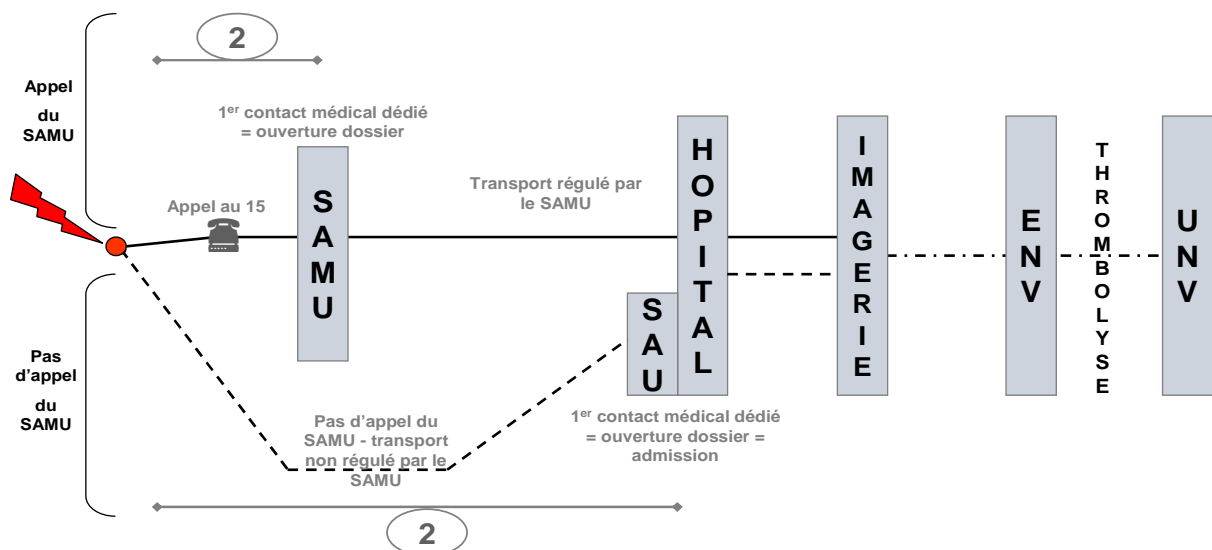
- L'heure de l'appel téléphonique noté dans le dossier lors de l'appel au 15
- L'heure de l'inscription du patient dans le service des urgences lorsque le patient, non régulé par le 15, arrive dans l'établissement de santé.

Dénominateur Pas de dénominateur

Données FPA
Pour être interprétable au niveau d'une zone géographique, cet indicateur doit couvrir les patients prise en charge par le SAMU comme ceux arrivant par les urgences.
Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.

Justification Entrer dans une « filière organisée » améliore la prise en charge et permet de diminuer la mortalité et le handicap. Elle doit être le plus précoce possible pour améliorer l'accès à la thrombolyse pour les patients éligibles et la prise en charge en UNV pour l'ensemble des patients.

Références bibliographiques (2), (3), (4), (5), (6), (a), (b)



3. Délai 1er contact médical dédié/admission – imagerie pour toute suspicion d'AVC

Délai médian entre le premier contact médical dédié/admission et la réalisation de la première imagerie pour toute suspicion d'AVC

Numérateur Délai entre l'heure du premier contact médical dédié/admission et l'heure de réalisation de la première imagerie pour toute suspicion d'AVC
 L'heure du premier contact médical dédié/admission est :

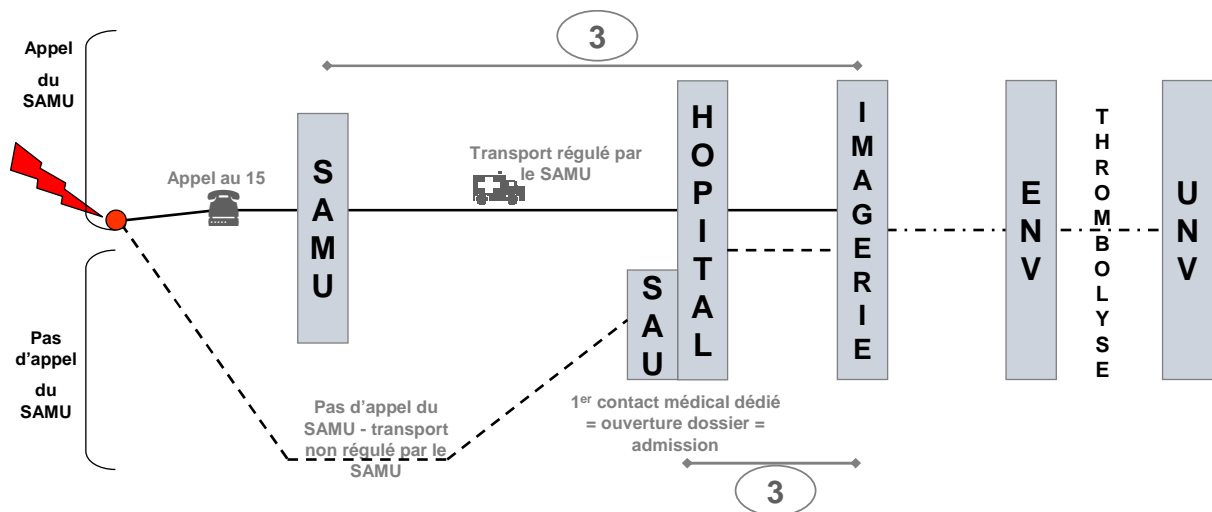
- L'heure de l'appel téléphonique noté dans le dossier lors de l'appel au 15
- L'heure de l'inscription du patient dans le service des urgences lorsque le patient, non régulé par le 15, arrive dans l'établissement de santé.

Dénominateur Pas de dénominateur

Données FPA
 Pour être interprétable au niveau d'une zone géographique, cet indicateur doit couvrir les patients prise en charge par le SAMU comme ceux arrivant par les urgences.
 Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.

Justification La stratégie de prise en charge du patient est conditionnée par l'établissement d'un diagnostic médical en urgence qui est établi par l'association de l'imagerie cérébrale et de l'expertise neuro-vasculaire.

Références bibliographiques : (6), (7), (a), (b)



4. Taux de contact médecin SAMU / SAU avec le médecin UNV pour toute suspicion d'AVC

Taux de patients avec suspicion d'AVC pour lesquels le médecin régulateur du SAMU ou le médecin du SAU a eu un contact avec le médecin de l'UNV de référence dès le début de la prise en charge

Numérateur Nombre de patients avec suspicion d'AVC pour lesquels le médecin régulateur du SAMU ou le médecin du SAU a eu un contact avec le médecin de l'UNV de référence (ou le cas échéant le médecin spécialiste identifié par la filière) dès le début de la prise en charge.

Dénominateur Nombre de patients avec suspicion d'AVC

Données FPA
Pour être interprétable au niveau d'une zone géographique, cet indicateur doit couvrir les patients pris en charge par le SAMU comme ceux arrivant par les urgences.
Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.

Justification Le contact préalable du médecin régulateur du SAMU ou du médecin du SAU avec le médecin de l'UNV de référence permet de proposer au patient le meilleur parcours de soins et notamment une expertise spécialisée immédiate.
La filière de prise en charge des AVC s'organise de façon à favoriser pour tous les patients un accès à une expertise neurovasculaire.

Références bibliographiques (1), (2), (a), (b)

5. Taux de réalisation du score NIHSS pour toute suspicion d'AVC

Taux de patients avec suspicion d'AVC ayant eu une évaluation du score NIHSS au cours de l'examen clinique réalisé par le médecin du SMUR ou du SAU

Numérateur Nombre de patients avec suspicion d'AVC et ayant bénéficié d'une évaluation du score NIHSS au cours de l'examen clinique par un médecin, dans le service des urgences ou par le médecin du SMUR.

Dénominateur Nombre de patients présentant une suspicion d'AVC

Données FPA
Pour être interprétable au niveau d'une zone géographique, cet indicateur doit couvrir les patients pris en charge par le SAMU comme ceux arrivant par les urgences.
Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.

Justification Le score NIHSS est un score de référence permettant d'évaluer la gravité de l'AVC et de suivre l'état du patient dans les premières 48 heures.

Références bibliographiques (1), (2), (5), (a), (b)

6. Taux de réalisation de l'IRM pour toute suspicion d'AVC

Taux de patients avec suspicion d'AVC pour lesquels une IRM a été réalisée en première intention

Numérateur Nombre de patients avec suspicion d'AVC pour lesquels une IRM a été réalisée en première intention (en vue de poser le diagnostic d'AVC).

Critères d'exclusion : Patient ayant eu un scanner en première intention.

Dénominateur Nombre de patients présentant une suspicion d'AVC

Critères d'exclusion : Patient présentant une contre indication à l'IRM ou patient agité.

Données

FPA

Pour être interprétable au niveau d'une zone géographique, cet indicateur doit couvrir les patients prise en charge par le SAMU comme ceux arrivant par les urgences.

Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.

Justification

L'IRM est l'examen d'imagerie le plus performant pour détecter précocement des signes d'ischémie cérébrale. Il convient de la réaliser de façon privilégiée

Cependant la réalisation de l'IRM ne doit pas retarder la prise en charge ce qui pourra dans certains cas faire privilégier le scanner de proximité.

Références bibliographiques

(2), (3), (7), (8), (9), (10), (a), (b)

8. Taux AVC*/AIT* confirmés orientés en UNV

Taux de patients avec un AVC* ou un AIT* confirmé orientés en UNV

Numérateur Nombre de patients présentant un AVC* ou un AIT* confirmé orientés en UNV.

Dénominateur Nombre de patients présentant un AVC* ou un AIT* confirmé.

Données FPA
 Pour être interprétable au niveau d'une zone géographique, cet indicateur doit couvrir les patients pris en charge par le SAMU comme ceux arrivant par les urgences.
 Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.

Justification Les UNV disposent du personnel formé à la prise en charge des AVC (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes) et mettent en œuvre les traitements adaptés aux patients.
 La revue de la littérature a confirmé des réductions significatives de la mortalité, du nombre de patients dépendant et du besoin d'institutionnalisation des patients traités dans une structure spécialisée de type UNV ou équivalent, en comparaison aux patients traités dans des unités conventionnelles.
 Les patients ayant eu un AIT bénéficient également d'une prise en charge dans une structure spécialisée où un bilan peut être réalisé dans les plus brefs délais, permettant ainsi la prévention des récurrences.

Références bibliographiques (1), (2), (5), (6), (10), (11), (12), (a), (b)

* L'AIT est considéré comme un AVC et justifie d'une prise en charge en UNV

* AVC = infarctus ou hémorragie ou thrombophilie cérébrale, sont exclus les hémorragies sous arachnoïdiennes
 HAS Service Programmes Pilotes

9. Délai 1^{er} contact médical dédié/admission – évaluation neuro-vasculaire pour les patients éligibles à la thrombolyse lors du 1^{er} contact médical dédié avec Infarctus Cérébral confirmé

Délai médian entre le premier contact médical dédié/admission et l'évaluation neuro-vasculaire pour les patients éligibles à la thrombolyse lors du 1^{er} contact médical dédié avec Infarctus Cérébral confirmé à l'imagerie

Numérateur

Délai entre l'heure du premier contact médical dédié et l'heure de l'évaluation neuro-vasculaire pour les patients éligibles à la thrombolyse lors du 1^{er} contact médical dédié et présentant un infarctus cérébral à l'imagerie.

L'heure du premier contact médical dédié/admission est :

- L'heure de l'appel téléphonique noté dans le dossier lors de l'appel au 15
- L'heure de l'inscription du patient dans le service des urgences lorsque le patient, non régulé par le 15, arrive dans l'établissement de santé.

Les patients éligibles à la thrombolyse lors du 1^{er} contact médical dédié sont ceux pris en charge dans un délai compatible avec la fenêtre thérapeutique et ne semblant pas présenter de contre indication potentielles.

L'évaluation neuro-vasculaire ciblée dans cet indicateur a lieu après l'imagerie car celle-ci permet de poser le diagnostic et définir la conduite à tenir pour le patient.

Dénominateur

Pas de dénominateur

Données

FPA

Pour être interprétable au niveau d'une zone géographique, cet indicateur doit couvrir les patients pris en charge par le SAMU comme ceux arrivant par les urgences.

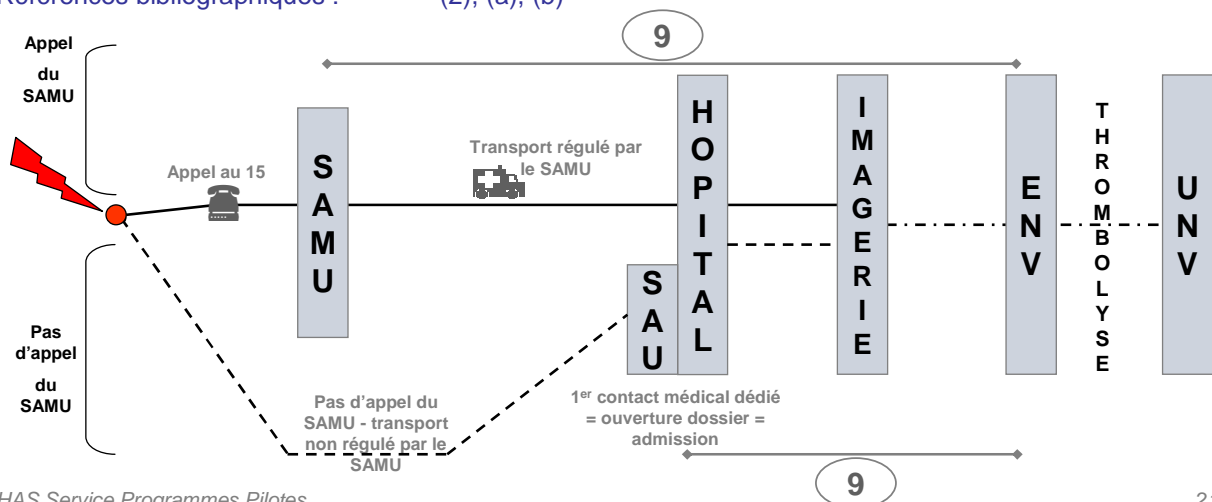
Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.

Justification

La thrombolyse peut être réalisée dans un délai maximum de 4h30 suivant l'AVC. Cependant le temps d'ischémie doit être le plus court possible afin de permettre au patient une meilleure récupération et diminuer ainsi le handicap. La thrombolyse ne peut être réalisée qu'après une expertise neuro-vasculaire confirmant l'éligibilité du patient.

Références bibliographiques :

(2), (a), (b)



10. Taux thrombolyses parmi les patients éligibles à la thrombolyse lors du 1^{er} contact médical dédié et avec un Infarctus Cérébral confirmé

Taux de patients thrombolysés parmi les patients éligibles à la thrombolyse lors du 1^{er} contact médical dédié et avec un Infarctus Cérébral confirmé à l'imagerie

Numérateur Nombre de patients thrombolysés parmi les patients éligibles à la thrombolyse lors du 1^{er} contact médical dédié et avec un infarctus cérébral confirmé à l'imagerie.
Les patients éligibles à la thrombolyse lors du 1^{er} contact médical dédié sont ceux pris en charge dans un délai compatible avec la fenêtre thérapeutique et ne semblant pas présenter de CI potentielles.

Dénominateur Tous les patients présentant une suspicion d'AVC pris en charge dans la filière éligibles à la thrombolyse lors du premier contact médical avec confirmation du diagnostic d'infarctus cérébral.

Données FPA
Pour être interprétable au niveau d'une zone géographique, cet indicateur doit couvrir les patients prise en charge par le SAMU comme ceux arrivant par les urgences.
Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.

Justification La thrombolyse peut être réalisée dans un délai maximum de 4h30 suivant l'infarctus cérébral. Elle améliore le devenir fonctionnel des patients présentant un infarctus cérébral.

Références bibliographiques: (2), (3), (4), (5), (7), (12), (a), (b)

11. Implication dans une filière avec mise en œuvre de protocoles communs et validés au sein de la filière de tout service prenant en charge les suspicions d'AVC et/ou les AVC confirmés

Implication dans une filière avec mise en œuvre de protocoles communs et validés au sein de la filière de tout service prenant en charge les suspicions d'AVC et/ou les AVC* confirmés

Numérateur Service prenant en charge les suspicions d'AVC et/ou les AVC confirmés (SAMU, SAU, imagerie, biologie, neurologie, neurologie vasculaire, gériatrie, médecine, MPR, SSR, HAD) impliqué dans une filière mettant en œuvre des protocoles communs et validés au sein de la filière.

Dénominateur Pas de dénominateur

Données FPA, SSR, HAD
Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.

Justification La prise en charge des patients dans une filière/organisation structurée par des protocoles/procédures favorise pour tous les patients l'application des bonnes pratiques telles que définies par les professionnels à partir des recommandations lorsqu'elles sont disponibles.
L'échange d'informations entre les différents services impliqués dans la filière est nécessaire à la coordination de la prise en charge des AVC.

Références bibliographiques (1), (2), (5), (10), (11), (a), (b)

* AVC = infarctus ou hémorragie ou thrombophilie cérébrale, sont exclus les hémorragies sous arachnoïdiennes
HAS Service Programmes Pilotes

12. Taux de prescription appropriée d'aspirine

Taux de patient ayant eu une prescription appropriée d'aspirine dès la confirmation du diagnostic d'Infarctus Cérébral

Numérateur	<p>Nombre de patients pris en charge dans la filière pour Infarctus Cérébral pour lesquels la prescription d'aspirine est jugée appropriée dès la confirmation du diagnostic. Les non prescriptions d'aspirine sont justifiées dans le dossier. <u>Critères d'exclusion</u> : allergie à l'aspirine, hématome cérébral et hémorragie sous arachnoïdienne</p>
Dénominateur	<p>Nombre de patients pris en charge dans la filière pour Infarctus Cérébral</p>
Données	<p>SA Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.</p>
Justification	<p>L'administration appropriée d'Aspirine après un Infarctus Cérébral ou un AIT diminue les risques de récurrences précoces et tardives après un AVC.</p>
Références bibliographiques	<p>(1), (2), (4), (5), (7), (10), (12), (13), (14), (15), (a), (b)</p>

13. Taux d'évaluation, de bilan diagnostic et de prise en charge en rééducation/réadaptation

Taux de consultation pour évaluation, bilan diagnostic et prise en charge en rééducation/réadaptation par les professionnels de la rééducation dans le service d'aiguë

Numérateur	<p>Nombre de patients hospitalisés dans un service d'aigu pour AVC* pour lesquels une consultation pour évaluation des besoins, pose du bilan diagnostic et prise en charge en rééducation a été réalisée par les professionnels de la rééducation.</p> <p>Cette consultation est réalisée au mieux initialement par un médecin MPR et par des professionnels para médicaux (masseur kinésithérapeute et/ou orthophoniste et/ou ergothérapeute et/ou orthoptiste) en fonction des besoins des patients.</p>
Dénominateur	<p>Nombre de patients hospitalisés pour AVC*</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : Patient ayant eu un déficit totalement régressif.</p>
Données	<p>SA</p> <p>Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.</p>
Justification	<p>La rééducation précoce à la phase aigue des AVC améliore le pronostic des patients. La mise en œuvre d'une rééducation adaptée nécessite une évaluation des besoins des patients et la réalisation d'un bilan diagnostic par les médecins et les professionnels para médicaux de la rééducation.</p>
Références bibliographiques	(1), (5), (6), (7), (11), (12), (13), (14), (16), (17), (a), (b)

* AVC = infarctus ou hématome ou thrombophlébite cérébral, sont exclus les hémorragies sous arachnoïdiennes

14. Délai de consultation pour évaluation, bilan diagnostic et prise en charge en rééducation/réadaptation

Délai médian de consultation pour évaluation, bilan diagnostic et prise en charge en rééducation/réadaptation par les professionnels de la rééducation dans le service d'aiguë

Numérateur	<p>Délai entre le premier jour de prise en charge en hospitalisation dans un service d'aiguë (y compris la réanimation) et la consultation pour évaluation des besoins, pose du bilan diagnostic et prise en charge en rééducation du patient avec AVC*.</p> <p>Cette consultation est réalisée au mieux initialement par un médecin MPR et par des professionnels para médicaux (masseur kinésithérapeute et/ou orthophoniste et/ou ergothérapeute et/ou orthoptiste) en fonction des besoins du patient.</p>
Dénominateur	Pas de dénominateur
Données	<p>SA</p> <p>Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.</p>
Justification	<p>La rééducation précoce à la phase aiguë de l'AVC améliore le pronostic des patients. Elle doit être débutée très rapidement et adaptée aux besoins du patient, ce qui peut nécessiter l'intervention de différents professionnels de la rééducation.</p>
Références bibliographiques	(1), (5), (6), (7), (11), (12), (13), (14), (16), (17), (a), (b)

* AVC = infarctus ou hémorragie cérébrale, sont exclus les hémorragies sous arachnoïdiennes
HAS Service Programmes Pilotes

15. Taux d'explorations fonctionnelles complémentaires dans les 7 jours pour tout AVC

Taux de patient avec AVC pour lesquels des explorations fonctionnelles complémentaires ont été réalisées dans les 7 jours

Numérateur	Nombre de patients avec AVC* pour lesquels des explorations fonctionnelles complémentaires (au minimum : ECG, échographie cardiaque, exploration des vaisseaux) ont été réalisées dans les 7 jours suivant l'AVC.
Dénominateur	Nombre de patients avec AVC*
Données	SA Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	La recherche des facteurs de risque pour bilan étiologique et la prévention des récurrences d'AVC est réalisée de façon systématique. Le bilan cardiologique est effectué chez ces patients aux facteurs de risques communs entre l'infarctus cérébral et du myocarde. Certains examens doivent être réalisés en urgence, et la totalité des examens permettant de retrouver l'étiologie de l'AVC doit avoir été réalisé durant la prise en charge aiguë de l'AVC.
Références bibliographiques	(1), (4), (5), (13), (15), (18), (a), (b)

* AVC = infarctus ou hémorragie ou thrombophilie cérébrale, sont exclus les hémorragies sous arachnoïdiennes
HAS Service Programmes Pilotes

17. Taux de pneumopathie d'inhalation (*alerte clinique*)

Taux de patient avec AVC présentant une pneumopathie d'inhalation
au cours de prise en charge en service d'aigu

Numérateur	Nombre de patients avec AVC* présentant une pneumopathie d'inhalation au cours de prise en charge en service d'aigu.
------------	--

Dénominateur	Nombre de patients avec AVC*
--------------	------------------------------

Données	SA Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
---------	--

Justification	Les troubles de la déglutition sont fréquents en post AVC et responsables de pneumopathies d'inhalation dont la prévention passe par un dépistage systématique avant toute alimentation. Lorsque le patient présente des troubles de la déglutition une prévention des pneumopathies doit être mise en œuvre immédiatement.
---------------	--

Références bibliographiques	(1), (4), (6), (12), (13), (15), (17), (21), (a), (b)
-----------------------------	---

* AVC = infarctus ou hémorragie ou thrombophtérite cérébrale, sont exclus les hémorragies sous arachnoïdiennes
HAS Service Programmes Pilotes

19. Délai d'exploration des vaisseaux du cou pour les AIT de moins de 48h

Délai d'exploration des vaisseaux du cou pour les AIT datant de moins de 48 heures lors de leur entrée dans la filière

Numérateur Délai entre date et heure de prise en charge dans la filière pour tout patient ayant fait un AIT moins de 48 heures avant son entrée dans la filière, et date et heure de réalisation du premier examen d'exploration des vaisseaux du cou (angio scanner, IRM ou écho doppler).

Dénominateur Pas de dénominateur

Données SA
Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.

Justification 30% des infarctus cérébraux ont fait un AIT dans le mois précédent. Le risque maximal d'infarctus cérébral suite à un AIT est durant les 24 premières heures et justifie l'exploration des vaisseaux du cou en urgence afin de mettre en œuvre un traitement préventif, voire une chirurgie carotidienne, le plus rapidement possible.
Les études récentes montrent que les explorations (parenchyme et vaisseaux) faites dans les 4 premières heures suivant l'admission et le traitement permettent de réduire le nombre d'Infarctus Cérébraux.

Références bibliographiques (1), (22), (23), (24), (25), (a), (b)

20. Taux de projets de soins établis en concertation par équipe, patient, entourage

Taux de patient post AVC pour lesquels le projet de soins a été établi dans le service d'aigu par l'équipe, le patient et son entourage

Numérateur	Nombre de patients post AVC* pour lesquels le projet de soins a été élaboré entre les membres de l'équipe (médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, orthoptiste, assistant social), le patient et son entourage au cours de la phase aiguë.
Dénominateur	Nombre de patients post AVC*
Données	SA Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	La qualité de sortie du patient de la structure d'hospitalisation en phase aiguë est liée à l'évaluation au préalable du projet de soins en tenant compte du pronostic potentiel. Une telle démarche doit tenir compte de l'extrême variabilité de capacité de récupération des patients et doit adapter le projet thérapeutique au plus près du patient. La participation des proches est un élément fondamental à l'adhésion au projet thérapeutique.
Références bibliographiques	(1), (4), (5), (12), (15), (16), (17), (19), (21), (a), (b)

* AVC = infarctus ou hémorragie ou thrombophilie cérébrale, sont exclus les hémorragies sous arachnoïdiennes
HAS Service Programmes Pilotes

21. Taux de proposition d'orientation par évaluation médicale du pronostic et des besoins

Taux de patient post AVC pour lesquels la proposition d'orientation à la sortie du service d'aigu a été fondée sur l'évaluation médicale du pronostic et des besoins de rééducation

Numérateur	Nombre de patients post AVC* pour lesquels la proposition d'orientation à la sortie du service d'aigu a été fondée sur l'évaluation médicale du pronostic et des besoins de rééducation afin d'envisager les suites de la prise en charge. Cette évaluation doit être réalisée au mieux par un médecin MPR en son absence par un gériatre ou un neurologue.
Dénominateur	Nombre de patients post AVC*
Données	SA Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire, ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	L'orientation proposée doit permettre au patient de bénéficier de la rééducation la plus adaptée à ses besoins. Elle dépend également des capacités du patient à suivre cette rééducation et de son potentiel de récupération.
Références bibliographiques	(1), (4), (5), (6), (12), (16), (17), (19), (21), (26), (a), (b)

* AVC = infarctus ou hématorne ou thrombophlébite cérébral, sont exclus les hémorragies sous arachnoïdiennes
HAS Service Programmes Pilotes

22. Taux de patients orientés selon la proposition d'orientation optimale

Taux de patient post AVC orientés selon la proposition d'orientation optimale

Numérateur	<p>Nombre de patients post AVC* pour lesquels la structure de prise en charge en phase post aiguë correspond à la proposition d'orientation optimale.</p> <p>Cette proposition est fondée sur l'évaluation médicale du pronostic et des besoins de rééducation réalisée avant la sortie du service d'aigu.</p>
Dénominateur	Nombre de patients post AVC*
Données	<p>SA</p> <p>Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.</p>
Justification	L'évaluation du pronostic et des besoins de rééducation permet de définir l'orientation appropriée du patient dans le cadre de son projet de soins mais peut parfois être contrainte par les disponibilités de places ou l'absence de structuration de soins ambulatoires.
Références bibliographiques	(6), (10), (16), (19), (26), (a), (b)

* AVC = infarctus ou hémorragie intracérébrale, sont exclus les hémorragies sous arachnoïdiennes
HAS Service Programmes Pilotes

23. Délai entre la décision d'orientation et le transfert

Délai médian entre la décision d'orientation et le transfert dans la structure post aiguë pour les patients post AVC

Numérateur	Délai entre la date à laquelle la décision d'orientation est prise (1 ^{ère} demande dans une structure post aiguë) et la date effective du transfert dans la structure post aiguë pour les patients post AVC.
------------	--

Dénominateur	Pas de dénominateur
--------------	---------------------

Données	SA Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
---------	--

Justification	L'orientation des patients en post AVC peut parfois être contrainte par la disponibilité de places ou l'absence de structuration de soins ambulatoires et génère ainsi des délais de sortie plus long des structures d'aiguë.
---------------	---

Références bibliographiques	(a), (b)
-----------------------------	----------

24. Taux de projets de vie établis avec expertise du lieu de vie si sortie directe au domicile

Taux de patient post AVC pour lesquels le projet de vie a été établi avec expertise du lieu de vie si sortie directe au domicile

Numérateur	Nombre de patients post AVC*, sortant du service d'aigu directement au domicile, pour lesquels le projet de vie a été établi avec expertise du lieu de vie. Cette expertise peut être réalisée par un questionnement des proches.
Dénominateur	Nombre de patients post AVC*
Données	SA Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	Le projet de vie permet au patient et à son entourage d'envisager le retour au domicile et éventuellement de mettre en place les aménagements nécessaires. Il est donc particulièrement important de l'élaborer précocement lorsque le patient rentre directement au domicile après la phase aiguë sans passer en SSR. L'expertise du lieu de vie est nécessaire pour établir le projet de vie, au mieux elle pourra être réalisée par une visite au domicile d'un professionnel, ergothérapeute si possible. Lorsque cette visite n'est pas possible un questionnement de l'entourage sur le lieu de vie est nécessaire.
Références bibliographiques	(1), (4), (5), (12), (15), (16), (17), (19), (21), (26), (27), (a), (b)

* AVC = infarctus ou hémorragie ou thrombophlébite cérébrale, sont exclus les hémorragies sous arachnoïdiennes
HAS Service Programmes Pilotes

25. Taux de contacts établis entre l'établissement de santé et les professionnels libéraux si sortie directe au domicile

Taux de patient pour lesquels un contact a été établi entre l'établissement de santé et les professionnels libéraux définis dans le projet de soins si sortie directe au domicile

Numérateur	Nombre de patients post AVC*, sortant du service d'aigu directement au domicile, pour lesquels un contact a été établi avant la sortie entre l'établissement de santé et les professionnels libéraux (médecin généraliste et/ou masseur kinésithérapeute et/ou orthophoniste et/ou infirmier et/ou diététicien et/ou ergothérapeute et/ou orthoptiste), nécessaire à la mise en œuvre du projet de soins.
Dénominateur	Nombre de patients post AVC*
Données	SA MG : première consultation par le médecin généraliste après la sortie de l'établissement de santé (service d'aigu ou SSR) PPM : Professionnels para médicaux intervenant dans la prise en charge du patient (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, infirmier, diététicien, ergothérapeute, orthoptiste) lors du premier contact suivant la sortie du service d'aigu ou du SSR. Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	La continuité des soins doit pouvoir se coordonner avec les professionnels libéraux intervenant auprès du patient et particulièrement dans le cadre d'une sortie directe de l'hospitalisation aiguë vers le domicile. La prise en charge des patients à la sortie peut être assurée via un réseau de santé ville hôpital.
Références bibliographiques	(1), (4), (15), (a), (b)

* AVC = infarctus ou hématome ou thrombophlébite cérébral, sont exclus les hémorragies sous arachnoïdiennes

26. Taux de traitement approprié y compris des facteurs de risque

Taux de patient post AVC avec une prescription appropriée à la sortie du service d'aiguë y compris le traitement des facteurs de risque

Numérateur	Nombre de patients post AVC* ayant une prescription appropriée à la sortie du service d'aiguë y compris le traitement des facteurs de risque.
Dénominateur	Nombre de patients post AVC*
Données	SA Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	La stratégie thérapeutique dans les suites de l'AVC a pour objectif de prévenir les récurrences Sauf contre indication ou refus du patient notifiés dans le dossier cette prescription doit comporter pour tous les patients ayant eu un infarctus cérébral : <ul style="list-style-type: none"> • traitement de réduction tensionnelle l'objectif étant que la pression artérielle soit < 140/90 mm Hg, 130/80 pour les patients diabétiques ou ayant une insuffisance rénale, elle est à moduler pour les patients ayant une sténose ≥ 70% ou une occlusion d'artère cervicale ou intracrânienne. • antithrombotiques • et dans certaines indications des Anticoagulant.
Références bibliographiques	(4), (5), (13), (18), (a), (b)

* AVC = infarctus ou hémorragie ou thrombophilie cérébrale, sont exclus les hémorragies sous arachnoïdiennes
HAS Service Programmes Pilotes

27. Taux de courrier de sortie précisant les coordonnées du référent de la filière

Taux de patient post AVC pour lesquels un courrier de sortie précise les coordonnées du référent de la filière

Numérateur	Nombre de patients post AVC* pour lesquels le courrier de sortie du service d'aigu précise les coordonnées téléphoniques du professionnel référent de la filière pour le patient.
Dénominateur	Nombre de patients post AVC*
Données	<p>SA</p> <p>MG : première consultation par le médecin généraliste après la sortie de l'établissement de santé (service d'aigu ou SSR)</p> <p>PPM : Professionnels para médicaux intervenant dans la prise en charge du patient (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, infirmier, diététicien, ergothérapeute, orthoptiste) lors du premier contact suivant la sortie du service d'aigu ou du SSR.</p> <p>Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.</p>
Justification	Le courrier de sortie a pour objectif de favoriser la continuité de la prise en charge. La nomination pour chaque patient d'un professionnel référent de filière constitue un recours possible après le retour au domicile pour les professionnels intervenant auprès du patient ainsi que pour l'entourage et le patient lui-même.
Références bibliographiques	(4), (6), (15), (16), (21), (a), (b)

* AVC = infarctus ou hémorragie ou thrombophlébite cérébrale, sont exclus les hémorragies sous arachnoïdiennes
HAS Service Programmes Pilotes

28. Taux de formation en SSR ou HAD patient et entourage au suivi du traitement

Taux de patient post AVC et de leur entourage ayant bénéficié en SSR ou HAD d'une formation au suivi du traitement médicamenteux et de la rééducation

Numérateur	Nombre de patients post AVC* et de leur entourage ayant bénéficié en SSR ou HAD d'une formation au suivi du traitement médicamenteux et de la rééducation.
Dénominateur	Nombre de patients post AVC*
Données	SSR, HAD Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	La prévention des récives est un point essentiel de la prise en charge du post AVC. La formation du patient et de ses proches au suivi du traitement médicamenteux améliore l'adhésion, limite les récives et permet une détection précoces des complications. Le traitement de rééducation est fondamental pour limiter le handicap et favoriser le retour à l'autonomie.
Références bibliographiques	(1), (5), (16), (19), (26), (28), (a), (b)

* AVC = infarctus ou hémorragie ou thrombophlébite cérébrale, sont exclus les hémorragies sous arachnoïdiennes
HAS Service Programmes Pilotes

29. Taux de projet de soins et de projet de vie adaptés aux déficiences dont les fonctions cognitives, activité, participation

Taux de patient post AVC pour lesquels le projet de soins et le projet de vie ont été adaptés à partir de l'évaluation des déficiences dont les fonctions cognitives, de l'activité et de la participation

Numérateur	Nombre de patients post AVC* pour lesquels le projet de soins et le projet de vie initiaux ont été adaptés en tenant compte des déficiences dont les fonctions cognitives, de l'activité et de la participation. Cette évaluation est réalisée avant la sortie du patient de SSR ou d'HAD par les membres de l'équipe (médecins, infirmiers, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, orthoptiste, assistant social), le patient et son entourage.
Dénominateur	Nombre de patients post AVC*
Données	SSR, HAD Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	L'hétérogénéité de la réponse des patients au projet thérapeutique nécessite une réadaptation périodique du projet de soins et de vie afin de s'adapter aux besoins du patient.
Références bibliographiques	(6), (12), (16), (17), (26), (27), (28), (a), (b)

* AVC = infarctus ou hémorragie ou thrombophlébite cérébrale, sont exclus les hémorragies sous arachnoïdiennes
HAS Service Programmes Pilotes

31. Taux de mesure de la pression artérielle

Taux de patient en post AVC pour lesquels la pression artérielle est mesurée au cours de la consultation

Numérateur	Nombre de patients en post AVC pour lesquels la pression artérielle est mesurée au cours de la consultation et notée dans le dossier patient.
Dénominateur	Nombre de patients en post AVC vus par leur médecin traitant après leur sortie de service d'aigu, du SSR ou de l'HAD
Données	MG : première consultation par le médecin généraliste après la sortie de l'établissement de santé (service d'aigu, SSR, HAD) Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	La pression artérielle doit être contrôlée régulièrement notamment par l'auto mesure voire la MAPA. Les valeurs élevées de pression artérielle doivent être diminuées en modifiant les habitudes hygiéno-diététiques et à l'aide de traitements pharmacologiques adaptés pour chaque patient. La baisse des valeurs de pression artérielle peut être envisagée chez les patients normo-tendus.
Références bibliographiques	(1), (18), (19), (a), (b)

32. Taux d'évaluation de l'adhésion et de la tolérance au traitement en suivi post AVC

Taux de patient en post AVC pour lesquels les éléments d'adhésion et de tolérance au traitement (médicamenteux et de rééducation) sont notés dans le dossier patient.

Numérateur Nombre de patients en post AVC pour lesquels les éléments d'adhésion et de tolérance au traitement (médicamenteux et de rééducation) sont notés dans le dossier patient.
Cette information est recherchée par le médecin traitant et peut être recherchée également par les professionnels para médicaux intervenants auprès du patient.

Dénominateur Nombre de patients en post AVC vus par leur médecin traitant ou un professionnel para médical après leur sortie de service d'aigu ou du SSR.

Données MG : première consultation par le médecin généraliste après la sortie de l'établissement de santé (service d'aigu ou SSR)
PPM : Professionnels para médicaux intervenant dans la prise en charge du patient (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, infirmier, ergothérapeute, diététicien) durant les 3 premiers mois suivant la sortie du service d'aigu ou du SSR.
Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.

Justification La prévention des récurrences est un point essentiel de la prise en charge du post AVC, les traitements médicamenteux donnés en post AVC ont principalement cette fonction. Une bonne adhésion du traitement limite les récurrences et permet une détection précoce des complications. Le traitement de rééducation est fondamental pour limiter le handicap et favoriser le retour à l'autonomie.

Références bibliographiques (19), (29), (30), (31), (32), (a), (b)

33. Taux de suivi de l'exposition au tabac

Taux de patients en post AVC pour lesquels l'exposition au tabac est recherchée

Numérateur	Nombre de patients en post AVC pour lesquels l'exposition au tabac (tabagisme actif et/ou passif) est notée dans le dossier patient. Cette information est recherchée par le médecin traitant et peut être recherchée également par les professionnels para médicaux intervenants auprès du patient.
Dénominateur	Nombre de patients en post AVC vus par leur médecin traitant ou un professionnel para médical après leur sortie de service d'aigu ou du SSR.
Données	MG : première consultation par le médecin généraliste après la sortie de l'établissement de santé (service d'aigu ou SSR) PPM : Professionnels para médicaux intervenant dans la prise en charge du patient (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, infirmier, diététicien, ergothérapeute) durant les 3 premiers mois suivant la sortie du service d'aigu ou du SSR. Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	L'arrêt du tabac diminue le risque de récurrence d'AVC et la mortalité. Il est essentiel lors du suivi de s'assurer auprès du patient de la permanence de l'arrêt du tabac actif et/ou passif. Les patients encore tabagiques seront motivés à arrêter ou à diminuer leur consommation de tabac et un accompagnement leur sera proposé.
Références bibliographiques	(29), (32), (33), (34), (35), (36), (37), (38), (39), (40), (a), (b)

Indicateur de résultat associé :

Taux de patients tabagiques ayant arrêté de fumer un an après un AVC

34. Taux de réalisation d'un bilan lipidique et glucidique

Taux de patients en post AVC ayant eu un contrôle du LDL-Cholestérol et de glycémie à jeun (ou de l'hémoglobine glyquée -HBA1C- pour les patients diabétiques)

Numérateur Nombre de patients en post AVC dont le dosage de LDL-Cholestérol et de glycémie à jeun (ou hémoglobine glyquée pour les patients diabétiques) réalisé 3 à 6 mois après leur sortie est retrouvé dans le dossier patient.

Dénominateur Nombre de patients vus par leur médecin traitant au cours de la période de 3 à 6 mois après la sortie de l'établissement de santé (service d'aigu ou SSR)

Données MG : consultations par le médecin généraliste au cours de la période des 3 à 6 mois après la sortie de l'établissement de santé (service d'aigu ou SSR)
Neurologue : consultation par le neurologue au cours de la première année
Cardiologue : consultation par le cardiologue au cours de la première année
Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.

Justification Les patients victimes d'un infarctus cérébral ou un AIT non cardio-embolique bénéficiant d'un traitement par statine si leur LDL-cholestérol est ≥ 1 g/l. Il importe chez ces patients de contrôler les facteurs de risques métaboliques (taux de LDL-Cholestérol < 1 g/l et suivi de l'hémoglobine glyquée chez le diabétique) et de dépister un éventuel diabète. Les patients diabétiques ou coronariens victimes d'AVC seront traités quel que soit leur taux de LDL cholestérol.

Références bibliographiques (30), (31), (33), (a), (b)

Indicateurs de résultat associé :

Taux de patients avec bilan lipidique conforme aux recommandations un an après un AVC

Taux de patients avec bilan glucidique conforme aux recommandations un an après un AVC

35. Taux de suivi d'une alimentation équilibrée et pauvre en sel

Taux de patients en post AVC pour lesquels est assuré le suivi d'une alimentation équilibrée et pauvre en sel

Numérateur	<p>Nombre de patients en post AVC pour lesquels le suivi d'une alimentation équilibrée, y compris la consommation d'alcool, et pauvre en sel est noté dans le dossier patient.</p> <p>Cette information est recherchée par le médecin traitant et peut être recherchée également par les professionnels para médicaux intervenants auprès du patient</p>
Dénominateur	<p>Nombre de patients en post AVC vus par leur médecin traitant ou un professionnel para médical au cours de la période de 3 à 6 mois après la sortie de l'établissement de santé (service d'aigu ou SSR)</p>
Données	<p>MG : consultations par le médecin généraliste au cours de la période des 3 à 6 mois après la sortie de l'établissement de santé (service d'aigu ou SSR))</p> <p>PPM : Professionnels para médicaux intervenant dans la prise en charge du patient (diététicien, infirmier, masseur kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) au cours de la période de 3 à 6 mois après la sortie de l'établissement de santé (service d'aigu ou SSR)</p> <p>Neurologue : consultation par le neurologue au cours de la première année</p> <p>Cardiologue : consultation par le cardiologue au cours de la première année</p> <p>Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.</p>
Justification	<p>Le suivi des règles hygiéno-diététiques (régime alimentaire, arrêt du tabac et activité physique) diminue le risque de récurrence d'AVC et de mortalité.</p> <p>Les modifications du régime alimentaire comprennent : une limitation de l'apport en acides gras saturés, une augmentation de la consommation en acides gras poly-insaturés oméga 3, une augmentation de la consommation de fibres et de micronutriments naturels, une limitation du cholestérol alimentaire. La consommation d'alcool ne doit pas dépasser 3 verres de vin/jour chez l'homme et 2 verres/jour chez la femme. Une diminution de la consommation en sel est également recommandée.</p>
Références bibliographiques	(19), (30), (31), (33), (37), (40), (a), (b)

Indicateurs de résultat associé :

Taux de patients ayant une alimentation équilibrée et pauvre en sel un an après un AVC

36. Taux de suivi du poids - périmètre abdominal

Taux de patient en post AVC pour lesquels le suivi du poids – périmètre abdominal est assuré

Numérateur	<p>Nombre de patients en post AVC pesés et/ou périmètre abdominal mesuré à chaque consultation et dont le poids et/ou le périmètre abdominal (patient impossible à peser) est noté dans le dossier patient.</p> <p>Cette information est recherchée par le médecin traitant et peut être recherchée également par les professionnels para médicaux intervenants auprès du patient</p>
Dénominateur	<p>Nombre de patients en post AVC vus par leur médecin traitant ou un professionnel para médical au cours de la période de 3 à 6 mois après la sortie de l'établissement de santé (service d'aigu ou SSR)</p>
Données	<p>MG : consultations par le médecin généraliste au cours de la période des 3 à 6 mois après la sortie de l'établissement de santé (service d'aigu ou SSR)</p> <p>PPM : Professionnels para médicaux intervenant dans la prise en charge du patient (diététicien, infirmier, masseur kinésithérapeute) au cours de la période de 3 à 6 mois après la sortie de l'établissement de santé (service d'aigu ou SSR)</p> <p>Neurologue : consultation par le neurologue au cours de la première année</p> <p>Cardiologue : consultation par le cardiologue au cours de la première année</p> <p>Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.</p>
Justification	<p>Les patients victimes d'AVC peuvent être exposés à une prise de poids du fait de leur handicap éventuel ou d'une diminution de leur activité physique. Une réduction des apports alimentaires et une augmentation de l'activité physique doivent être envisagés et particulièrement pour ceux ayant une obésité abdominale.</p>
Références bibliographiques	(33), (a), (b)

37. Taux de traitement approprié par aspirine à un an

Taux de patients en post Infarctus Cérébral ou Accident Ischémique Transitoire avec prescription médicale appropriée* d'aspirine un an après la sortie de l'hôpital

Numérateur	<p>Nombre de patients post Infarctus Cérébral ou Accident Ischémique Transitoire à 1 an après la sortie de l'hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> • avec prescription et indication d'aspirine • sans prescription d'aspirine, avec contre-indication (notée dans le dossier patient) ou refus du patient • sans prescription d'aspirine, en l'absence d'indication
Dénominateur	Nombre de patients vivants à 1 an post Infarctus Cérébral ou Accident Ischémique Transitoire
Données	<p>MG : consultations par le médecin généraliste au cours de la première année post AVC Neurologue : consultation par le neurologue au cours de la première année Cardiologue : consultation par le cardiologue au cours de la première année</p> <p>Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.</p>
Justification	<p>Après un Infarctus Cérébral ou un Accident Ischémique Transitoire lié à l'athérosclérose, à la maladie des petites artères ou d'origine indéterminée, un traitement par aspirine est indiqué en prévention des récurrences d'Infarctus Cérébral, d'Infarctus du Myocarde ou de décès de cause vasculaire. Chez les patients allergiques à l'aspirine le clopidogrel est indiqué.</p> <p>Les patients présentant une fibrillation auriculaire et ayant une contre indication aux anti coagulants oraux, doivent recevoir un traitement par aspirine.</p>
Références bibliographiques	(19), (30), (31), (33), (40), (41), (a), (b)

* La prescription «appropriée» correspond à une prescription en cas d'indication, et à une absence de prescription en cas de contre-indication ou d'absence d'indication

38. Taux de traitement approprié par statines à un an

Taux de patients en post Infarctus Cérébral ou Accident Ischémique Transitoire avec prescription médicale appropriée* de statines un an après la sortie de l'hôpital

Numérateur	<p>Nombre de patients en post Infarctus Cérébral ou Accident Ischémique Transitoire 1 an après la sortie de l'hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> avec prescription comportant une statine sans prescription de statine mais avec contre-indication notée dans le dossier patient ou suite au refus du patient
Dénominateur	Nombre de patients vivants à un an post Infarctus Cérébral ou Accident Ischémique Transitoire
Données	<p>MG : consultations par le médecin généraliste au cours de la première année post AVC Neurologue : consultation par le neurologue au cours de la première année Cardiologue : consultation par le cardiologue au cours de la première année</p> <p>Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.</p>
Justification	<p>Les patients victimes d'un Infarctus Cérébral ou d'un Accident Ischémique Transitoire non cardio-embolique bénéficient d'un traitement par statines si leur LDL-cholestérol est ≥ 1g/l. Il importe chez les patients de contrôler les facteurs de risque métaboliques (taux de LDL-Cholestérol < 1 g/l et suivi de l'hémoglobine glyquée chez le diabétique) et de dépister un éventuel diabète. Les patients diabétiques ou coronariens victimes d'AVC seront traités quel que soit leur taux de LDL cholestérol.</p>
Références bibliographiques	(19), (30), (31), (33), (37), (40), (42), (43), (a), (b)

* La prescription «appropriée» correspond à une prescription en cas d'indication, et à une absence de prescription en cas de contre-indication ou d'absence d'indication

39. Taux de consultation avec un neurologue la 1^{ère} année post AVC

Taux de patient ayant consulté un neurologue durant la 1^{ère} année post AVC

Numérateur Nombre de patients en post AVC ayant bénéficié d'une consultation avec un neurologue durant la 1^{ère} année post AVC.

Dénominateur Nombre de patients vivant un an après un AVC

Données MG : consultations par le médecin généraliste au cours de la première année post AVC
 Neurologue : consultation par le neurologue au cours de la première année
 Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.

Justification Il est recommandé d'assurer un suivi médical par un médecin neurologue pendant les premières années après l'AVC. En fonction de l'étiologie de l'AVC, le neurologue détermine la stratégie de prévention secondaire la plus adaptée à chaque patient. Dans ce cadre, une consultation est recommandée à 3 mois puis tous les 6 mois à 1 an après la sortie du patient. Le neurologue assure par ailleurs la prise en charge des complications neurologiques (récidive, épilepsie, démence), dès l'alerte donnée par le médecin traitant.

Références bibliographiques (28), (30), (a), (b)

Indicateurs de pratique clinique - AVC

Références bibliographiques

- (1) European Stroke Organization. Recommandations 2008 pour la prise en charge des infarctus cérébraux et des accidents ischémiques transitoires 2008. <http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_French.pdf> [consulté le 20-5-2008].
- (2) Haute Autorité de santé. Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.
- (3) European Stroke Organization. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. Update 2009 2009. <http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO%20Guidelines_update_Jan_2009.pdf> [consulté le 6-4-2010].
- (4) Canadian Stroke Quality of Care Study, Bailey M, Lindsay P, Teasell R. Canadian Stroke Quality of Care Study: quality indicators for stroke rehabilitation (in collaboration with SCORE). Toronto: Canadian Stroke Network; Ontario Ministry of Health and Long-Term Care; 2006.
- (5) American Stroke Association. Program capacity assessment criteria 2006. <<http://www.strokeassociation.org/presenter.jhtml?identifier=3039759>> [consulté le 6-4-2010].
- (6) National Stroke Foundation. National stroke audit clinical report acute services 2007. <<http://www.strokefoundation.com.au/news/welcome/national-stroke-audit-clinical-report-acute-services>> [consulté le 6-12-2007].
- (7) Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Projet COMPAQH. Pratique clinique : prise en charge hospitalière initiale de l'accident vasculaire cérébral 2008. <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/?p=indicateurs_fiche&id=29> [consulté le 6-4-2010].
- (8) Köhrmann M, Jüttler E, Fiebach JB, Huttner HB, Siebert S, Schwark C, *et al.* MRI versus CT-based thrombolysis treatment within and beyond the 3 h time window after stroke onset: a cohort study. *Lancet Neurol* 2006;5(8):661-7.
- (9) Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. *Lancet* 2004;363(9411):768-74.
- (10) La stratégie canadienne de l'AVC. Manuel sur la mesure du rendement. Supplément aux Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC de la Stratégie canadienne de l'AVC (Mise à jour de 2008) 2008. <<http://www.canadianstrokestrategy.ca/eng/researchtools/documents/CSS%20Performance%20Manual%202008%20final.pdf>> [consulté le 6-4-2010].
- (11) Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; Issue 4.
- (12) Royal College of Physicians of London. National sentinel stroke audit phase II (clinical audit) 2008. Report for England, Wales and Northern Ireland. London: RCP; 2009.
- (13) National Institute for Health and Clinical Excellence. Stroke. Diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA). NICE clinical guideline 68. London: NICE; 2008.
- (14) Mainz J, Krog BR, Bjornshave B, Bartels P. Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project. *Int J Qual Health Care* 2004;16(Suppl 1):i45-i50.
- (15) Haute Autorité de santé. Prise en charge médicale dans une unité de soins. Critères d'évaluation des pratiques 2005. <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_432079/accident-vasculaire-cerebral-avc-prise-en-charge-medicale-dans-une-unite-de-soins> [consulté le 6-4-2010].
- (16) NHS Grampian, NHSG Stroke MCN Discharge Group. NHSG stroke discharge process 2007. <<http://www.nhsgstroke.mcn.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2007/08/stroke-discharge-process-actual-one.pdf>> [consulté le 6-4-2010]. NHSG Stroke Discharge Process. Novembre 2007
- (17) The Chartered Society of Physiotherapy, Royal College of Physicians. Profession specific stroke audit physiotherapy clinical audit. Version 2 2007. <http://www.csp.org.uk/uploads/documents/PSA_PT_Clinical_Audit_28_jan_2008.pdf> [consulté le 6-4-2010].
- (18) Haute Autorité de santé. Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire. Séries de critères de qualité pour l'évaluation et

- l'amélioration des pratiques professionnelles. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.
- (19) National Stroke Foundation. National stroke audit post acute services report 2008. Melbourne: NSF; 2008.
- (20) National Institute of Neurological Disorders, Stroke-Canadian Stroke Network, Hachinski V, Iadecola C, Petersen RC, Breteler MM, *et al.* National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian Stroke Network vascular cognitive impairment harmonization standards. *Stroke* 2006;37(9):2220-41.
- (21) Haute Autorité de santé. Accident vasculaire cérébral (AVC) : prise en charge paramédicale dans une unité de soins. Critères d'évaluation des pratiques 2005. <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272446/accident-vasculaire-cerebral-avc-prise-en-charge-paramedicale-dans-une-unite-de-soins> [consulté le 6-4-2010].
- (22) Johnston SC, Gress DR, Browner WS, Sidney S. Short-term prognosis after emergency department diagnosis of TIA. *JAMA* 2000;284(22):2901-6.
- (23) Lovett JK, Dennis MS, Sandercock PA, Bamford J, Warlow CP, Rothwell PM. Very early risk of stroke after a first transient ischemic attack. *Stroke* 2003;34(8):e138-e140.
- (24) Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN, Giles MF, Elkins JS, Bernstein AL, *et al.* Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. *Lancet* 2007;369(9558):283-92.
- (25) Lavallée PC, Meseguer E, Abboud H, Cabrejo L, Olivot JM, Simon O, *et al.* A transient ischaemic attack clinic with round-the-clock access (SOS-TIA): feasibility and effects. *Lancet Neurol* 2007;6(11):953-60.
- (26) Société française de médecine physique et de réadaptation, Société française Neuro-Vasculaire, Société française de gériatrie et gérontologie. Orientation des patients atteints d'AVC. Conférence d'Experts avec Audition Publique, Mulhouse le 22 octobre 2008. Organisée par la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (Sofmer), la Société Française de Neuro Vasculaire (SFNV) et la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). Recommandations 2008. <http://www.sfgg.fr/fileadmin/documents/Recommandations_Orientation_AVC.pdf> [consulté le 6-4-2010].
- (27) Groupe MPR Rhône Alpes, Fédération française de médecine physique et de réadaptation. Critères de prise en charge en médecine physique et de réadaptation 2008. <http://www.sofmer.com/download/sofmer/criteres_pec_mpr_1208.pdf> [consulté le 6-4-2010].
- (28) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. Stratégies et organisation. Recommandations. Paris: ANAES; 2003.
- (29) National Institute for Health and Clinical Excellence. Alteplase for the treatment of acute ischaemic stroke. NICE technology appraisal guidance 122. London: NICE; 2007.
- (30) Haute Autorité de santé. Accident vasculaire cérébral. Guide - affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007
- (31) American Heart Association Exercise Cardiac Rehabilitation and Prevention, the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing, American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2007;115(20):2675-82.
- (32) Collège national des généralistes enseignants, Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapie. Thérapeutique en médecine générale. Neuilly-sur-Seine: Global Média Santé; 2009.
- (33) Haute Autorité de santé. Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: 2008.
- (34) American College of Cardiology, American Heart Association, Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, *et al.* ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardial Infarction). *Circulation* 2004;110(9):e82-292.

- (35) American College of Cardiology, American Heart Association, Krumholz HM, Anderson JL, Brooks NH, Fesmire FM, *et al.* ACC/AHA clinical performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Performance Measures on ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction). *Circulation* 2006;113(5):732-61.
- (36) American College of Cardiology, American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, *et al.* ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to develop performance measures for ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction): developed in collaboration with the American Academy of Family Physicians and the American College of Emergency Physicians: endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Hospital Medicine. *Circulation* 2008;118(24):2596-648.
- (37) Société française de cardiologie, Delahaye F, Bory M, Cohen A, Danchin N, de Gevigney C, *et al.* Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë. *Arch Mal Coeur Vaiss* 2001;94(7):696-738.
- (38) Campbell SM, Ludt S, Van LJ, Boffin N, Wensing M, Petek D, *et al.* Quality indicators for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care in nine European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008;15(5):509-15.
- (39) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2007.
- (40) Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, *et al.* Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2008;29(23):2909-45.
- (41) Accord de bon usage des soins relatif à l'utilisation des antiagrégants plaquettaires. *Journal Officiel* 2007;5 janvier.
- (42) Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Saint-Denis: AFSSAPS; 2005.
- (43) Haute Autorité de santé. Efficacité et efficience des hypolipémiants. Une analyse centrée sur les statines. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.

Références bibliographique méthodologique

- (a) HAS Indicateurs de pratique clinique 2009
- (b) HAS Programme d'amélioration des pratiques – Démarche générale d'élaboration juin 2008
- (c) Integrating Efficacy, Safety and Access into quality of care – Qual Sal Health Care April 2010 Vol 19 Suppl 1 p. A21

Indicateurs de pratique clinique - AVC

ANNEXES

Annexe I . Liste des abréviations

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AIN	Association des Infirmiers de Neurologie
AIT	Accident Ischémique Transitoire
ANFE	Association Nationale Française des Ergothérapeutes
ANLLF	Association des Neurologues Libéraux de Langue Française
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CFAR	Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs
CFMU	Collège Français de Médecine d'Urgence
CNOMK	Conseil National de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes
CNPC	Conseil national professionnel de cardiologie
CPGF	Collège Professionnel des Gériatres Français
FFN	Fédération Française de Neurologie
FNO	Fédération Nationale des Orthophonistes
G4	Conseil Professionnel de la Radiologie Française
HC	Hémorragie Cérébrale
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
IC	Infarctus cérébral
ORU-MiP	Observatoire Régional des Urgences de Midi Pyrénées
RESCUe	RESeau Cardiologie Urgence (Rhône Alpes)
RSSMG	Regroupement des Sociétés Savantes de Médecine Générale
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SEMSP	Société Européenne de Médecine de Sapeurs-pompiers
SFAR	Société Française d'Anesthésie Réanimation
SFC	Société Française de Cardiologie
SFDRMG	Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale
SFGG	Société Française de Gériatrie Gériontologie
SFN	Société Française de Neurologie
SFNV	Société Française de NeuroVasculaire
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SFR	Société Française de Radiologie
SMUR	Service Mobile d'Urgence Réanimation
SNAO	Syndicat National Autonome des Orthoptistes
SOFMER	Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation
SRLF	Société de Réanimation en Langue Française
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UFCV	Union de Formation et d'évaluation en médecine Cardio-Vasculaire
UNADREO	Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'évaluation en Orthophonie
UNV	Unité Neuro Vasculaire

Annexe II . Liste des items à recueillir pour renseigner les indicateurs

Si vous recueillez les informations suivantes, vous pourrez renseigner les Indicateurs de Pratique Clinique – Accidents Vasculaires Cérébraux

De l'alerte à la prise en charge en ES ± Thrombolyse

Pour toute suspicion d'AVC

- Appel au 15 en 1^{ère} intention (oui / non)
- Heure des premiers symptômes faisant évoquer un AVC (FAST)
- Heure du 1^{er} contact médical dédié (défini par l'heure de création du dossier au SAMU ou au SAU)
- Heure de réalisation de l'imagerie (définie par l'heure de la 1^{ère} image)
- Contact entre le médecin du SMUR ou du SAU et le médecin de l'UNV (oui / non)
- Réalisation du score du NIHSS (oui / non)
- IRM en imagerie de première intention (oui / non)
- Imagerie interprétée immédiatement (oui / non)
- Compte rendu écrit du radiologue (oui / non)

Pour tout AVC confirmé

- AVC ou AIT confirmé orienté en UNV (oui / non)

Pour toute suspicion d'AVC éligible à la thrombolyse lors du 1^{er} contact médical et avec un infarctus confirmé

- Heure de réalisation de l'évaluation neurovasculaire par le médecin de l'UNV
- Thrombolyse (oui / non / patient non éligible lors du 1^{er} contact médical dédié)

Service prenant en charge les suspicions d'AVC et/ou les AVC confirmés

- Service de prise en charge impliqué dans une filière organisée de prise en charge des AVC (oui / non)
- Service de prise en charge applique des protocoles validés au sein de la filière (oui / non)

Prise en charge 1^{ère} année post AVC

Pour tout AVC dès la phase aiguë

- Patient mis sous aspirine (oui / non / CI / refus / patient déjà sous anti agrégants plaquettaires)
- Evaluation du patients en terme de besoins en rééducation/réadaptation (oui / non)
- Réalisation du bilan diagnostic (oui / non)
- Mise en œuvre de la prise en charge en rééducation/réadaptation du patient (oui / non)
- Date et heure d'entrée dans le service d'aigu
- Date de réalisation de l'évaluation du patient en termes de besoins en rééducation/réadaptation
- Date de réalisation du bilan diagnostic
- Date de prise en charge en rééducation réadaptation du patient
- ECG réalisé dans les 7 1^{ers} jours de l'hospitalisation en service d'aigu (oui / non)
- Echographie cardiaque réalisée dans les 7 1^{ers} jours de l'hospitalisation en service d'aigu (oui / non)
- Exploration des vaisseaux réalisée dans les 7 1^{ers} jours de l'hospitalisation en service d'aigu (oui / non)
- Recherche des troubles cognitifs au cours de l'hospitalisation en service d'aigu (oui / non)

Indicateur d'Alerte

- Patient ayant développé une pneumopathie d'inhalation (oui / non)
- Patient avec infarctus cérébral mis sous héparine à dose efficace à la phase aiguë (oui / non)

Pour les AIT de moins de 48h

- Date et heure de prise en charge dans la filière
- Date et heure de réalisation de l'exploration des vaisseaux du cou

En préparation de l'orientation

- Projet de soins établi
 - En concertation par les membres de l'équipe (oui / non)
 - En concertation avec le patient (oui / non)
 - En concertation avec l'entourage du patient (oui / non)
- Evaluation médicale du pronostic du patient en fin de prise en charge en service d'aigu réalisée par :
 - un MPR (oui / non)
 - un gériatre (oui / non)
 - un neurologue (oui / non)
- Evaluation médicale des besoins de rééducation du patient en fin de prise en charge en service d'aigu réalisée par
 - un MPR (oui / non)
 - un gériatre (oui / non)
 - un neurologue (oui / non)
- Proposition d'orientation du patient fondée sur l'évaluation médicale du pronostic et des besoins de rééducation (oui / non)
- Patients orientés selon cette proposition (oui / non)
- Date de la décision d'orientation du patient
- Date du transfert du patient dans la structure post aiguë (SSR, HAD, domicile, ...)

Si sortie directe au domicile

- Expertise du lieu de vie (oui / non)
- Projet de vie établi avec expertise du lieu de vie (oui / non)
- Contact établi avec les professionnels libéraux :
 - Médecin traitant (oui / non)
 - Masseur kinésithérapeute (oui / non / pas nécessaire)
 - Orthophoniste (oui / non / pas nécessaire)
 - Infirmier (oui / non / pas nécessaire)
 - Diététicien (oui / non / pas nécessaire)
 - Orthoptiste (oui / non / pas nécessaire)
 - Ergothérapeute (oui / non / pas nécessaire)

Pour toute sortie

- Traitement approprié y compris des facteurs de risque à la sortie (oui / non)
- Courrier de sortie du patient précisant les coordonnées du professionnel référent de la filière (oui / non)

Prise en charge 1^{ère} année post AVC

En SSR ou HAD

- Formation patient et entourage au suivi du traitement médicamenteux (oui / non)
- Formation patient et entourage au suivi du traitement de rééducation (oui / non)
- Projet de soins adapté à partir de l'évaluation des déficiences (oui / non)
 - Evaluation des déficiences dont les fonctions cognitives (oui / non)
 - Evaluation de l'activité (oui / non)
 - Evaluation de la participation (oui / non)
- Projet de vie adapté à partir de l'évaluation des déficiences (oui / non)
 - Evaluation des déficiences dont les fonctions cognitives (oui / non)
 - Evaluation de l'activité (oui / non)
 - Evaluation de la participation (oui / non)

Suivi ambulatoire à court terme

- Information pour l'identification des récurrences en suivi post AVC (oui / non)
- Information du patient sur le recours au 15 en suivi post AVC (oui / non)
- Mesure de la pression artérielle en suivi post AVC (oui / non)

- Evaluation de l'adhésion au traitement en suivi post AVC
 - médicamenteux(oui / non / pas de traitement)
 - rééducation (oui / non / pas de traitement)
- Evaluation de la tolérance au traitement en suivi post AVC (oui / non)
 - médicamenteux(oui / non / pas de traitement)
 - rééducation (oui / non / pas de traitement)
- Tabagisme actif (oui / non)
- Tabagisme passif (oui / non)

Suivi ambulatoire à moyen terme

- Réalisation d'un bilan lipidique (oui / non)
- Réalisation d'un bilan glucidique (oui / non)
- Evaluation du suivi d'une alimentation équilibrée (oui / non)
- Evaluation du suivi d'une alimentation pauvre en sel (oui / non)
- Suivi du poids / périmètre abdominal (oui / non)

Suivi ambulatoire à 1 an

- Traitement par aspirine à un an (oui / non / CI / refus)
- Traitement par statine à un an (oui / non / CI / refus)
- Consultation avec un neurologue (oui / non)
- Courrier médecin traitant – neurologue (oui / non)
- Evaluation de la qualité de vie et du handicap (oui / non)