



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

## Rapport des résultats des mesures volontaires de la qualité proposées en 2021

Indicateurs de qualité et de sécurité des soins



Juin 2022



# Remerciements

La HAS présente dans ce rapport les **résultats de la mesure volontaire des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la prise en charge initiale en MCO d'un accident vasculaire cérébral aigu.**

Afin de permettre une reprise de la mesure de la qualité, fortement restreinte en 2020, tout en prenant en compte la crise sanitaire impactant les professionnels de santé, la HAS a adapté son programme de travail 2021 en proposant au volontariat les mesures d'indicateurs à partir du dossier patient.

Entre novembre 2021 et février 2022, 215 établissements de MCO sur 1 079 concernés (21%) ont participé malgré la situation sanitaire.

À tous les **professionnels de santé** qui ont poursuivi leur démarche d'amélioration de la qualité à partir d'indicateurs et permis de compléter le bilan 2021 de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

# Introduction

Dans l'approche globale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé, la Haute Autorité de Santé (HAS) met en œuvre un recueil national d'indicateurs afin que l'ensemble des établissements pilotent leur dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il est réalisé en collaboration avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), pour son expertise méthodologique sur le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), les plateformes de recueil et de restitution des résultats, et la production des indicateurs de résultat.

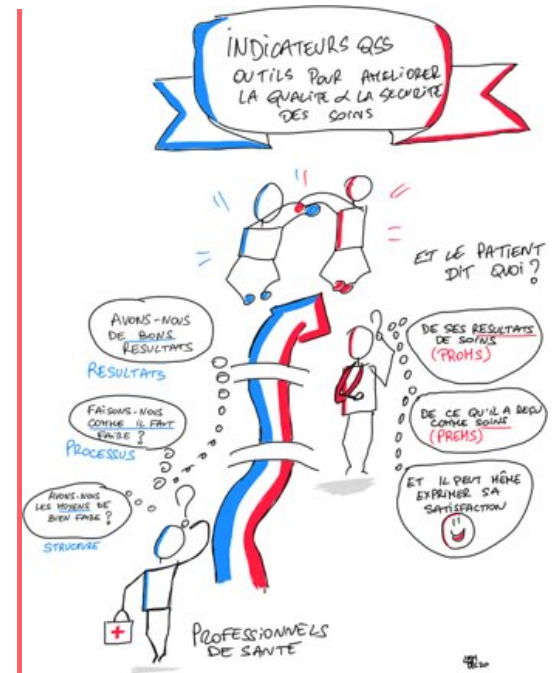
Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins concernent les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SSR), d'hospitalisation à domicile (HAD), et de psychiatrie.

Ils sont calculés selon les cas, à partir :

- des bases PMSI;
- des réponses des patients aux questionnaires d'expérience-satisfaction ;
- de l'analyse des dossiers patients.

Ces indicateurs sont utilisés dans la certification des établissements de santé, pour l'information des usagers, et dans des dispositifs de régulation comme l'incitation financière à l'amélioration de la qualité.

Pour en savoir plus sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins mesurés par la HAS : [Mieux connaître les indicateurs](#)





# Prise en charge initiale d'un AVC aigu en MCO, des indicateurs de qualité révisés

Ce rapport décrit les résultats des indicateurs portant sur la prise en charge d'un AVC aigu en MCO.

**Les indicateurs** portent sur les pratiques et organisations suivantes

- la qualité du diagnostic d'un AVC
- la prévention des pneumopathies d'inhalation,
- la prise en charge sans délai et experte des AVC et des déficiences,
- la continuité des soins.

Des **informations complémentaires** sont disponibles. Non validées comme indicateurs, elles permettent néanmoins de compléter les résultats des indicateurs.

Cette mesure réalisée en 2021 concerne les séjours 2019 pour disposer d'une nouvelle mesure des pratiques et organisations non impactées par la crise sanitaire actuelle.

## Indicateurs mesurés

- Imagerie cérébrale diagnostique
- Accès à une expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale en dehors des services spécialisés
- Prévention des troubles de la déglutition
- Accès à l'évaluation par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et de réadaptation
- Préparation du retour à domicile

\* Les dernières données sur la qualité de la prise en charge initiale d'un AVC en MCO dataient de 2016.



# Précisions méthodologiques pour 2021

Les mesures d'indicateurs à partir du dossier patient n'ont pas été obligatoires en 2021.

Les établissements ont recueilli ces indicateurs de manière volontaire, pour une démarche propre d'amélioration des pratiques à partir de leurs résultats, et ce malgré le contexte sanitaire.

Ceci impacte les résultats calculés qui ne sont donc plus nationaux :

- Les résultats disponibles sont ceux des établissements volontaires ayant recueilli les indicateurs.
- La moyenne présentée concerne les établissements volontaires et n'est pas représentative d'un résultat national. C'est une tendance.
- Ils ne sont pas comparés dans ce rapport aux résultats nationaux des années précédentes.

Les résultats calculés et présentés dans ce rapport sont appelés « résultats observés »



# Caractéristiques des établissements participants et des dossiers des patients analysés



# Description des établissements participants

## 215 établissements (ES) ont participé

- Ils avaient pris en charge 36% de la totalité des séjours cibles en 2019, soit 53 255 séjours.
- La répartition des ES par catégorie ayant participé est différente de celle observée au niveau national pour cette prise en charge: les CH sont sur-représentés (64% vs 54%) et les ES non lucratifs sous-représentés (16% vs 25%).
- La part des ES ayant pris en charge moins de 50 séjours au cours d'une année est plus importante que celle observée au niveau national (47% vs 26%).

En raison du caractère non exhaustif de la campagne, des caractéristiques des ES participants (type, et effectif annuels), aucune conclusion à l'échelle nationale ne peut être rendue



# Description des séjours et de la population

- **7459** dossiers tirés au sort et analysés, correspondant à des patients avec un diagnostic principal d'AVC aigu
- **Age moyen de la population** : 75 ans (min=19 ans - max=105 ans)  
un quart des patients ont moins de 65 ans
- **Sexe** : 49% Femmes / 51% Hommes
- **Type d'AVC pris en charge en SSR** :
  - 79% d'infarctus cérébral;
  - 11% d'hémorragie cérébrale ;
  - 6% d'hémorragie intracrânienne ;
  - 3% d'indéterminée.
- **Durée médiane des séjours analysés** : 8 jours (Min= 1j – Q1= 4j – Q3= 13j)
- **Service d'hospitalisation** : 30% des patients en unité neurovasculaire ; 11% neurologie; 2% neurochirurgie ; 57% des patients hospitalisés hors services spécialisés
- **Mode de sortie**: 54% des patients sont de retour domicile; 25% en SSR et 21% MCO, USLD

Les séjours analysés sont cohérents avec les données de la littérature





## 5 indicateurs révisés

1. Imagerie cérébrale diagnostique
2. Accès à une expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale en dehors des services spécialisés
3. Accès à l'évaluation par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et de réadaptation
4. Prévention des troubles de la déglutition
5. Préparation du retour à domicile

## Informations complémentaires\*

- Délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'imagerie cérébrale diagnostique
- Délai entre l'arrivée dans l'établissement et ces expertises en dehors des services spécialisés
- Délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'évaluation par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et de réadaptation
- Thrombolyse des infarctus cérébraux
- Thrombectomie des infarctus cérébraux
- Transfert vers un SSR spécialisé

\*Leur qualité métrologique ne sont pas suffisantes actuellement pour être des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

# Comment lire les résultats des indicateurs



L'indicateur est un taux (%).

Nombre d'établissements  
qui ont analysé des dossiers

Taux observé

**X %**

**N** établissements de santé  
participants au recueil volontaire



**N** établissements  
de santé concernés

Nombre d'établissements  
concernés par le sujet de  
l'indicateur



**N**  
dossiers analysés

Lien vers plus  
de détails

Nombre total de  
dossiers analysés

Explication : [Fiche descriptive](#)



.....  
○  
**1**

# Imagerie cérébrale diagnostique



# Imagerie cérébrale diagnostique

L'imagerie cérébrale est indispensable pour confirmer ou écarter le diagnostic d'AVC aigu et pour déterminer la nature de l'AVC (ischémie, hémorragie, thrombose). Des protocoles d'accès prioritaires 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 à une imagerie cérébrale (IRM ou scanner) doivent être formalisés avec les services de radiologie.

Pour les établissements sans unité neurovasculaire, l'accès à la téléexpertise (télé-AVC) doit être opérationnelle. La date et l'heure de l'imagerie cérébrale confirmant le diagnostic. Ces notions établies depuis plus de 15 ans (HAS, 2009) et mises en œuvre dans le cadre du plan AVC 2010- 2014 font consensus sont régulièrement rappelées dans les recommandations américaines ou européennes de 2019.

Le diagnostic radiologique d'AVC doit être tracé dans le dossier avec la date et l'heure de l'imagerie cérébrale, même si celle-ci a été réalisée dans un autre établissement ou par téléexpertise. La qualité du diagnostic radiologique est évaluée sur la traçabilité dans le dossier du patient (i) de l'imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC et (ii) la date et l'heure de réalisation de l'imagerie cérébrale.

Une information complémentaire est suivie : le délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'imagerie. Cette mesure est effectuée uniquement pour les patients dont le diagnostic radiologique d'AVC est réalisé dans l'établissement audité. Le calcul de ce délai implique que les dates et heures d'arrivée dans l'ES et l'imagerie cérébrale soient connues. Les ES doivent être en mesure de suivre les délais d'accès à l'imagerie et de revoir, le cas échéant, leur protocole (ressources, pratiques, organisation) pour optimiser la prise en charge des infarctus cérébraux éligibles à une thrombolyse/ thrombectomie\*.

\* Le délai maximal est 4h30 entre le début des symptômes et la thrombolyse, 6h30 pour la thrombectomie en l'absence de contre indications

*Pour en savoir plus : [fiches descriptives](#)*



## Résultats - données 2019

Taux de séjours avec un dossier patient contenant une information sur l'imagerie cérébrale confirmant le diagnostic d'AVC, la date et l'heure de sa réalisation

Taux observé

**86 %**

**215\*** établissements de  
santé participants



**1 079** établissements  
de santé concernés



**7 459** dossiers  
analysés

\*En 2019, ces établissements de MCO ont pris en charge 36% des AVC cibles (voir caractéristiques des établissements participants).

Pour en savoir plus : [fiches descriptives](#)



# Imagerie cérébrale diagnostique

## Des pistes d'amélioration

Le résultat de l'indicateur indique une bonne traçabilité du diagnostic radiologique d'un AVC avec une imagerie horodatée.

Au total, 14% des dossiers (1030/7459) ne sont pas conformes

- 4% des dossiers sont sans imagerie cérébrale (n = 304)
- 10% des dossiers ont une imagerie cérébrale non horodatée (n= 726)

2/3 des imageries cérébrales sont des scanners.

Même si le résultat moyen observé est très élevé, 14% des dossiers n'ont pas les éléments indispensables pour déterminer la prise en charge adaptée.



## Information complémentaire :

# Délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'imagerie cérébrale diagnostiquée

Cette information complémentaire décrit la capacité des ES à suivre le délai entre l'arrivée dans l'ES et l'imagerie cérébrale. Ce calcul n'est possible que pour les dossiers avec un diagnostic radiologique d'AVC effectué dans l'établissement audité ayant renseigné la date et l'heure d'arrivée dans l'établissement et la date et l'heure de l'imagerie cérébrale.

- Les informations du dossier sont insuffisantes pour calculer ce délai pour 25% des dossiers (n =1899)
- Sur les 5560 dossiers répondant aux conditions nécessaires au calcul de ce délai
  - 41% des dossiers ont un délai supérieur à 3 heures
  - Pour les 3294 dossiers dont le délai est inférieur à 3 heures (59%)
    - le délai est inférieur à 1 heure pour 41% des dossiers
    - le délai est compris entre 1 heure et moins de 2 heures pour 34% des dossiers
    - le délai est compris 2 heures et moins de 3 heures pour 25% dossiers

Pour les infarctus cérébraux qui sont éligibles à une thrombolyse ou thrombectomie, ce délai doit être le plus court possible.



.....  
○  
**2**

## **Accès à une expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale en dehors des services spécialisés**





# Accès à une expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale en dehors des services spécialisés\*

L'accès à une expertise neuro-vasculaire, neurologique ou neurochirurgicale détermine la prise en charge immédiate d'un AVC et son pronostic. Tous les patients ne sont pas admis dans les services de neurochirurgie, neuro-vasculaire ou de neurologie. Dans ce cas, il est nécessaire d'obtenir une expertise neuro-vasculaire, neurologique ou neurochirurgicale via une téléconsultation pour orienter au mieux la prise en charge. Ces notions établies par la HAS en 2009 et mise en œuvre par le plan AVC (2010-2014) font toujours consensus comme le rappellent les recommandations américaines ou européennes de 2019.

L'accès à ces expertises a été évalué pour les patients admis en dehors des services spécialisés (i) sur la trace de conclusions d'une expertise neurovasculaire ou (ii) en l'absence d'expertise neurovasculaire sur la trace des conclusions d'une des expertises suivantes, neurologique ou neurochirurgicale.

Une information complémentaire est suivie : le délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'accès à ces expertises. Cette mesure est effectuée uniquement pour les patients pris en charge en dehors des services spécialisés de neurologie, neurochirurgie ou neurovasculaire. Le calcul de ce délai implique que les dates et heures d'arrivée dans l'ES et dates et heures de ces expertises soient renseignées.

\* Services de neurologie, neurovasculaire et neurochirurgie

Pour en savoir plus : [fiches descriptives](#)

# Accès à une expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale en dehors des services spécialisés



## Résultats - données 2019

Taux de séjours au cours desquels les patients non admis en service spécialisé ont eu accès à l'expertise spécialisée

Taux observé

**66 %**

**215\*** établissements de santé participants



**1 079** établissements de santé concernés



**4 109** dossiers analysés de patients admis en dehors des services spécialisés

\*En 2019, ces établissements ont pris en charge 36% des AVC cibles (voir caractéristiques des établissements participants).

Pour en savoir plus : [fiches descriptives](#)



# Accès à une expertise neuro-vasculaire ou neurologique ou neurochirurgicale en dehors des services spécialisés

## Des pistes d'amélioration

66% des dossiers présentent la trace des conclusions d'une évaluation neurovasculaire ou en son absence, la trace des conclusions d'une évaluation neurologique ou neurochirurgicale.

- Les conclusions d'une évaluation neurovasculaire horodatée est retrouvée dans 48% des dossiers (n = 1939).
- En l'absence d'évaluation neurovasculaire (n = 2121), une autre évaluation est retrouvée dans 46% des dossiers (n = 978). Il s'agit d'une évaluation neurologique (n = 528), neurochirurgicale (n = 225), d'un avis d'un gériatre ou d'un réanimateur (n = 225).

Au total, aucune trace d'une expertise neurologique spécialisée n'est retrouvée dans 33% des séjours (n = 1356) en dehors des services spécialisés.

Pour tout AVC, l'absence d'avis neurovasculaire, neurochirurgical ou neurologique devrait être justifiée



## Information complémentaire :

# Délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'expertise neurologique, neurovasculaire ou neurochirurgicale en dehors des services spécialisés

Cette information complémentaire décrit la capacité des ES à suivre le délai entre l'arrivée dans l'ES et l'expertise neurovasculaire ou le cas échéant l'expertise neurologique ou neurochirurgicale en dehors des services de neurologie spécialisés (n = 4109). Ce calcul n'est possible que pour les dossiers pour lesquels les dates et heures d'arrivée dans l'établissement et celles des expertises ci-dessus sont renseignées.

Les informations du dossier sont manquantes ou incomplètes pour calculer ce délai pour 2153 dossiers concernés (52%).

- Lorsque l'expertise neurovasculaire est tracée et horodatée (n = 1956) soit 48% des dossiers concernés:
  - 1483 (76%) dossiers ont bénéficié d'une expertise en moins de 12 heures dont 864 (58%) en moins de 3 heures
  - Les délais supérieurs ou égaux à 12 heures (n = 473) sont justifiés par des raisons médicales ou organisationnelles dans 39% des cas (n = 183).
- Lorsque l'expertise neurologique ou neurochirurgicale est tracée et horodatée (n = 378) soit 9% des dossiers concernés :
  - 212 dossiers ont bénéficié d'une de ces expertises en moins de 12 heures, dont un patient sur deux en moins de 3 heures
  - Les délais supérieurs ou égaux à 12 heures (166) sont justifiés par des raisons médicales ou organisationnelles dans 53% des dossiers (n = 88).

→ 41% (n = 959) des dossiers ont une évaluation dans les 3 heures suivant leur arrivée dans l'ES et 65% dossiers (n = 1503) dans les 12 heures

Pour les infarctus cérébraux qui sont éligibles à une thrombolyse ou thrombectomie, ce délai doit être le plus court possible pour ne pas dépasser le délai maximal établi à partir du début des symptômes si celui est connu et renseigné.



.....  
○  
**3**

## **Accès à l'évaluation par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et de réadaptation**



# Accès à une évaluation par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et de réadaptation

Les recommandations étrangères sur la prise en charge immédiate des AVC parues entre 2016 et 2019 rappellent que les soins de rééducation doivent débuter dès que possible c'est-à-dire dès que l'état du patient le permet. Ces soins sont basés sur une évaluation réalisée par un médecin ayant une expertise neuro-vasculaire et complétée dans les 48 premières heures par une évaluation réalisée par les professionnels impliqués dans la rééducation/réadaptation (médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation, professionnels paramédicaux). Cette évaluation qui devrait être systématique a pour objectifs d'apprécier la sévérité de l'AVC, d'estimer le pronostic de récupération, les besoins de rééducation, et l'orientation du patient.

La qualité de l'accès à une évaluation par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) est évaluée sur 2 critères sauf si l'absence d'évaluation est justifiée : (i) la trace d'une évaluation par un rééducateur (ii) ou les conclusions d'une évaluation d'un médecin MPR.

Une information complémentaire est suivie: le délai entre l'arrivée dans l'établissement la première évaluation par un rééducateur ou un médecin de MPR. Cette mesure est effectuée pour tous les séjours avec évaluation par un rééducateur ou un médecin de MPR. Le calcul de ce délai implique que la date d'arrivée dans l'établissement et celle de la première évaluation soient renseignées.



# Accès à une évaluation par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et de réadaptation

## Résultats - données 2019

Taux de séjours avec une évaluation par un rééducateur ou les conclusions d'un médecin MPR tracée dans le dossier

Taux observé

**55 %**

**215\*** établissements de  
santé participants



**1 079** établissements  
de santé concernés



**6 363** dossiers nécessitant  
une évaluation analysés

\*En 2019, ces établissements ont pris en charge 36% des AVC cibles (voir caractéristiques des établissements participants).

Pour en savoir plus : [fiches descriptives](#)



# Accès à l'évaluation par un rééducateur ou un médecin de médecine physique et de réadaptation

## Des pistes d'amélioration

Seuls 55% des dossiers comportent une évaluation par un rééducateur et/ ou les conclusions d'une évaluation d'un médecin MPR.

- L'évaluation est faite uniquement par
  - un rééducateur dans 90% des cas ;
  - un MPR avec conclusion dans 1% des cas.
- L'évaluation est faite par un rééducateur et un MPR (conclusion) dans 9% des cas
- Les rééducateurs réalisant les évaluations sont
  - majoritairement des kinésithérapeutes (86%) ;
  - des orthophonistes (31%) ;
  - des ergothérapeutes (20%).

Tout AVC doit bénéficier d'une évaluation par un rééducateur ou par un médecin de MPR afin d'évaluer le pronostic de récupération et adapter la prise en charge notamment, la décision d'une orientation vers un SSR spécialisé





**Information complémentaire :**

# **Délai entre l'arrivée dans l'établissement et l'évaluation par un rééducateur ou médecin de MPR**

Cette information complémentaire décrit la capacité des ES à suivre le délai entre l'arrivée dans l'ES et évaluation par un rééducateur ou un médecin de MPR.

L'estimation de ce délai n'est possible que pour les séjours avec des dates d'arrivée dans l'établissement et d'évaluation par un rééducateur ou un médecin de MPR renseignées (n = 3297). Les informations sont manquantes ou incomplètes pour calculer ce délai pour 45% des dossiers concernés (n = 2839).

Lorsque l'évaluation par un rééducateur est tracée et datée (n = 3297) soit 55% des dossiers concernés:

- 69% des séjours bénéficient d'une évaluation par un rééducateur ou un médecin de MPR dans les 3 jours suivant l'arrivée dans l'établissement
- Un délai supérieur à 4 jours (n = 1094) était justifié par des raisons médicales ou organisationnelles dans 24% des cas



.....  
○  
**4**

# Prévention des troubles de la déglutition



# Prévention des troubles de la déglutition

La recommandation de l'Anaes (2002) et les recommandations étrangères les plus récentes (2016, 2019) rappellent les risques associés aux troubles de la déglutition dans les suites d'un AVC. Les troubles de la déglutition sont fréquents dans les suites immédiates d'un AVC et sont responsables de pneumopathies d'inhalation.

La prévention des complications des troubles de la déglutition repose sur une recherche précoce et régulière de ces troubles avant toute alimentation liquide ou solide.

La recherche de troubles de la déglutition et les mesures de prévention de leurs complications doivent être tracées dans le dossier.

La qualité de la prévention des complications des troubles de la déglutition est évaluée par (i) la trace d'une recherche de troubles de la déglutition effectuée au plus tard dans les 48 premières heures du séjour et (ii) celle de mesures de prévention des complications des troubles de la déglutition, en cas des troubles de la déglutition

*Pour en savoir plus : [fiches descriptives](#)*



# Prévention des troubles de la déglutition


## Résultats - données 2019

Taux de séjours avec une recherche de troubles de la déglutition et leur prise en charge tracés le cas échéant.

Taux observé

**43 %**

**215\*** établissements de  
santé participants

 **1 079** établissements  
de santé concernés

 **7 459** dossiers  
analysés

\*En 2019, ces établissements ont pris en charge 36% des AVC cibles (voir caractéristiques des établissements participants).

Pour en savoir plus : [fiches descriptives](#)



# Prévention des troubles de la déglutition

## Des pistes d'amélioration

Seulement 43% des dossiers satisfont aux exigences de qualité des soins

- La recherche des troubles de la déglutition est mentionnée dans un dossier sur deux. Elle est effectuée dans les 48 premières heures du séjour pour 87% des cas.
- En cas de troubles de la déglutition, qui concernent environ un patient sur 7,
  - la prise en charge est tracée dans 88% des cas

La prévention des pneumopathies d'inhalation par la recherche et la prise en charge des troubles de la déglutition doit être systématique en cas d'AVC



.....  
○  
**5**

# Préparation du retour à domicile



# Préparation du retour à domicile

Deux tiers des patients victimes d'AVC sont suivis en ville en sortie d'un établissement MCO. La sortie et la préparation du retour à domicile sont des étapes clés pour la qualité de la prise en charge des patients.

Cette préparation doit permettre d'assurer, en lien avec l'équipe de soins de proximité et le médecin spécialiste de médecine générale, une sécurité et une autonomie optimales du patient à son domicile.

A la fin du séjour en établissement MCO, le niveau d'autonomie, ainsi que les mesures d'accompagnement des déficiences résiduelles doivent être décrites et tracées dans le dossier

Une consultation post-AVC doit être programmée dans les 6 mois suivant l'hospitalisation en MCO. Il s'agit d'ajuster le plan de soins de rééducation, le traitement des facteurs de risques cardiovasculaires et de prendre en charge les complications tardives / chroniques d'un AVC.

La qualité de la préparation du retour à domicile est évaluée sur les critères suivants : (i) Des mesures d'accompagnement des déficiences en cas de séquelles, (ii) un score d'autonomie à la sortie, une évaluation par un gériatre pour les patients de plus de 75 ans, et (iv) un rendez-vous de consultation post AVC programmée dans les 6 mois suivant le séjour en MCO



# Préparation du retour à domicile

## Résultats - données 2019

Taux de séjours dont le dossier contient les informations nécessaires à la préparation d'un retour à domicile

Taux observé

**29%**

**215\*** établissements de  
santé participants



**1 079** établissements  
de santé concernés



**4 045** dossiers de patients sortis  
de MCO pour rejoindre leur domicile ou  
EHPAD analysés

\*En 2019, ces établissements ont pris en charge 36% des AVC cibles (voir caractéristiques des établissements participants).

Pour en savoir plus : [fiches descriptives](#)





# Préparation du retour à domicile

## Des pistes d'amélioration

Seulement 29% des dossiers satisfont aux critères de qualité attendus.

Dans les dossiers, manquent les éléments suivants :

- L'information sur les mesures d'accompagnement à domicile (18%) ;
- Le score d'autonomie ou de handicap à la sortie (67%) ;
- L'avis d'un gériatre (67%), pour les 942 personnes âgées de plus de 75 ans et sorties à domicile avec des mesures d'accompagnement tracées,
- La programmation d' une consultation post AVC (46%)
  - Pour les consultation post AVC programmées, 92% se situent dans les 6 mois après la sortie de MCO

La préparation du retour à domicile par les MCO est essentielle à la continuité des soins de proximité

Pour en savoir plus : [fiches descriptives](#)



6

# Autres informations complémentaires



# sur le traitement des infarctus cérébraux



## Information complémentaire relative aux thrombolyse médicamenteuses des infarctus cérébraux tracées dans le dossier

Cette information complémentaire concerne la réalisation de la thrombolyse médicamenteuse et ses modalités. Sur les 5 938 infarctus cérébraux analysés

- 586 patients (10%) ont bénéficié d'une thrombolyse médicamenteuse :
  - 507 thrombolyse (87%) sont effectuées dans les 4h30 suivant l'arrivée dans l'établissement.
  - 79 thrombolyse (13%) sont effectuées au-delà de 4h30. Pour celles-ci, une justification est apportée dans 85% des cas.
- 5 352 patients (90%) n'ont pas bénéficié d'une thrombolyse médicamenteuse :
  - L'absence de thrombolyse est explicitement justifiée dans 61% des cas.

Au total, 65% des dossiers avec un infarctus cérébral présentent les informations attendues sur ce traitement et ses modalités :

- Thrombolyse ou justification en l'absence de thrombolyse ;
- Thrombolyse effectuée dans le délai de 4h30 ou justification pour les thrombolyse au-delà de 4h30.

Pour en savoir plus : [fiches descriptives](#)



## Information complémentaire relative aux thrombectomies des infarctus cérébraux tracées dans les dossiers

Cette information complémentaire décrit la réalisation de la thrombectomie et ses modalités. Sur les 5 938 infarctus cérébraux analysés :

- 249 patients (4%) ont bénéficié d'une thrombectomie
  - 175 (70%) sont réalisées dans les délais de 6h30,
  - Les thrombectomies sont précédées d'une exploration radiologique des troncs artériels intracrâniens et supra-aortiques dans 96% des cas,
  - 74 (30%) des patients ont bénéficié d'une thrombectomie au-delà de 6h30. Une justification est apportée dans 81% des cas,
- 5 689 patients (96%) n'ont pas bénéficié d'une thrombectomie
  - L'absence de thrombectomie est justifiée dans 57% des cas

Au total, 59% des dossiers avec un infarctus cérébral présentent les informations demandées sur ce traitement et ses modalités :

- thrombectomie ou justification à l'absence de thrombectomie,
- étude radiologique tracée des troncs artériels avant thrombectomie,
- thrombectomie dans les 6h30 justification pour les thrombectomies au-delà de 6h30.

Pour en savoir plus : [fiches descriptives](#)



# sur le transfert en SSR spécialisé



## Information complémentaire relative aux transferts en SSR spécialisés de gériatrie ou de neurologie tracés dans les dossiers - 1/2

L'activité des soins de suite et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Les patients présentant un déficit de gravité moyenne ou sévère suite à un AVC doivent bénéficier d'une filière organisée vers la structure de soins de suite et réadaptation (SSR) la plus adaptée à leur pronostic fonctionnel. Le choix de la structure spécialisée SSR « Affection du système nerveux » ou « Gériatrie » dépend du patient et de ses capacités de récupération.

La qualité du transfert en SSR spécialisé est évaluée sur la traçabilité des information suivantes : (i) la trace d'un transfert ou mutation du patient en SSR de neurologie ou de gériatrie ou (ii) une des 3 justifications suivantes (raison sociale, refus du patient ou de la famille ou pas de place en SSR spécialisé) en l'absence de transfert ou mutation vers ces SSR spécialisés.

*Pour en savoir plus : [fiches descriptives](#)*



## Information complémentaire relative aux transferts en SSR spécialisés de gériatrie ou de neurologie tracés dans les dossiers - 2/2

Ce calcul n'est possible que pour les patients transférés en SSR (n= 2144)

85% des dossiers répondent aux informations demandées

- Trace d'un transfert ou mutation vers un SSR spécialisé (n =1783, 83%)

OU

- Absence de transfert vers un SSR spécialisé justifiée par une des raisons suivantes (n = 42)
  - 13% pour un refus du patient ou de la famille (n = 14),
  - 6% pour des raisons sociales (n = 6),
  - 20% place indisponible (n =22)





# Conclusion

La HAS remercie les 215 ES qui ont participé de novembre 2021 à février 2022, pendant la crise sanitaire, au recueil volontaire des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la prise en charge des AVC aigus en MCO.

Les pratiques et organisations analysées sont celles de 2019 : l'étude des 7459 dossiers montre de réelles faiblesses dans la prise en charge des AVC aigus. Des actions doivent être absolument menées pour améliorer notamment l'accès aux rééducateurs, la prévention des pneumopathies de déglutition, et la continuité des soins hôpital-ville.

L'implication des établissements a permis de dresser un état des lieux non exhaustif de cette prise en charge avant la crise sanitaire due à la COVID-19. Le prochain recueil de ces indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la prise en charge des AVC aigus en MCO pourrait avoir lieu en 2023.



- Pour en savoir plus : [Mieux connaître les indicateurs](#)
- Contact : [contact.iqss@has-sante.fr](mailto:contact.iqss@has-sante.fr)



Retrouvez  
tous nos travaux sur

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

