

Fiche descriptive de l'indicateur : DATE ET HEURE DE SURVENUE DES SYMPTOMES D'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (DHS)	
Libellé	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'infarctus cérébral. Taux de patients pour lesquels la date et l'heure de survenue des symptômes sont notées dans le dossier
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la trace de la date et de l'heure de survenue des symptômes est retrouvée.
Dénominateur	Nombre de séjours d'infarctus cérébraux inclus.
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=>FinessB=>FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ; ▪ Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations ^{10, 11, 12}	<p>« rtPA should be administrated to eligible patients who can be treated in the time period of 3 to 4.5 hours after stroke ».</p> <p>« As compared with placebo, intravenous alteplase administered between 3 and 4.5 hours after the onset of symptoms improved clinical outcomes in patients with acute ischemic stroke ».</p> <p>« La thrombolyse intraveineuse (IV) par rt-PA des IC est recommandée jusqu'à 4 heures 30 (hors AMM, voir annexe 2) (accord professionnel). Elle doit être effectuée le plus tôt possible (grade A). La thrombolyse IV peut être envisagée après 80 ans jusqu'à 3 heures (accord professionnel). En dessous de 18 ans, les indications de thrombolyse doivent être discutées au cas par cas avec un neurologue d'une UNV (accord professionnel). »</p>
Analyse des recommandations	Les patients ayant un infarctus cérébral peuvent bénéficier sous certaines conditions d'un traitement thrombolytique. Le délai maximal de réalisation d'une thrombolyse est de 4 h 30 après le début des symptômes. La date et l'heure de début des symptômes sont des informations fondamentales pour définir l'éligibilité à la thrombolyse des patients avec infarctus cérébral.

¹⁰ Del Zoppo, et al. Expansion of the time window for treatment of acute ischemic stroke with intravenous tissue plasminogen activator. A science advisory from the American heart association / American Stroke Association. *Stroke* 2009; 40: 2945- 2948.

¹¹ Hacke W, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *The New England Journal of Medicine* 2008; 359: 1317-1329.

¹² Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse), Recommandations de bonne pratique, HAS, mai 2009.

Fiche descriptive de l'indicateur : EVALUATION PAR UN PROFESSIONNEL DE LA REEDUCATION (EPR1)	
Libellé	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC. Taux de patients ayant eu une évaluation par un professionnel de la rééducation et/ou un avis par un médecin MPR.
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels la trace d'une évaluation par un professionnel de la rééducation (masseur kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute) et/ou d'un avis par un médecin MPR est retrouvée ou pour lesquels le patient ne présente pas de déficit.
Dénominateur	Nombre de séjours d'AVC inclus.
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=>FinessB=>FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ; ▪ Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateurs de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations^{14, 15,16,17, 18}	<p>« Tout patient ayant des troubles de la motricité et/ou de la sensibilité doit bénéficier d'une évaluation et d'une prise en charge par un masseur-kinésithérapeute ».</p> <p>« Tout patient présentant des troubles de la déglutition doit bénéficier d'une rééducation utilisant des modifications de texture des aliments, des techniques posturales, des exercices oro-faciaux et des manœuvres de déglutition planifiée par l'orthophoniste ou le masseur kinésithérapeute en collaboration avec l'infirmier. »</p> <p>« Tout patient ayant des troubles de la parole et/ou du langage, oral et écrit, doit être examiné par un orthophoniste (grade B) ».</p> <p>« L'orthophonie consiste à prévenir, à évaluer et à traiter les difficultés ou troubles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du langage oral et écrit et de la communication, - des fonctions oro-myo-faciales, - des autres activités cognitives dont celles liés à la phonation, à la parole, au langage oral et écrit, à la cognition mathématique, <p>Elle consiste également à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à maintenir les fonctions de communication et de l'oralité dans les pathologies dégénératives et neuro-dégénératives, - et à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer les fonctions verbales. »

¹⁴ Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - Aspects paramédicaux - Recommandations, ANAES, Septembre 2002.

¹⁵ Atwal A, et al. Occupational therapists' perceptions of predischage home assessments with older adults in acute care. *British Journal of Occupational Therapy* 2008; 71(2)

¹⁶ Kristensen HK, et al. Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2010; 1-15.

¹⁷ Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation, Société Française de Neuro Vasculaire et Société Française de Gériatrie et Gérontologie. *Orientations des patients atteints d'AVC- Pratiques professionnelles et Recommandations*, 2008. 18 Référentiel Activités Orthophonie : BO n°32 du 5 septembre 2013

	<p>« Dans la prise en charge précoce des AVC, il est important d’avoir un diagnostic ergothérapeutique afin d’anticiper les problèmes liés au retour à domicile ».</p> <p>« L’intervention ergothérapeutique centrée sur le patient et l’approche réadaptative précoce favorise la participation sociale de la personne ayant eu un AVC ».</p> <p>« L’intervention précoce mais durable (5 mois) au domicile d’un(e) ergothérapeute réduit le handicap du patient après retour précoce au domicile (moins d’1 mois après l’AVC) ».</p>
Analyse des recommandations	<p>La rééducation précoce à la phase aiguë 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 par les professionnels de la rééducation.</p> <p>Les orthophonistes au delà des troubles de la parole et du langage recherchent les autres troubles de la communication et des fonctions supérieures et assurent leur prise en charge. L’intervention précoce au domicile réduit le handicap du patient.</p>

Fiche descriptive de l'indicateur : TENUE DU DOSSIER PATIENT (AVC - TDP)	
Libellé	Pour les patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC. Score de conformité du contenu du dossier des patients pris en charge pour un AVC.
Numérateur	Nombre d'items conformes pour chaque dossier.
Dénominateur	Nombre d'items évalués pour chaque dossier.
Calcul du score	Moyenne des conformités calculées par dossier.
Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'AVC en diagnostic principal (codes I61.x, I64 et I63.x à l'exception de I63.6).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ▪ Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ▪ Séjours de patients âgés de moins de 18 ans ; ▪ Séjours de patients décédés ; ▪ Séjours de patients pris en charge pour un accident ischémique transitoire ; ▪ Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ▪ Séjours de patients ayant un parcours de type FinessA=>FinessB=>FinessA (exclusion des séjours chez établissement A) ; ▪ Séjours avec un GHM erreur.
Type d'indicateur	Indicateur de processus. Ajustement sur le risque : non.
Recommandations²⁵	« La bonne tenue du dossier du patient contribue à la continuité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la qualité de la pratique professionnelle. Le dossier est également un support privilégié de l'évaluation des pratiques. Il est enfin un outil d'enseignement et de recherche pour les professionnels de santé. Pour ces raisons, l'amélioration du dossier est une thématique constante des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins dans les établissements de santé. »
Analyse des recommandations	<p>Le groupe de travail considère que le dossier d'un patient hospitalisé pour AVC doit comporter les éléments suivants à l'admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antécédents / Facteurs de risque cardio-vasculaires ; • Traitement habituel ; • Score de gravité NIHSS ; • ECG ; • Tension artérielle ; • Mesure de la glycémie capillaire. <p>Au cours de l'hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compte rendu de l'imagerie cérébrale initiale validé par un radiologue <p>A la sortie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les patients dont le déficit n'était pas totalement régressif : score d'autonomie ou de handicap (RANKIN, Barthel, échelle SOFMER ou AGGIR) à la sortie.

²⁵ Haute Autorité de santé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu - réglementation et recommandations. Paris, 2003. [Site consulté le 09/03/2011] disponible depuis : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_amelioration_de_la_qualite_de_la_tenue_et_du_contenu_-_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf