

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

N° 107

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Médecine Générale

par

Etienne JULIEN

né le 7 juin 1983 à Saint-Flour

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 21 octobre 2011

**Retour à domicile des patients hospitalisés en 2010
au Centre Hospitalier Côte de Lumière pour un AVC :**

**Etude de pratique rétrospective et enquête auprès d'opinion
auprès des médecins généralistes du secteur.**

Président : Monsieur le Professeur Pascal DERKINDEREN
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Benoît RENARD

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	Page 1
MATERIELS ET METHODES	Page 2
RESULTATS	Page 10
DISCUSSION	Page 23
CONSLUSION & PERSCPECTIVES	Page 31
ANNEXES	Page 32
-annexe 1 : Questionnaires remis aux Médecins lors de la FMC du 17 juin 2011	Page 32
-annexe 2 : Notice d'information aux Médecins Généralistes	Page 34
-annexe 3 : Questionnaire adressé par fax	Page 35
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	Page 36

TABLEAUX DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1: Motifs d'exclusion secondaire des patients.	Page 10
Tableau 2: Caractéristiques démographiques de la population étudiée.	Page 11
Tableau 3: Délai entre les premiers symptômes et l'entrée dans l'établissement.	Page 12
Tableau 4: Régulation médicale et moyens de transport.	Page 12
Tableau 5: Evaluation clinique à l'entrée dans l'établissement.	Page 13
Tableau 6: type d'AVC diagnostiqué.	Page 14
Tableau 7: délai de réalisation de la TDM cérébrale, en fonction de l'heure d'arrivée du patient.	Page 15
Tableau 8: Modalités d'administration des antiagrégants plaquettaires.	Page 16
Tableau 9 : Caractéristiques des patients en fonctions de l'orientation initiale.	Page 17
Tableau 10: Caractéristiques des patients hospitalisés en fonction des services d'hospitalisation définitive.	Page 17
Tableau 11: Evaluation des patients par un professionnel de la rééducation.	Page 18
Tableau 12: Age et durée de séjour des patients, selon leur devenir.	Page 19
Tableau 13: Délai entre l'entrée du patient et la demande d'admission en Soins de Suite ou en Rééducation, et orientation effective de ces patients.	Page 19
Tableau 14: Existence dans le compte-rendu d'hospitalisation d'un examen clinique de sortie détaillant l'existence ou non de séquelles de l'AVC.	Page 20
Tableau 15: Complications de l'hospitalisation notées dans le compte-rendu d'hospitalisation.	Page 20
Tableau 16: Dépistage des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaires mentionnés dans le compte-rendu d'hospitalisation.	Page 21

LISTES DES ACRONYMES

AVC	Accident vasculaire cérébral
CHCL	Centre Hospitalier Côte de Lumière
CHD	Centre Hospitalier départemental
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
COMPAQ	COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité
CRH	Compte-rendu d'Hospitalisation
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ESD	Early Supported Discharge
FMC	Formation médicale continue
FRCNV	Facteurs de Risques Cardio-Neuro-Vasculaires
GCSMS	Groupeement de Coopération Social et Médico-Sociale
HAS	Haute Autorité de Santé
HGE	Hépto Gastro-Entérologie
HPST	Hôpital, Patient, Sécurité, Territoire
INSERM	Institut National Scientifique d'Etudes et de Recherches Médicales
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MG	Médecin Généraliste
NIHSS	National Institute of Health Stroke Score
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TDM	Tomodensitométrie
TRSV	Troubles du Rythme Supra Ventriculaires
TSA	Troncs Supra Aortiques
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UNP	Unité de Neurologie de Proximité
UNV	Unité Neuro-Vasculaire
USC	Unité de Soins Continus

1. INTRODUCTION

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) constitue une priorité nationale de santé publique. L'un des objectifs prioritaires de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est d'en réduire la fréquence ainsi que la sévérité des séquelles (1). Un état des lieux réalisé à la demande du Ministère de la Santé et des Sports en 2009 établit que les AVC représentent la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence et la troisième cause de mortalité (2). Lors de cette même année 2009, la prévalence française de la maladie est estimée à 400 000, l'incidence à 132 000 cas par an, et la dépense annuelle engendrée à environ 8,3 milliards d'euros. Leur nombre croissant, la gravité des séquelles et le coût pour la société constituent les trois raisons majeures de la mise en oeuvre du plan d'actions national et régional : « Accidents Vasculaires Cérébraux 2010-2014 ».

Ce plan se décline à l'échelon local sous la forme d'un maillage du territoire afin que les patients puissent être admis le plus rapidement possible dans une filière coordonnée. Le département de Vendée possède maintenant une Unité Neuro-Vasculaire (UNV), située au Centre Hospitalier Départemental (CHD) de la Roche-sur-Yon. Elle fonctionne en réseau avec l'UNV du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) référent, à Nantes. Au sein de ce même réseau, une Unité de Neurologie de Proximité (UNP) verra le jour en novembre 2011, dans le service de Médecine Interne et Polyvalente du Centre Hospitalier Côte de Lumière (CHCL) aux Sables d'Olonne.

Dans cette perspective, le CHCL et l'équipe médicale du service de Médecine Interne et Polyvalente ont participé à l'étude multicentrique rétrospective COMPAQ-HPST, pilotée conjointement par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'INSERM, évaluant par le biais de 6 indicateurs la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral. Nous avons en parallèle étendu le recueil de données au delà des six indicateurs choisis par les tutelles, afin de réaliser une étude de pratique locale plus représentative et informative, qui représente le premier volet de ce travail.

Le deuxième volet porte sur le compte-rendu d'hospitalisation (CRH) transmis aux médecins traitants, et plus particulièrement sur l'exhaustivité de la recherche, au cours de l'hospitalisation, des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaires (FRCNV) exposant à la récurrence d'AVC. Les médecins généralistes assument en effet actuellement l'essentiel de la prévention secondaire dans notre secteur sanitaire. Ce CRH, qui constitue leur seul vecteur de transmission avec les services hospitaliers, devrait donc comporter, outre l'évolution clinique du patient, la synthèse du dépistage et du traitement des facteurs de risque lors du séjour hospitalier. Un CRH incomplet expose en effet à deux risques : celui de méconnaître un facteur de risque de récurrence si l'absence d'information les conduit à supposer qu'il a été recherché et non retrouvé ; ou à l'inverse celui d'un surcoût pour la collectivité qu'induit une nouvelle réalisation en ville d'examen déjà réalisés lors de l'hospitalisation, mais non mentionnés dans le courrier de sortie.

Enfin, le dernier volet de ce travail est une étude d'opinion des médecins généralistes du secteur afin qu'ils déterminent, parmi les nombreuses mesures énumérées dans le Plan National AVC, celles dont la mise en oeuvre leur semble prioritaire lors de l'ouverture de notre UNP.

2. MATERIELS ET METHODES

A- L'ETABLISSEMENT

L'étude a été menée au sein du Centre Hospitalier Côte de Lumière aux Sables d'Olonne. Il s'agit d'un Centre Hospitalier Général comportant 188 lits de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO). Il est doté d'un service d'Urgences, d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) adossée au service d'Urgences, d'une Unité de Surveillance Continue (USC) mixte pneumo-cardiologique. Il n'y a pas de service de neurologie, pas de praticien diplômé dans cette spécialité, et, au moment de l'étude, pas de réseau formalisé avec les hôpitaux voisins (CHD de La Roche-sur-Yon, CHU de Nantes).

Trois kinésithérapeutes travaillent à plein temps dans les services de MCO, et 1 à mi-temps.

Un orthophoniste libéral est disponible à la demande mais à hauteur maximale d'un tiers-temps sur toute la structure hospitalière, comprenant donc aussi les services de Soins de Suite et Réadaptation (SSR), et de Soins de Longue Durée.

Il n'y a pas d'ergothérapeute.

Les moyens matériels associent :

- Un scanner 24h/24, avec possibilité de télétransmission vers le CHU de Nantes.
- Deux enregistreurs Holter-ECG
- Deux échocardiographes : une plateforme fixe permettant aussi la réalisation d'échocardiographie transoesophagienne, et d'écho doppler des troncs supra aortiques (TSA), et un appareil mobile n'autorisant que des évaluations transthoraciques.
- 10 lits équipés de scopes dans le service d'USC et de Cardiologie, 2 télémetries.

B- L'ETUDE

Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective observationnelle, menée chez les patients hospitalisés au CHCL pour un AVC du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2010 inclus. 100 dossiers ont préalablement été sélectionnés à partir des données PMSI, puis tirés au sort par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour l'Etude COMPAQ-HPST, dont les critères de randomisation ne sont pas publiés à ce jour. Cette étude institutionnelle est rétrospective, observationnelle, multicentrique (47 centres investigateurs dont 32 CHU et 9 Centres Hospitaliers Généraux) et vise à valider à l'échelle nationale 6 indicateurs relatifs à la prise en charge des AVC.

Nous avons utilisés ces 100 dossiers, mais étendu le recueil de données au-delà des six indicateurs des tutelles. Les différentes données requêtées sont détaillées ci-dessous.

a. CRITERES D'INCLUSION

- Patient > 18 ans
- Diagnostic Principal PMSI = codes I61.x, I63.x ou I64 à l'exception du code I63.6.

b. CRITERES d'EXCLUSION

- AVC intra hospitalier
- Décès pendant le séjour
- Séjour de moins de 24 heures
- Accident ischémique transitoire
- Les patients ne présentant pas un AVC de type ischémique ou un hématome intracérébral.

C- DONNES ANALYSEES

a. ETUDE DE PRATIQUE:

Les données suivantes ont été recherchées dans l'intégralité du dossier médical du patient, et dans les archives du centre 15 départemental.

- Les caractéristiques démographiques:
 - L'âge
 - Le sexe
 - Le mode de vie du patient avant l'AVC
 - Le lieu de vie (à domicile, en institution)
 - L'entourage (seul, conjoint, enfants, aides)
 - L'activité professionnelle (vie active ou retraite)
 - Un handicap éventuel préexistant (échelle de Rankin, altération cognitive, trouble phasique, déficit moteur).
- les modalités de prise en charge initiale de l'AVC:
 - La date et l'heure de début des symptômes
 - La date et l'heure de l'appel éventuel à la régulation SAMU
 - Le mode de transport (par ses propres moyens, ambulance, pompiers, SMUR)
 - La date et l'heure d'entrée dans l'Etablissement
 - Le service d'accueil (Urgences, ou autre service).
- la symptomatologie présentée:
 - Les constantes vitales : présence ou non d'une valeur de pouls, de pression artérielle et d'une glycémie capillaire
 - La réalisation de scores cliniques tels que le Glasgow ou le National Institute of Health Stroke Score (NIHSS)
 - L'existence d'un déficit moteur, d'un trouble phasique ou d'un trouble de la conscience.
- la prise en charge initiale:

- La date et l'heure de la réalisation de la première tomodensitométrie cérébrale (TDM) et la présence du compte-rendu d'imagerie dans le dossier médical
- Le type d'AVC
- La réalisation, chez les patients éligibles, d'une thrombolyse, et dans le cas contraire, la trace écrite d'une contre indication

Remarque : étaient considérés comme éligibles à la thrombolyse les patients présentant un AVC ischémique, sans trouble de conscience, admis aux urgences dans un délai en théorie inférieur à 4h30min pour ceux de moins de 80 ans, et 3h pour ceux de plus de 80 ans. Dans notre étude, la thrombolyse étant impossible sur le site du CHCL, ces délais ont été amputés du temps éventuel de transfert vers le CHD, estimé à 45minutes au minimum (validation par le neurologue, autorisation du centre 15 d'une non-converture SMUR même primaire du secteur sanitaire pendant le temps du transfert, 44 km de trajet).

- La posologie, la date et l'heure de la première administration d'antiagrégants plaquettaires et la molécule choisie
- En cas de non administration d'aspirine ou de clopidrogel à un patient présentant un AVC ischémique, la trace ou non d'une contre indication aux antiagrégants plaquettaires
- L'orientation initiale du patient après son passage aux urgences, et pour les unités non conventionnelles (USC et UHCD) la durée de séjour dans ces unités
- L'orientation définitive dans les services de soins conventionnels. La durée de séjour hospitalière du patient est celle du séjour dans ces services, éventuellement additionnée de celle des unités non conventionnelles
- L'évaluation ou non du patient par un professionnel de la rééducation, (kinésithérapeute, orthophoniste ou ergothérapeute), et la date de la première évaluation
- La réalisation éventuelle d'une Imagerie encéphalique par Résonance Magnétique (IRM)
- La date de première demande d'admission dans un service de SSR ou de Rééducation.

- Conditions de sortie:

- La date de sortie du service de MCO
- L'orientation : domicile avec ou sans aides, institution, SSR ou rééducation ou transfert
- La date de sortie de SSR pour les patients orientés dans ces structures.

**b. ETUDE DE QUALITE ET EXHAUSTIVITE DES
INFORMATIONS TRANSMISES AU MEDECIN TRAITANT.**

Les données suivantes ont été recherchées exclusivement dans les CRH des services d'Urgences, de MCO, de SSR ou de Rééducation.

- les complications hospitalières:

- pneumonie
- infection urinaire
- infection sur cathéter, central ou périphérique
- escarres
- autres complications notées.

- le handicap résiduel:

- trouble moteur
- trouble phasique
- trouble cognitif
- trouble de la déglutition.
- trouble des fonctions sphinctériennes
- autres handicaps notés.

- le dépistage des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaires (FRCNV): sont relevés, parmi les pathologies suivantes, la notion d'un antécédent déjà connu, ou d'un dépistage systématique au cours de l'hospitalisation (assorti du résultat si disponible).

- Hypertension artérielle
- Diabète
- Recherche d'une cardiopathie par échocardiographie, transthoracique ou transoesophagienne
- Athérome des troncs supra aortiques (TSA) par écho doppler.

- Troubles du rythme supra ventriculaires (TRSV) par la réalisation d'un Holter-ECG ou d'une télémétrie. Un patient scopé pendant au moins 24 heures en UHCD ou en USC est considéré comme ayant fait l'objet d'un dépistage des TRSV.
 - Tabagisme actif
 - Dyslipidémie
 - Surpoids.
-
- un bilan des FRCNV restant à réaliser, tout ou partie, en externe.

 - les conseils de suivi.

**c. ETUDE D'OPINION AUPRES DES MEDECINS
GENERALISTES DU SECTEUR SANITAIRE**

Le secteur sanitaire du CHCL comprend les communes suivantes: Brem sur Mer, le Château d'Olonne, l'Ile d'Olonne, Grosbreuil, la Mothe-Achard, les Sables d'Olonne, Olonne sur Mer et Talmont Saint-Hilaire.

Tous les médecins généralistes de ces communes figurant dans les Pages Jaunes ont été contactés.

3 méthodes différentes ont été utilisées dans ce but:

- une Formation Médicale Continue (FMC) organisée le 14 juin 2011 à la Clinique Porte Océane par le réseau du secteur. Le questionnaire soumis à ces médecins du réseau de FMC associe une étude sommaire de leurs pratiques, puis de leur ressenti quant au retour à domicile des patients hospitalisés au CHCL pour un AVC. Enfin et surtout, il leur est demandé de hiérarchiser la pertinence des différentes propositions du plan AVC 2010-2014 concernant le retour à domicile des patients atteints d'un AVC. Ce questionnaire est présenté en annexe 1.

- les médecins absents à cette FMC ont ensuite reçu deux courriels espacés d'une semaine d'intervalle décrivant notre démarche et accompagnés d'un questionnaire devant être réadressé par retour de courriel ou par télécopie.

- Enfin, en l'absence de réponse, un questionnaire simplifié a été adressé par télécopie, avec réponse demandée par retour de télécopie.

Les courriels et télécopies ont été accompagnés d'une courte introduction explicative et pédagogique. Le questionnaire envoyé par télécopie a de plus été simplifié. Ils sont respectivement présentés en annexes 2 et 3.

Aucune autorisation de la Commission Nationale Informatique et Libertés n'était nécessaire, toutes les données étant anonymes.

3. RESULTATS

A. L'étude de pratique

1 - Caractéristiques de la population étudiée.

Le diagnostic principal d'AVC est retrouvé dans le codage de 116 patients hospitalisés en 2010 au Centre Hospitalier Côte de Lumière.

Parmi les 100 dossiers tirés au sort, 20 ont été exclus secondairement. Les motifs d'exclusion sont précisés dans le tableau 1.

	Motifs d'exclusion (n=20)
Erreur codage	14
AVC intra-hospitaliers	4
Hospitalisation < 24h	1
Décès	1

Tableau 1: Motifs d'exclusion secondaire des patients.

Les résultats sont exprimés en nombre (n).

Parmi les 14 dossiers pour lesquels le diagnostic principal d'AVC est considéré a posteriori comme inadéquat, nous avons en fait dénombré 8 antécédents d'AVC, 2 hématomes cérébraux post-traumatiques, 2 AIT, un hématome sous-dural chronique, et une comitialité.

80 dossiers ont donc été exploités.

Les caractéristiques démographiques de ces 80 patients sont présentées dans le tableau 2

	Population étudiée (n=80)
Age (ans)	81 ± 9,4 (82)
Sex Ratio (M/F)	0,86
Mode de vie	
<u>Activité professionnelle</u>	1 (1)
<u>Lieu de vie</u>	
Domicile	57 (71)
Institution	11 (14)
Non renseigné	12 (15)
<u>Entourage à domicile</u>	
Seul	18 (22)
Conjoint	19 (24)
Enfant-aide-proche	5 (6)
Non renseigné	15 (19)
Handicap préalable	
<u>Déficit moteur</u>	
Aucun	24 (30)
Aide technique	7 (9)
Monoplégie-parésie	3 (4)
Hémiplégie	3 (4)
Grabataire	2 (2)
Non renseigné	41 (51)
<u>Trouble phasique</u>	
Aucun	17 (21)
Dysphasie	2 (2)
Aphasie	1 (1)
Non renseigné	60 (75)
<u>Trouble cognitif</u>	
Aucun	7 (9)
Modéré	11 (14)
Sévère	3 (4)
Non renseigné	59 (74)

Tableau 2: Caractéristiques démographiques de la population étudiée.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne ± écart-type (médiane),
et les variables qualitatives en nombre (%).

2- Prise en charge initiale

a- prise en charge pré-hospitalière

Dans près de la moitié des cas, l'admission du patient a eu lieu plus de 12 heures après la survenue des premiers symptômes neurologiques. Moins d'un patient sur 5 arrive dans un délai de 3h.

Population étudiée (n=80)	
>12h	37 (46)
<12h	10 (12)
<6h	9 (11)
<4h	4 (5)
<3h	3 (4)
<2h	12 (15)
<1h	0 (0)
Non Calculable	5 (6)

Tableau 3: Délai entre les premiers symptômes et l'entrée dans l'établissement.

Les résultats sont exprimés en n (%)

Les 5 dossiers pour lesquels le délai n'était pas calculable sont ceux des 5 patients transférés d'un hôpital à un autre, et donc admis directement dans un service de MCO après une prise en charge initiale dans un autre Service d'Accueil et d'Urgences (SAU).

La moitié de ces patients ou de leur entourage a auparavant appelé le centre 15. La majorité des patients arrive à l'hôpital en ambulance non médicalisée.

Population étudiée (n=80)	
Régulation par le centre 15	40 (50)
Moyens de transport	
Ambulance privée	49 (61)
Pompiers	9 (11)
SMUR	1 (1)
Propres moyens	11 (15)
Transferts	5 (6)
Non renseigné	5 (6)

Tableau 4: Régulation médicale et moyens de transport.

Les résultats sont exprimés en n (%)

b- prise en charge au SAU

- évaluation clinique

A l'arrivée au SAU, le pouls et la pression artérielle sont mesurés et relevés pour la quasi-totalité des patients. Dans 61% des cas, on retrouve également une mesure de glycémie capillaire.

En revanche, une évaluation neurologique standardisée n'est retrouvée respectivement que chez 31 et 2 patients pour les scores de Glasgow et NIHSS. 6 patients présentaient des troubles de conscience: 3 avec un score de Glasgow évalué à 14, les 3 autres valeurs se situant entre 10 et 13.

Les détails de l'évaluation neurologique non standardisée sont présentés dans le tableau 5.

	Population étudiée (n=80)
Constantes vitales	
Prise de pouls	76 (95)
Prise de PA	75 (94)
Hémoglucotest	49 (61)
Scores cliniques	
NIHSS	2 (2)
Glasgow	31 (39)
Evaluation clinique	
<u>Déficit moteur</u>	
Aucun	15 (19)
Monoparésie	15 (19)
Monoplégie	5 (6)
Hémi-parésie	21 (26)
Hémiplégie	14 (17)
Non renseigné	10 (13)
<u>Trouble phasique</u>	
Aucun	11 (14)
Dysphasie	27 (34)
Aphasie	20 (26)
Non renseigné	22 (27)
<u>Troubles de conscience</u>	
Absents	25 (31)
Présents	6 (7)
Non renseignés	49 (61)

Tableau 5: Evaluation clinique à l'entrée dans l'établissement.

Les résultats sont exprimés en n (%)

- évaluation tomодensitométrie

Une tomодensitométrie encéphalique a été réalisée chez tous les patients. Le compte-rendu radiologique figure dans 90% des dossiers.

65 patients présentaient un AVC ischémiqиe, 15 un AVC hémorragique.

L'AVC était situé dans le territoire sylvien dans 90% des cas.

	Population étudiée (n=80)
AVC sylvien	
ischémique	62 (77)
hémorragique	12 (15)
AVC cérébelleux	
ischémique	2 (2)
hémorragique	2 (2)
AVC du tronc cérébral	
ischémique	1 (1)
hémorragique	1 (1)

Tableau 6: type d'AVC diagnostiqué.

Les résultats sont exprimés en n (%)

Les délais de réalisation de cette TDM après l'arrivée au SAU, en fonction de l'heure d'arrivée du patient aux urgences, sont détaillés dans le tableau 7.

Ce délai n'a pas pu être calculé dans 11 cas, pour les raisons suivantes:

- 5 transferts.
- 2 comptes-rendus de TDM réalisées au CHCL non disponibles.
- 2 heures d'entrée non retrouvées.
- 1 heure de TDM non notée sur le compte rendu.
- 1 transfert vers le CHD en post urgence pour la réalisation d'une IRM.

Le délai moyen de réalisation de la TDM est de 12 heures, et le délai médian de 9 heures. En excluant les TDM réalisées après 24 heures, le délai moyen de réalisation de la TDM est de 5h 56min (délai médian de 3h 47min). En stratifiant les patients selon leur heure d'arrivée, ce délai est de 5h 15min pour les patients admis entre 6h et 21h, et de 7h 22min pour les patients entrés entre 21h et 6h. Les délais médians respectifs sont de 2h 34min et 7h 12min. Ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

Pour 46% des patients entrés entre 6h et 21h, le scanner a lieu dans les 3h suivant leur admission, alors que ce pourcentage est de 8% pour ceux entrés entre 21h et 6h. Cette différence est statistiquement significative (Khi-deux: $p=0,01$).

Pour les patients entrés entre 21h et 6h, le scanner a lieu dans 58% des cas dans un délai de 6 à 12h, contre 2% pour les patients admis entre 6h et 21h. Cette différence est également statistiquement significative (Khi-deux: $p=0,03$).

	Entrée entre 6h et 21h (n=57)	Entrée entre 21h et 6h (n=12)
<1h	8 (14)	1 (8)
<3h	18 (32)	0
3-6h	12 (21)	3 (25)
6-12h	1 (2)	7 (58)
12-24h	10 (18)	0
>24h	8 (14)	1 (8)

Tableau 7: délai de réalisation de la TDM cérébrale, en fonction de l'heure d'arrivée du patient.

Les résultats sont exprimés en n (%).

- Traitement initial

Parmi les 65 patients ayant présenté un AVC ischémique, 75% ont reçu des antiagrégants plaquettaires. La molécule privilégiée est l'aspirine, administrée dans 17% des cas dans un délai de 3heures après la réalisation de la TDM.

Les détails de cette administration, le type d'antiagrégants et le délai d'administration après le scanner pour 61 de ces 65 patients, sont mentionnés dans le tableau 8.

A noter que 4 patients ont reçu de l'aspirine avant la TDM.

	AVC ischémique (n=65)
Antiagrégant plaquettaire administré	
Aspirine	46 (71)
Clopidogrel	3 (5)
Total	49 (75)
Délai TDM-aspirine	
< 3h	11 (17)
3-24h	15 (23)
>24h	10 (15)
Avant TDM	4 (6)
Non renseigné	6 (9)

Tableau 8: Modalités d'administration des antiagrégants plaquettaires.

Les résultats sont exprimés en n (%).

La posologie de l'aspirine était conforme aux recommandations chez 33 patients. Dans ce cas, elle a été le plus souvent administrée dans les 24 premières heures (16 patients soit 48 %).

Onze patients reçoivent l'aspirine dans les 3 heures et à posologie correcte soit 17% de la population atteinte d'un AVC ischémique.

Parmi cette population, 16 patients n'ont pas reçu d'aspirine: 12 avaient une indication d'anticoagulation au long cours sans indication évidente d'antiagrégation, 2 avaient une contre-indication notée aux antiagrégants plaquettaires. Pour 2 d'entre eux en revanche, nous n'avons retrouvé aucun argument, tant de non-indication que de contre-indication.

Parmi les 7 patients éligibles à un traitement par thrombolyse, aucun n'a reçu ce traitement. Deux de ces patients avaient une contre-indication notée dans l'observation médicale des urgences. Deux ont présenté des symptômes spontanément régressifs. Pour les trois autres, aucune justification n'a été retrouvée.

Quinze patients ont présenté un AVC hémorragique. Parmi eux, un a été traité par aspirine durant 3 jours, avant la réalisation de la première imagerie cérébrale.

- Orientation après le SAU

39% des patients sont initialement transférés dans une unité non conventionnelle, le plus souvent l'UHCD.

L'âge moyen des patients, l'existence ou non de troubles cognitifs préalables en fonction de cette orientation initiale sont présentés dans le tableau 9.

Les patients hospitalisés initialement en USC sont plus jeunes que ceux hospitalisés en Gériatrie (test de Student ; $p=0,02$). Il n'y a pas d'autre différence significative (âge ou existence de troubles cognitifs) selon les services.

	UHCD (n=19)	USC (n=12)	Cardiologie (n=8)	Médecine (n=19)	Gériatrie (n=21)	HGE* (n=1)
Age (ans)	81±7 (81)	76±13 (79)	79±10 (83)	78±9 (79)	87±5 (85)	92
Trouble cognitif pré-existant						
Aucun	3 (16)	3 (25)	0	2 (11)	1 (5)	0
Modéré	3 (16)	0	2 (25)	1 (5)	5 (23)	0
Sévère	1 (5)	0	0	2 (11)	1 (5)	0
Non renseigné	12 (63)	9 (75)	6 (75)	14 (74)	14 (67)	1(100)

Tableau 9 : Caractéristiques des patients en fonctions de l'orientation initiale
(* : Hépatogastro-entérologie)

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne ± écart-type (médiane),
et les variables qualitatives en nombre (%)

c- Hospitalisation définitive des patients.

Parmi les 19 patients orientés en première intention vers l'UHCD du service des Urgences, 6 ont été transférés secondairement en Gériatrie, 5 en Médecine Polyvalente, 5 en Cardiologie, et 3 en USC de Cardiologie.

Onze des 12 patients initialement hospitalisés à l'USC de Cardiologie ont ensuite été transférés en Cardiologie conventionnelle. Un patient a été transféré en Médecine Interne et Polyvalente.

L'âge moyen des patients, l'existence ou non de troubles cognitifs préalables et les durées moyennes et médianes de séjour sont présentés dans le tableau 10.

	Cardiologie (n=27)	Gériatrie (n=27)	Médecine (n=25)	HGE (n=1)
Age (ans)	80 ± 8 (81)	87 ± 17 (86)	76 ± 11 (79)	92
Durée de séjour (j)	7,9 ± 4,8 (6,9)	16,2 ± 11 (14,1)	12 ± 11,9 (6,6)	12
Trouble cognitif pré-existant				
Aucun	3 (11)	2 (7)	2 (8)	0
Modéré	4 (15)	5 (19)	2 (8)	0
Sévère	0	0	3 (12)	0
Non renseigné	20 (74)	20 (74)	18 (72)	1 (100)
Provenance				
Domicile	15 (56)	23 (85)	18 (72)	1 (100)
Institution	3 (11)	4 (15)	4 (16)	
Donnée manquante	9 (33)	0	3 (12)	

Tableau 10: Caractéristiques des patients hospitalisés en fonction des services d'hospitalisation définitive.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne ± écart-type (médiane),
et les variables qualitatives en nombre (%)

Il n'y a pas de différence significative (âge ou existence de troubles cognitifs) selon les services.

- évaluation par un professionnel de la rééducation

44 patients ont été évalués au moins une fois par un professionnel de la rééducation.

6,3 % des patients ont été évalués par un kinésithérapeute et un orthophoniste, aucun par un ergothérapeute.

Le délai moyen de la première intervention est de 3,6 jours en moyenne.

La répartition selon les services est présentée dans le tableau 11.

	Cardiologie (n=27)	Gériatrie (n=27)	Médecine (n=25)	HGE (n=1)
Evaluation par un professionnel de la rééducation	4 (15)	21 (78)	18 (72)	1 (100)
Kinésithérapeute	0	16 (59)	15 (60)	1 (100)
Orthophoniste	3 (11)	4 (15)	0	0
Kinésithérapeute + orthophoniste	1 (4)	1 (4)	3 (12)	0

Tableau 11: Evaluation des patients par un professionnel de la rééducation.

Les résultats sont exprimés en n (%).

- devenir des patients

Les durées moyenne et médiane de séjour, tous patients confondus, sont respectivement de 12,1 et 16,4 jours.

Après l'hospitalisation conventionnelle, près d'un patient sur 3 retourne à domicile sans aides, et un sur 10 avec des aides. Environ un patient sur 4 est transféré en SSR ou en Rééducation, proportion sensiblement identique à celle de la population institutionnalisée au décours de l'AVC.

Les détails de ces résultats sont présentés dans le tableau 12.

	Population étudiée (n=80)	Age moyen (ans)	Durée de séjour (j)
Domicile sans aides	24 (30)	78 ± 10 (80)	7,5 ± 6,2 (5,9)
Domicile avec aides	9 (11)	85 ± 7 (84)	11,7 ± 9,8 (9,2)
SSR	12 (15)	87 ± 4 (86)	18,1 ± 8,4 (16,3)
Rééducation	7 (9)	70 ± 14 (75)	10,6 ± 5,4 (9,6)
Institution	18 (22)	86 ± 5 (85)	16,1 ± 13 (10,8)
Non renseigné	8 (10)	79 ± 6 (79)	9,7 ± 5 (12,7)
Transferts CHD	2 (2)	75 ± 5	

Tableau 12: Age et durée de séjour des patients, selon leur devenir.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne ± écart-type (médiane),
et les variables qualitatives en nombre (%)

- Soins de Suite et Rééducation

Une trace de demande de transfert en Soins de Suite ou en Rééducation a été retrouvée dans 25 dossiers.

Cette demande est formulée en moyenne 6 jours après l'entrée du patient.

Elle est acceptée dans presque 2/3 des cas. Dans le cas contraire, les patients sont alors majoritairement institutionnalisés.

Le reste des résultats est présenté dans le tableau 13.

	Demande SSR (n=25)
Délai entrée-demande (j)	6,1 ± 6,9 (4,9)
Délai demande-transfert SSR (j)	11,5 ± 6,8 (11)
Devenir	
Soins de Suite	10 (40)
Rééducation	6 (24)
Institution	5 (20)
Domicile sans aide	3 (12)
Non renseigné	1 (4)

Tableau 13: Délai entre l'entrée du patient et la demande d'admission en Soins de Suite ou en Rééducation, et orientation effective de ces patients.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne ± écart-type (médiane),
et les variables qualitatives en nombre (%)

La durée moyenne de séjour en SSR et en Rééducation est respectivement de 33 et 52 jours.

B. Qualité de l'information médicale transmise aux médecins traitants

- Complications de l'AVC

Un examen clinique de sortie décrivant systématiquement l'existence ou l'absence de troubles moteurs ou sensoriels n'est retrouvé que dans une minorité de CRH. Les détails de ces résultats sont présentés dans le tableau 14.

	CRH étudiés (n=80)
Evaluation clinique dans le CRH	
Capacités locomotrices	69 (86)
Facultés cognitives	20 (25)
Existence ou non de troubles phasiques	40 (50)
Existence ou non de troubles de déglutition	11 (14)
Elimination urinaire	6 (8)
Elimination ano-rectale	3 4)

Tableau 14: Existence dans le compte-rendu d'hospitalisation d'un examen clinique de sortie détaillant l'existence ou non de séquelles de l'AVC.

Les résultats sont exprimés en n (%).

- Complications survenues pendant l'hospitalisation

Là encore, peu de complications sont notées dans les CRH. La complication principale est l'infection urinaire, retrouvée chez 11 patients.

Les détails de ces résultats sont présentés dans le tableau 15.

	CRH étudiés (n=80)
Infection urinaire	11 (14)
Pneumonie	6 (8)
Escarre	4 (5)
Infection de cathéter	0
Autres	21 (26)

Tableau 15: Complications de l'hospitalisation notées dans le compte-rendu d'hospitalisation.

Les résultats sont exprimés en n (%).

Les autres complications que nous avons relevées étaient les suivantes : 6 crises convulsives, 4 syndromes dépressifs, 3 syndromes infectieux (1 parotidite et 1 fièvre isolée), 2 chutes, 2 décompensations cardiaques gauches.

- Optimisation de la prévention secondaire

La majorité des patients a un antécédent noté d'HTA.

En revanche, le dépistage systématique des autres FRCNV n'est le plus souvent pas mentionné dans les dossiers de sortie.

Les détails de ces résultats sont présentés dans le tableau 15.

	Antécédent	Dépistage -	Dépistage +	Non mentionné
HTA	54 (67)	2 (2)	2 (2)	22 (27)
Diabète	12 (15)	7 (87)	2 (2)	59 (74)
Dyslipidémie	14 (17)	8 (10)	5 (6)	53 (66)
Surpoids	2 (2)	2 (2)	0	76 (95)
TDRSV	18 (22)	12 (15)	15 (19)	35 (44)
Athérome carotidien	1 (1)	8 (10)	30 (37)	41 (51)
Tabagisme	11 (14)	3 (4)	<i>Non Applicable</i>	66 (82)

Tableau 16: Dépistage des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaires mentionnés dans le compte-rendu d'hospitalisation.

Les résultats sont exprimés en n (%).

La recherche d'une cardiopathie par échocardiographie trans-thoracique est signalée chez 41 des 80 patients, le plus souvent dans les courriers de sortie de Cardiologie (78%). Aucune réalisation d'échocardiographie trans-oesophagienne n'est mentionnée.

Dans 37 courriers figuraient des conseils de suivi.

Des bilans en externe étaient conseillés ou organisés pour 24 patients.

C. Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes du secteur sanitaire du CHCL

61 médecins généralistes ont été contactés. 21 réponses ont été obtenues.

18 l'ont été lors de la FMC du 18 juin 2011.

34 courriels ont été envoyés, à deux reprises, aboutissant à 1 réponse.

39 télécopies ont ensuite été envoyées, aboutissant à 2 réponses supplémentaires.

L'expérience quotidienne des médecins généralistes, dont 62% comptent plus de 15 ans d'expérience professionnelle, vis à vis des patients atteints d'un AVC se résume ainsi :

- 73% estiment la prévalence de cette maladie dans leur patientèle à moins de 20 cas, et 83 % son incidence à moins de 10 cas par an.
- 73% considèrent souvent ou le plus souvent le retour à domicile de ces patients comme une source de problème.
- 80% des médecins jugent que l'organisation du retour à domicile des patients par l'équipe du CHCL n'est correctement anticipée et organisée qu'une fois sur deux.
- 83% voient leurs patients systématiquement dès leur retour à domicile, et parmi ces médecins 70% proposent une consultation trimestrielle systématique.
- 33% estiment applicables les recommandations de bonne pratique.

Parmi les différentes mesures du plan AVC 2010-2014, les 21 médecins généralistes ayant participé à notre enquête souhaitent voir privilégier les deux mesures suivantes:

- la mise en place d'une consultation hospitalière spécialisée à distance (52% des réponses).
- la création d'un mémento récapitulatif pour le médecin traitant (33% des réponses).

4. DISCUSSION

a. Sujet

Le retour à domicile des patients hospitalisés pour un AVC est considéré comme problématique dans le rapport ministériel de 2009 (2). Dans le plan AVC 2010-2014 (3), il est établi que tout progrès réalisé pour cette étape entraînerait une amélioration de l'efficacité de l'ensemble de la chaîne.

Ce travail avait initialement été centré sur cette partie de la prise en charge mais une évidence s'est imposée rapidement: l'étude du retour à domicile implique de connaître au préalable la population touchée et le reste des actions entreprises durant le séjour hospitalier afin d'en tirer des actions correctives.

Si l'analyse des courriers et de l'enquête auprès des médecins généralistes cible effectivement la fin du processus hospitalier et l'interface ville-hôpital, l'étude de pratique ne se borne pas au seul retour à domicile.

b. Méthode employée

Par définition, cette étude de pratique rétrospective n'a pas permis de calcul d'incidence et les données sont purement descriptives.

Son caractère rétrospectif a pu entraîner des biais de mémorisation qui sont restés définitifs avec des données hétérogènes ou manquantes. Pour tenter de limiter ces biais de mémorisation, le recueil de données a été concentré sur une période de 6 semaines et n'a été réalisé que par deux investigateurs, qui ont travaillé le plus souvent seuls. Des réunions de mise au point et des séances de recueil communes ont permis d'homogénéiser au maximum la technique de recueil.

Les effectifs de la population étudiée sont trop limités pour réaliser une étude statistique concernant la prise en charge des facteurs de risque cardio-neuro-vasculaire et rendent difficile la comparaison avec d'autres études où les effectifs sont souvent au moins dix fois supérieurs. La taille de l'échantillon a été imposée par la méthodologie de l'HAS sur laquelle nous avons souhaité nous appuyer. Cette population est en revanche très représentative des patients hospitalisés en 2010 au CHCL pour un AVC, puisqu'elle inclut 70% des patients dont le séjour hospitalier a été identifié comme tel, et 82% si l'on exclut les erreurs de codage.

La méthodologie utilisée excluait les patients décédés durant l'hospitalisation et rendait donc d'emblée impossibles les calculs de mortalité hospitalière.

Le deuxième volet de ce travail a volontairement été limité à l'étude de l'exhaustivité des CRH adressés aux médecins traitants. La limite évidente est que ce document n'est pas forcément le reflet de la prise en charge hospitalière réelle.

L'enquête d'opinion réalisée auprès des médecins généralistes s'est soldée par un taux de réponse faible, rendant nécessaire une modification de la forme du questionnaire et du media choisi. Le faible taux de réponse observé ensuite dédouane ce changement de protocole d'un éventuel biais d'interprétation.

c. Résultats

- Etude de pratique

Comparés aux recommandations, les résultats de l'étude de pratique ont montré que la prise en charge des patients atteints d'un AVC dans l'établissement est extrêmement variable d'un indicateur à l'autre.

Le premier résultat est l'exclusion de l'étude de 14 dossiers (soit 14%) du fait d'un codage erroné. Ce chiffre soulève deux remarques : les professionnels de santé sont-ils assez formés et investis vis-à-vis de cette tâche ? Quelle est la valeur des données PMSI sur lesquelles s'appuient beaucoup d'études, de rapports et de décisions politiques de santé ?

Il convient de constater que notre taux d'erreur est nettement supérieur à celui observé à l'échelon national pour l'étude COMPAQ (255 séjours, ce qui représente seulement 6,5 % des dossiers). Existe-t-il un simple problème local de qualité de codage ? Avons-nous interprété plus strictement les critères d'exclusion ? Un audit ou la participation de l'Etablissement à d'autres études multi-centriques est indispensable pour répondre à ces questions.

Démographie

La moyenne d'âge de la population étudiée est de 81 ans, en comparaison à celle de 73 ans retrouvée lors du rapport ministériel de juin 2009 concernant la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France (2).

Le sex ratio (M/F) est de 0,86 dans la population sélectionnée, comparé à la valeur de 1,04 pour la région Pays de la Loire en 2009.

Cette différence ne remet pas en cause la représentativité de notre échantillon de population. Elle ne peut être imputée aux dossiers exclus secondairement, eux non randomisés : la proportion masculine y est de 45%, pour 46% dans les 80 dossiers étudiés.

Elle s'explique en revanche facilement par la démographie du bassin de population. La moyenne d'âge des habitants des Sables d'Olonne est élevée, 54 ans, contre 40 ans en Vendée, 38 ans en Pays de la Loire et 40 ans sur l'ensemble du territoire français (source: Insee 2010). Or ce sex-ratio, comme l'attestent les données de la littérature, est inversement proportionnel à l'âge de la population (4). Ce phénomène est amplifié par l'exclusion des patients hospitalisés moins de 24 heures, a priori transférés vers des UNV et donc vraisemblablement plus jeunes, ce qui induit un premier biais de sélection supplémentaire.

Pré-hospitalier

50 % des patients ou de leur entourage ont joint le centre 15 lors de la prise en charge pré-hospitalière, chiffre comparable à celui observé dans l'étude nationale (2). Cependant, seuls 19% des patients arrivent aux urgences dans un délai de moins de 3 heures, contre 36 % aux Etats-Unis (5) et surtout 50 % dans la population nationale d'après le rapport ministériel (2). Un message simple pour optimiser ces délais figure dans un article australien: « appelez immédiatement une ambulance » (6). Ce conseil est adressé à la fois aux patients, à leur

entourage ainsi qu'aux médecins de famille et tous leurs collaborateurs. Cette étude confirme en effet un retard global à l'appel d'une ambulance dans la population et une majoration du délai entre le début des symptômes et la prise en charge hospitalière lorsque le médecin de famille est appelé en premier. On pourrait facilement adapter ce message au système de régulation français « faites le 15 ».

Des campagnes d'information ont d'ailleurs été menées à l'initiative de collectivités locales, de fondations ou d'associations, notamment dans les villes de Marseille ou de Limoges, pour améliorer ces résultats. A Marseille, une campagne d'affichage sur tous les panneaux et espaces publicitaires de la ville poursuivie pendant trois mois a entraîné une multiplication du taux brut de thrombolyse par deux (2).

Pour l'autre maillon de l'urgence, à savoir le délai entre l'apparition des symptômes et la réalisation d'une imagerie cérébrale, des campagnes d'information choc « time is brain » (7) ont aussi été organisées, par analogie aux infarctus du myocarde, avec pour objectif de réduire ce délai à 1 heure pour les patients (8) : la « golden hour ».

Ces campagnes d'information pour la population générale seront donc d'autant plus efficaces que les patients et leurs proches ont déjà acquis le réflexe d'appeler des secours, comme le sous-entend indirectement la faible proportion de patients arrivant par leurs propres moyens. Reste à faire passer le message, au public et aux professionnels, qu'il faut non seulement appeler, mais vite, et au bon endroit.

Hospitalier

La proportion importante de données manquantes pour de nombreux items requêtés altère la signification de l'analyse des résultats, notamment pour ce qui concerne l'évaluation clinique à l'entrée.

L'évaluation standardisée de l'état neurologique du patient est trop rare. Nous n'avons retrouvé que 31 évaluations du score de Glasgow dont 6 attestaient de l'existence de troubles de la conscience, avec une valeur minimale observée de 10. Il semble logique de ne pas retrouver de patients comateux, qui ont vraisemblablement été transférés en réanimation, ou sont décédés s'ils sont restés sur site après une limitation de soins, entraînant leur exclusion de l'étude.

Nous n'avons recensé que 2 mesures du score NIHSS, bien que l'utilisation de cette échelle est recommandée par l'HAS et la Société Française de Neuro Vasculaire (9).

Quant à l'évaluation non standardisée, il est vraisemblable, au vu des pratiques quotidiennes, que l'absence de renseignement sous-entende l'absence de trouble observé.

TDM

La présence de 5 patients ayant fait l'objet de transferts parmi les 80 dossiers modifie l'interprétation de certains délais moyens entre l'apparition des symptômes et la prise en charge, ainsi que le délai de réalisation de la TDM.

Le pourcentage d'AVC ischémiques est cohérent avec les chiffres nationaux (81% dans notre étude, 80 % pour les données de référence nationales) et internationaux (84% de l'ensemble des AVC pour le recueil du programme GWTG-Stroke, confirmant la représentativité de notre population (5).

Le point positif est que tous les patients ont eu une imagerie encéphalique. Toutefois, elle est encore trop souvent retardée après le passage aux urgences : 22% des patients passent le scanner après 24h, donc vraisemblablement après le passage aux urgences, contre 6% dans COMPAQ (10). Il est également indéniable que les délais moyens de réalisation du scanner aux urgences sont trop longs, de jour et plus encore de nuit. Notre délai médian est de 3h 47min, plus de deux fois supérieur (1h50) à celui observé au niveau national en 2009 et dans la récente étude COMPAQ, respectivement de 1h 50min et 1h 48min (2,10).

Ces chiffres peuvent en partie s'expliquer par des difficultés locales que ne connaissent peut-être pas les CHU, hôpitaux grandement majoritaires dans l'étude COMPAQ. Il n'y a pas, contrairement à la majorité des structures plus importantes, de scanner dédié à l'urgence qui permet le jour, de s'affranchir des délais d'attente générés par les examens programmés indispensables au bon fonctionnement d'un Etablissement puisque tarifés T2A. Pour la période de nuit, les radiologues ne sont pas assez nombreux (2,8 équivalents temps-plein) pour assumer une garde sur place. Ils assurent néanmoins malgré cette pénurie une astreinte autonome, qui ne couvre pas que le champ de l'AVC.

Une amélioration de ces chiffres nous semble toutefois urgente. Les moyens sont multiples. La pathologie neuro-vasculaire doit avant tout être priorisée au sein du service d'imagerie. A terme, la télémédecine permettra sûrement de répondre en partie aux dysfonctionnements organisationnels. D'ici là, la télé interprétation des scanners, effective 14 nuits par mois depuis cet été ne nous apporte que des satisfactions, dont la portée devra cependant être estimée objectivement.

Nous évaluerons parallèlement les différences globales de prise en charge en fonction des jours d'admission, en semaine ou le week-end. Les données de la littérature sont en effet contradictoires à ce sujet. Si une étude canadienne multicentrique rapporte un taux de mortalité intra hospitalière plus important, ainsi qu'une proportion moindre de patients retournant dans le même lieu de vie s'ils sont admis le week-end (11), une étude réalisée dans le New Jersey nuance cet « effet week-end » en ne retrouvant pas de surmortalité intra hospitalière ou à 90 jours si les patients ont transité dans une UNV à l'inverse des constatations observées pour les patients hospitalisés le week-end dans les hôpitaux ne comportant pas d'UNV (12).

Administration d'anti-agrégants plaquettaires

Cet indicateur est extrêmement péjoratif, et justifie à lui seul des mesures correctives urgentes.

Tout d'abord, quatre patients ont reçu de l'aspirine avant la réalisation d'une imagerie cérébrale, ce qui est contraire à toutes les recommandations. Ces dossiers ont été revus, vérifiés, et l'heure relevée correspond effectivement à l'heure d'administration.

Si 96% des patients relevant de l'indication d'un anti-agrégant ont reçu ce médicament, seuls 60% le reçoivent dans les 24h qui suivent l'imagerie. Chez 27% des patients, une posologie non recommandée, le plus souvent 75mg d'aspirine, est administrée, tout délai confondu. Des campagnes de sensibilisation peuvent, là encore, améliorer les performances d'une chaîne de soins. Dans le recueil du « Get with the Guidelines », 96% des AVC ischémiques, en rythme sinusal et sans contre indications ont un reçu un antiagrégant à dose adaptée.

Thrombolyse

Aucun patient n'a été thrombolysé. Cette donnée est facilement expliquée par l'absence d'autorisation de notre établissement, justifiant si possible leur orientation primaire vers le CHD, ou leur transfert urgent.

Pour autant, chez trois patients a priori éligibles à la thrombolyse, nous n'avons pas retrouvé d'argument évident justifiant l'absence de transfert vers un centre référent dans ce but. Une fois de plus, le caractère rétrospectif de l'étude ne permet pas de trancher entre une réelle perte de chance pour le patient, ou une mauvaise tenue de dossier omettant de tracer un avis neurologique, ou une éventuelle contre-indication.

L'absence de prise en compte des délais incompressibles de transfert entre le CHCL et le CHD est, à notre avis, une limite méthodologique de cette étude institutionnelle, qui ne modifie cependant en rien le nombre de patients éligibles non thrombolysés.

Orientation post urgence

Les patients sont, après les urgences, orientés préférentiellement vers l'UHCD, l'USC, la cardiologie, la médecine interne, ou la gériatrie. Nous n'avons pas observé de critères particuliers justifiant cette orientation, hormis l'âge pour l'USC et la gériatrie. L'hospitalisation définitive se répartit de manière homogène entre les 3 derniers services, là encore sans raison. Les effectifs limités dans chaque groupe, et la tenue insuffisante des dossiers n'autorisent pas d'autre conclusion.

La création d'une UNP, structure unique, et la formalisation avec nos collègues de l'USC, des urgences et de l'UHCD de protocoles d'orientation devrait permettre la disparition de ces pratiques arbitraires ou aléatoires.

Evaluation par un professionnel de la rééducation

La proportion de patients (55%) évalués par un professionnel de la rééducation classe honorablement l'établissement en catégorie B dans l'étude COMPAQ.

La disparité d'évaluation par un kinésithérapeute observée entre les services de médecine interne et de gériatrie (respectivement 72 et 63%) et celui de cardiologie (1seul patient) doit être modulée par le handicap du kinésithérapeute affecté à ce dernier service. Il est non-voyant, et utilisait pour tracer ses interventions, un logiciel spécifique qui n'a pas été mis à jour lors de l'informatisation de l'Etablissement. Toute traçabilité de son activité, pourtant réelle, est donc impossible.

L'évaluation par un orthophoniste est quant à elle nettement insuffisante, puisque réalisée chez seulement 15% des patients.

Le délai médian de première évaluation est de 3,6 jours. Là encore, ces délais doivent être raccourcis, conformément aux recommandations, puisque la précocité de la rééducation est un facteur prouvé d'amélioration du pronostic fonctionnel des patients (13)

Ce concept de Neuroréhabilitation précoce est déjà très usité chez nos voisins suisses (14), et semble trouver son pendant français dans les UNV. Notre UNP devra appliquer au maximum ce concept, aidée en cela par le regroupement des patients, et de soignants intéressés et formés à la pathologie neuro-vasculaire, même si leurs effectifs s'avèrent insuffisants.

Devenir

La durée moyenne de séjour, tous patients confondus, et d'un peu plus de 12 jours. Ce chiffre est comparable à celui publié en 2001 (15).

Les patients orientés après leur AVC vers les SSR, une institution ou qui nécessitent des aides à domicile ont une moyenne d'âge supérieure à 85ans. En comparaison, l'âge médian des patients transférés en rééducation est de 75ans.

Si l'on compare ce devenir à celui des 125 000 patients âgés de 80 à 90 ans issus du programme GWTG-Stroke, le pourcentage de nos malades rentrant à domicile sans aides est sensiblement identique (30 vs 31%). Celui des personnes rentrant avec des soins à domicile est nettement inférieur (11 vs 32%). Ce type de prise en charge en vigueur outre-Atlantique préfigure peut-être l'évolution de la santé publique en France, sous réserve de l'influence des considérations économiques anglo-saxonnes, en particulier concernant le coût des soins hospitaliers

Parallèlement, l'orientation vers les institutions est de 6 % contre 22 % dans notre Etablissement. La comparaison de ces chiffres bruts est toutefois impossible car dans notre travail, 12 patients provenaient déjà d'une institution, alors que le recueil américain ne fournit pas d'information exploitable dans ce domaine.

Le plan national évoquait la possibilité d'organiser la mise en place de groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) à l'échelon local pour améliorer la prévention secondaire, l'éducation des patients et de leurs familles et faciliter les démarches sociales, et donc de favoriser le maintien à domicile. Dans le même but, était suggérée la création d'équipes mobiles pour faciliter le retour à domicile des patients après évaluation du lieu et des conditions de vie, inspirées du concept anglo-saxon d' « early supported discharge (ESD) » (16). Il est évident que ces mesures de Santé Publique ne peuvent être entreprises à l'échelon d'un Etablissement, et encore moins d'une unité médicale.

Transfert en SSR

Le délai entre l'entrée dans un service d'hospitalisation et la demande d'admission en SSR ou en rééducation, puis celui qui s'écoule avant le transfert effectif sont longs, et

semblent perfectibles. Cet indicateur n'étant pas totalement imputable à l'Etablissement, l'étude COMPAQ ne propose malheureusement pas une comparaison inter-établissement.

On peut toutefois s'appuyer sur les recommandations de l'HAS qui préconisent que soit formalisée la demande d'admission en SSR dans les 48h suivant l'admission du patient. La simplification et la centralisation, depuis septembre, des demandes d'admission devraient améliorer la situation, surtout si les patients relevant de la filière AVC s'avèrent prioritaires, où dans l'hypothèse de la création de lits dédiés.

- Analyse courrier de sortie

Concernant le dépistage systématique des FRDCV, le nombre majeur de données non renseignées est l'unique résultat exploitable, mais il est à notre avis d'une importance fondamentale.

Comme les médecins traitants, il nous est impossible ne serait-ce que d'estimer l'adéquation entre les explorations réalisées dans les services, et l'information transmise. Ceci est évidemment dû au mode de recueil, mais cette limite méthodologique a été choisie à dessein. On ne peut s'empêcher de penser que ces données manquantes sont en parties liées à la tenue imparfaite du dossier du patient, ce que confirme l'étude COMPAQ en classant notre Etablissement dans la plus mauvaise catégorie.

Pour la grande majorité des patients quittant l'Etablissement, le médecin traitant reste donc face à une interrogation légitime pour la prévention secondaire de l'AVC : avons-nous négligé un facteur de risque exposant à la récurrence, et doit-il donc engager de nouvelles explorations ? Il est évident que cette simple constatation justifie d'emblée des changements de pratiques radicaux de la part de l'Etablissement.

Il conviendra, avant l'ouverture de l'UNP, de formaliser une observation d'entrée et un CRH standardisés. Un mémento remis au patient à sa sortie devrait aussi permettre, outre une meilleure adhésion du patient à la prophylaxie secondaire des AVC, d'optimiser la fluidité et la qualité de l'information.

- Questionnaire médecins

L'analyse des questions de type QCM n'apporte que peu de renseignement du fait du très faible nombre de réponses obtenues, et ne permet pas de caractériser de façon fiable la population médicale du secteur sanitaire du CHCL.

Malgré les nombreuses sollicitations et media utilisés, le taux de réponse des médecins généralistes demeure très bas.

Les patients atteints d'AVC semblent représenter environ 1% de la patientèle des médecins généralistes, cela suffit peut-être à expliquer la situation. Un autre facteur limitant le taux de réponse est l'importance des sollicitations extérieures dont ces professionnels de terrain disent être l'objet.

Les taux de réponse observés dans d'autres enquêtes d'opinion sont variables, selon le sujet, le média choisi, et le pays des médecins interrogés : en Allemagne, 36% des professionnels ont répondu à une enquête électronique évaluant des recommandations hollandaises sur l'AVC, l'œil rouge, les infections urinaires et les dysthyroïdie (17).

En Nouvelle-Zélande, 74% des 155 médecins sondés ont consacré en moyenne 18 minutes à une enquête électronique sur la recherche d'informations médicales (18).

En France, une thèse récente a obtenu un taux de 11% de réponses aux 966 questionnaires adressés par courrier (19), sans comparaison avec les 96% rapportés dans une enquête téléphonique réalisée sur un panel de 600 MG qui avaient donné au préalable un accord de principe pour être interrogés sur la prise en charge des patients handicapés en médecine de ville (20). Il n'est pas mentionné dans la méthodologie de cette enquête ou des précédentes d'éventuelles rémunérations, cette possibilité pourrait être un facteur de modification des taux de réponse.

Recommencer une enquête d'opinion ou une campagne d'information par courriel ou télécopie nous paraît illusoire, tout comme par téléphone. En effet, le contraste est saisissant entre la bonne volonté de nos correspondants exprimée par téléphone lorsque nous leur avons demandé leurs numéros de fax ou leur courriel, et au final, le nombre limité de réponses reçues.

Une rencontre directe, de type FMC, semble manifestement la meilleure méthode de communication avec nos confrères de ville. De nouvelles réunions seront donc organisées rapidement, peut-être d'autant plus attractives pour eux que l'UNP n'est plus un projet lointain, mais une réalité imminente.

5. CONCLUSION

En comparaison avec les études de référence et les recommandations en vigueur, ce travail révèle des dysfonctionnements importants concernant la prise en charge des patients atteints d'AVC dans notre Etablissement.

L'étude de pratique permet de discerner d'emblée plusieurs pistes prioritaires et urgentes. Si l'arrivée précoce des patients dans une filière de soins adaptée relève plutôt de campagnes d'information destinées au grand public, la priorisation de la pathologie neuro-vasculaire dès l'arrivée aux urgences est de notre ressort. L'évaluation clinique doit être plus minutieuse, les scanners doivent être réalisés beaucoup plus rapidement et le traitement antiagrégant plaquettaire instauré, plus précocement et toujours à posologie correcte. La formation des effectifs médicaux et paramédicaux et la formalisation de protocoles multidisciplinaires, dont le champ devra inclure le diagnostic, le traitement, l'orientation ultérieure et la bonne tenue du dossier s'avère indispensable. La création imminente d'une Unité de Neurologie de Proximité ne peut que motiver et faciliter ce travail, avec l'aide, la force et l'expérience du réseau AVC-Atlantique.

Cette unité, en fédérant en un lieu unique les diverses compétences de l'Etablissement vis à vis de cette pathologie, permettra une meilleure prise en charge des patients, ne serait-ce qu'en instaurant une homogénéité des procédures de traitement, de diagnostic, de prévention des complications, de réhabilitation, et une systématisation de la recherche de FRCNV, optimisant ainsi la prophylaxie secondaire des AVC. Ce travail démontre également qu'il est indispensable d'améliorer la qualité des informations transmises au médecins traitants, qui assument actuellement seuls l'essentiel de cette indispensable prévention secondaire. Les comptes-rendus d'hospitalisation adressés seront donc eux aussi standardisés.

Ces confrères ne doivent plus être laissés isolés face aux difficultés fréquentes qu'ils signalent lors du retour à domicile des patients. La création d'un réseau ville-hôpital qui pourrait répondre à ces insatisfactions, doit également être une priorité. Ce réseau implique pour les intervenants libéraux et hospitaliers des droits et des devoirs réciproques. Nous ne pouvons donc que regretter le faible taux de réponse à notre enquête d'opinion, alors que nous voulions justement intégrer ces professionnels de terrain à notre réflexion concernant l'optimisation du retour à domicile. Dans l'immédiat, une consultation spécialisée systématique sera créée à leur demande, 2-3 mois après la sortie hospitalière du patient, pour évaluer le handicap résiduel éventuel, la prévention secondaire des FRCNV, les éventuelles difficultés des proches et des aidants, et les acquis de l'éducation thérapeutique dispensée dans l'UNP. Nous éditerons aussi un mémento personnalisé qui sera remis à chaque patient à la sortie du service.

Tous les projets et engagements de l'UNP devront bien sur être évalués, et faire l'objet d'une ou plusieurs études prospectives, beaucoup plus pertinentes et informatives.

Annexe 1 : Questionnaires remis aux Médecins lors de la FMC du 17 juin 2011

Comment améliorer le retour à domicile en cas d'AVC

Depuis combien d'années exercez-vous ?

< 5 ans 5-10 ans 10-15ans 15-20ans >20ans

Est-ce que les patients atteints d'AVC sont source de problèmes de prise en charge ?

jamais parfois souvent le plus souvent

Combien de patients atteints d'un AVC comptez-vous dans votre patientèle ?

<10 10-20 20-30 >30

Combien de nouveaux cas par an ?

<5 5-10 10-15 15-20 >20

Les voyez-vous en consultation de manière systématique ?

Oui Non

Si oui, à quelle fréquence ?

/mois /3mois /6mois /an

D'après-vous, les recommandations publiées par l'HAS concernant la prise en charge des patients atteints d'AVC sont elles facilement applicables en pratique quotidienne ?

Toujours la majorité pas souvent jamais

Prescrivez-vous, si ce n'est pas mentionné dans le compte-rendu d'hospitalisation, un dépistage systématique des facteurs de risque cardio-vasculaire à ces patients ?

	Oui	Non
Dyslipidémie		
HTA		
Tabagisme		
Surpoids		
Diabète		
Doppler carotidien		
Autre		

En cas d'anomalie de ce bilan, avez-vous recours à une prise en charge spécialisée ?

	jamais	presque jamais	parfois	souvent	toujours
HTA					
Dyslipidémie					
Tabac					
Surpoids					
Diabète					
Autre					

D'après-vous, le retour à domicile des patients hospitalisés au Centre Hospitalier Côte de Lumière est-il correctement anticipé et organisé ?

le plus souvent

1 fois sur deux

rarement

L'HAS a publié, dans son plan AVC 2010-2014, plusieurs pistes de travail pour optimiser le retour à domicile des patients atteints d'un AVC. Parmi toutes ses propositions, quelles sont celles qui vous paraissent les plus pertinentes ?

5: très utile, à mettre en œuvre urgemment (<1an); **4:** très utile, à mettre en œuvre assez rapidement (1-2 ans) **3:** intéressant, mais sans urgence; **2:** existe déjà; **1:** sans intérêt

	Note	Si note = 5, quelles sont les <u>2 mesures</u> prioritaires ?
Création G.C.S.M.S. Explication		
Création E.S.D. Explication		
Soutien des familles et aidants Hôpital de jour, hospitalisation de repli ...		
Mémento pédagogique pour le patient concernant la lutte contre les FRCV		
Mémento récapitulatif pour le médecin concernant la lutte contre les FRCV		
Education du patient: attitude si récidive d'AVC		
Education du patient: effets secondaires des traitements		
Education du patient: règles hygiéno-diététiques		
Education du patient: auto-contrôle des glycémies capillaires		
Education du patient: auto-mesure de la pression artérielle		
Consultation hospitalière spécialisée à 2-3 mois Handicap résiduel, soutien patient et aidants ...		
Formation des aidants Réseaux associatifs ...		

Avez-vous des remarques, suggestions particulières ?

Annexe 2 : Notice d'information aux Médecins Généralistes

Bonjour mesdames et messieurs les Docteurs,

je m'appelle Etienne JULIEN et suis en train de faire ma thèse sur le retour à domicile des patients qui ont fait un AVC.

J'ai obtenu vos adresses mail en promettant au Docteur Guerin de ne pas remplir vos boites mail de messages.

Je vais donc être simple.

Ma thèse se compose en deux parties :

-d'abord une étude de pratique menée en même temps que l'étude COMPAQ-HPST-HAS réalisée au printemps 2011 sur la prise en charge des AVC au CHCL pour l'année 2010.

-et une deuxième partie sous la forme d'un questionnaire soumis aux médecins généralistes du secteur dans lequel nous avons listé les dispositifs évoqués dans le plan AVC 2010-2014 concernant l'amélioration de l'interface ville-hôpital.

Ces questionnaires ont déjà été soumis à des médecins lors de la FMC du 16/06/2011 (par le Dr Renard, mon directeur de thèse) mais il m'en faudrait d'autres pour avoir des résultats intéressants.

Je vous adresse ces questionnaires, je sais que vous n'aurez pas tous le temps de les remplir et de me les renvoyer à mon adresse : etiennejulien2004@yahoo.fr

Je me propose alors de vous joindre par téléphone ou de passer vous voir au cabinet si cela vous semble plus pratique.

Dans tous les cas cela ne prendra jamais plus de 10min, le plus souvent 5 je pense.

J'ai besoin de ces résultats à la fois pour ma thèse mais aussi pour nous aider à mettre en place l'Unité de Neurologie de Proximité qui sera effective dans le nouvel hôpital.

En effet, dès novembre 2011 je dois rejoindre l'équipe des docteurs Bontemps-Michaud-Renard en temps que médecin coordonnateur de cette nouvelle unité.

En annexe vous trouverez les explications concernant les mesures proposées par le plan AVC 2010-2014.

Si vous ne me renvoyez pas le questionnaire par mail, je vous remerciais de bien vouloir me dire si vous souhaitez le remplir par téléphone ou si vous préférez que je me déplace sachant que je ne pourrai me libérer qu'une à deux 1/2 journées par semaine.

Merci à bientôt

Etienne JULIEN

Annexe 3 : Questionnaire adressé par fax

Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes du secteur du centre hospitalier des Sables d'Olonne.

(Thèse de Mr Julien, interne de médecine générale)

Thème : Retour à domicile des patients hospitalisés en 2010 au CHCL pour un AVC.

Les AVC sont devenus en 2010 la 1^{ère} cause de handicap acquis, la 2^{ème} cause de démence et la 3^{ème} cause de mortalité (60 000 décès).

Ces données sont le fruit d'un travail commandés par le ministère de la santé en 2009 et ont permis d'établir par l'intermédiaire de l'HAS un plan d'actions national et régional : « AVC 2010-2014 ».

Il place cette pathologie, touchant les individus à la fois sur le plan aiguë et chronique, comme une priorité nationale.

L'optimisation de la prise en charge de ces AVC passe par un maillage du territoire et la formation d'une filière de soin territoriale organisée. Le CHD possède maintenant une Unité Neuro-Vasculaire dépendant de l'UNV référente du CHRU de NANTES. Une unité de neurologie de proximité va être mise en place dans ce cadre dans le service de médecine interne et polyvalente du nouvel hôpital côte de lumière.

En tant que futur médecin coordonnateur de cette unité je vous propose de répondre à ce questionnaire qui va à la fois permettre d'orienter les conclusions de ma thèse, tout en mettant en valeur les axes à développer rapidement pour l'optimisation de l'interface ville-hôpital.

Nous avons listés ci-dessous les différentes pistes développées dans le plan AVC qui pourraient permettre d'améliorer le retour à domicile des patients touchés.

Nous vous demandons votre avis concernant ces mesures, tout d'abord en nous indiquant si OUI ou NON elle présente un intérêt pour vous, et si au moins deux mesures sont intéressantes on vous demande alors de mettre une croix devant les deux mesures à prioriser.

Mesure proposée	Intérêt (O/N)	A prioriser (X)
Consultation hospitalière spécialisée : évaluation handicap résiduel, échelle fonctionnelle, soutien patient et aidant...		
Mémento pédagogique pour le patient : pour la lutte contre les FDR cardio-neuro-vasculaire...		
Mémento récapitulatif pour le médecin traitant : FDR CNV, examens réalisés, suivi...		
Education thérapeutique du patient : attitude si récidive, effets secondaires traitements mis en place...		
Education thérapeutique du patient concernant les FRDCNV : Règles hygiéno-diététiques, auto contrôle TA et glycémies...		
Soutien des familles et des aidants : hôpital de jour, hospitalisation de repli...		

Références bibliographiques

- (1) Objectif 72 de l'annexe de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- (2) Fery-Lemonnier E, Lebrun L, Leroyer J, et al. La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. ISRN SAN-DHOS/RE-09-2-FR. 2009, 209p.
- (3) Ministère de la Santé et de Sports. Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 ». 2010, 77p.
- (4) Fonarow G, Reeves M, Zhao X, Olson DW, Smith E, Saver J. Age-Related Differences in Characteristics, Performance Measures, Treatment Trends, and Outcomes in Patients With Ischemic Stroke. *Circulation* 2010; 121: 879-891.
- (5) Fonarow G, Reeves M, Smith E, Saver J, Zhao X, Olson DW, et al. Characteristics, Performance Measures, and In-Hospital Outcomes of the First One Million Stroke and Transient Ischemic Attack Admissions in Get With The Guidelines-Stroke. *Circulation*. 2010; 3 : 291-302.
- (6) Mosley et al. Family physician decisions following stroke symptom onset and delay times to ambulance call. *BMC Family Practice*. 2011; 12 : 82.
- (7) Saver JL. Time Is Brain—Quantified. *Stroke*. 2006; 37 : 263-266.
- (8) Saver J, Smith E, Fonarow G, Reeves M, Zhao X, Olson DW, et al. The “Golden Hour” and Acute Brain Ischemia. *Stroke*. 2010; 41: 1431-1439.
- (9) Orientation des patients atteints d' AVC. In: Sofmer-SFNV-SFGG. Conférence d'Experts avec Audition Publique. 2008 oct. Mulhouse. 19p.
- (10) Gache K. Expérimentation des indicateurs relatifs à la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral. In : Inserm, dir. Réunion de restitution des résultats concernant l'indicateur : « Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral ». 2011 septembre. Paris. 50p.
- (11) Saposnik G, Baibergenova A, Bayer N, Hachinski V. Weekends: A Dangerous Time for Having a Stroke? *Stroke*. 2007; 38 : 1211-1215.
- (12) Dumont A, Jabbour P. Comprehensive Stroke Centers : Eliminating an Apparent Disparity in Stroke Care on Weekends Versus Weekdays ? *Stroke*. 2011; 42 : 2380-2382.
- (13) Murie-Fernández M, et al. «Tiempo es cerebro» ¿ solo en la fase aguda del ictus? *Neurología*. 2011. doi:10.1016/j.nrl.2011.06.007.
- (14) Beera S, Clarke S, Diserensb K, Engelterb S, Müria R, Schnidera A, et al. Neuroréhabilitation après un accident vasculaire cérébral. *Curriculum*. 2007; 7 : 294–297.
- (15) Woimant F, et al. Recommandations pour la création d'Unités Neuro-Vasculaires. *Rev Neurol*. 2001; 157 : 1447-1456.
- (16) Thorsén AM, et al. A Randomized Controlled Trial of Early Supported Discharge and Continued Rehabilitation at Home After Stroke: Five-Year Follow-Up of Patient Outcome. *Stroke*. 2005; 36 : 297-303.
- (17) Lugtenberg M, Burgers J, Besters C, Han D, Westert G. Perceived barriers to guideline adherence: a survey among general practitioners. *BMC Family Practice* [en ligne]. 2011 septembre; 10.1186:[28]. Consultable à l'URL : <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/98>.
- (18) Dwairy M, Dowell A, Stahl JC. The application of foraging theory to the information searching behaviour of general practitioners. *BMC Family Practice* [en ligne]. 2011 aout; 12:90:[8]. Consultable à l'URL : <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/90>.

(19) Miraux-Dinomais E, Ferrapie AL, Dubus V, Garnier F, La Combe A, Richard I. Retour à domicile de patients dépendants sortant d'un service de MPR : indicateurs pertinents. *Ann Readaptation Med Phys.* 2011; 54 : e172.

(20) Aulagnier M, Gourheux JC, Paraponaris A, Garnier JP, Villani P, Verger P. La prise en charge des patients handicapés en médecine générale libérale : une enquête auprès d'un panel de médecins généralistes en Provence Alpes Côte d'Azur, en 2002. *Ann Readaptation Med Phys.* 2004; 47 : 98–104.

NOM : JULIEN

Prénom : Etienne

Titre de thèse : Retour à domicile des patients hospitalisés en 2010 au Centre Hospitalier Côte de Lumière pour un AVC :

Etude de pratique rétrospective et enquête d'opinion auprès des médecins généralistes du secteur.

Résumé

L'accident vasculaire cérébral (AVC) constitue désormais une priorité nationale de santé publique. L'objectif ministériel est d'organiser une filière de soins territoriale, traduite localement par la création d'une Unité Neurologique de Proximité (UNP) au sein du nouveau Centre Hospitalier Côte de Lumière (CHCL).

Son ouverture fournit l'occasion de préciser la réalité des pratiques au CHCL en 2010, grâce à une étude descriptive rétrospective menée sur 80 dossiers tirés au sort, en parallèle de celle des tutelles COMPAQ-HPST. Elle est complétée par une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes du secteur.

Certains résultats témoignent de dysfonctionnements importants : le délai médian d'accession à l'imagerie est deux fois supérieur au délai national (3h50), l'intervention d'un professionnel de la rééducation est trop rare (55%) et trop tardive (3,6j). Si la proportion de patients ayant reçu à bon escient un antiagrégant est satisfaisante (96%), seuls 73% l'ont reçu à posologie adaptée, et pour 60% seulement dans les 24 premières heures. Le compte-rendu d'hospitalisation est très souvent incomplet, véritable handicap pour les médecins traitants garants de la prophylaxie secondaire de cette pathologie.

Pour favoriser le retour à domicile, ces derniers privilégient la remise au patient d'un memento, et la réalisation systématique d'une consultation spécialisée à 3 mois.

La future UNP devra s'inscrire dans un programme global d'établissement pour optimiser le diagnostic, le traitement à la phase aiguë, la prévention secondaire et l'éducation des patients hospitalisés.

Mots-clés

AVC, retour à domicile, étude de pratique rétrospective, enquête d'opinion, Centre Hospitalier Côte de Lumière, Filière de soins, Unité de Neurologie de Proximité.