



# **Prise en charge d'un accident vasculaire cérébral récent en Soins de Suite et Réadaptation**

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

Indicateurs de qualité et de sécurité des soins



**Juin 2022**

**HAS**

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



# 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 en SSR d'un accident vasculaire cérébral récent.

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 septembre 2021 et janvier 2022, 427 établissements de SSR sur 1342 concernés (32%) 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.

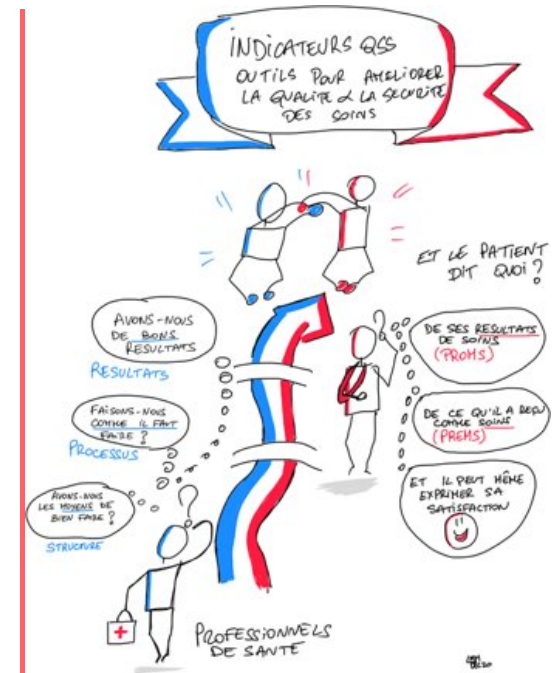
Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins concernent les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SSR), d'hospitalisation à domicile (HAD), et de psychiatrie.

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 d'un AVC récent en SSR, de nouveaux indicateurs de la qualité

Ce rapport présente les résultats des indicateurs portant sur la prise en charge en SSR d'un AVC récent, c'est-à-dire de moins de 3 mois après la sortie de l'hospitalisation en MCO.

Cette thématique est nouvelle. Validés en 2018, **les indicateurs** permettent d'avoir une photographie des prises en charge en SSR. Ils portent sur pratiques et organisations suivantes :

- La recherche des complications de l'AVC,
- la prévention des facteurs de risque
- l'anticipation de la sortie.

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

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

## Indicateurs mesurés

- Projet de vie
- Prise en charge des troubles de la déglutition
- Évaluation des troubles cognitifs et psycho-comportementaux
- Prise en charge d'une hypertension artérielle
- Suivi nutritionnel
- Programmation d'une consultation post AVC



# 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 (environ 32% de participation).
- La moyenne présentée concerne les établissements volontaires et n'est pas représentative d'un résultat national. C'est une tendance.

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

## 427 établissements (ES) ont participé

- Ils avaient pris en charge 49% de la totalité des séjours cibles en 2019 soit 27 567 séjours.
- Un tiers des CH et un tiers des CHU éligibles ont participé à ce recueil, 39% des ES privés non lucratifs et 24% des ES privés.
- Parmi les 427 établissements, il est constaté par rapport à la prise en charge nationale une sous-représentation des ES privés (18% vs 23%) et une sur-représentation des ES privés non lucratifs (25% vs 21%)
- La part des ES ayant pris en charge moins de 50 séjours au cours d'une année est comparable à celle observée au national (8% vs 9%).

En conséquence en raison du caractère non exhaustif de la campagne, des caractéristiques des ES participants, aucune conclusion à l'échelle nationale ne peut être rendue.



# Description des séjours et de la population

- **6 799** dossiers tirés au sort et analysés, correspondant à des patients ayant au moins eu 21 jours de présence effective en SSR, et non décédés au cours du séjour
- **Age moyen de la population** : 72 ans (min=18 ans - max=103 ans) dont un quart des patients ont moins de 65 ans
- **Sexe** : 48% Femmes / 52% Hommes
- **Autonomie avant la survenue de l'AVC** : 2 patients sur 3 autonomes avant l'AVC
- **Type d'AVC pris en charge en SSR** :
  - 73% infarctus cérébral
  - 23% hémorragie cérébrale ou intra crânienne
  - 4% indéterminé
- **Durée médiane des séjours analysés** : 60 jours (Min= 29j – Q1= 42j – Q3= 92j)





## 6 indicateurs

1. Projet de vie
2. Prise en charge des troubles de la déglutition
3. Évaluation des troubles cognitifs et psycho-comportementaux
4. Prise en charge d'une hypertension artérielle
5. Suivi nutritionnel
6. Programmation d'une consultation post AVC

## Informations complémentaires\*

- Synthèses des réunions pluriprofessionnelles de rééducation et réadaptation
- Préparation du retour à domicile
- Progression du score d'autonomie au cours d'un séjour (PMSI, mesure exploratoire)

\*Leurs qualités métrologiques 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



**N**  
dossiers analysés

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

Lien vers plus  
de détails

Nombre total de  
dossiers analysés

Explication : [Fiche descriptive](#)



.....  
○  
**1**

# Projet de vie



# Projet de vie

Le projet de vie d'un patient en SSR décrit les objectifs de réinsertion fonctionnelle, sociale et professionnelle en milieu ordinaire en fonction des limitations du patient. Il est étudié lors des réunions pluriprofessionnelles de rééducation et réadaptation, en lien avec le patient et sa famille. Il oriente le plan de rééducation et de réadaptation. Il évolue au cours du séjour en fonction de l'évolution des déficiences et du degré d'autonomie. Il aborde aussi, avec l'assistance sociale, les conditions matérielles et leur mise en œuvre, nécessaires à un retour au domicile (aménagement, aides matérielles ou financières) ou à retour à une activité professionnelle.

**Cet indicateur est mesuré chez les patients sortant à domicile** y compris l'EHPAD, les établissements médico-sociaux, avec ou sans prise en charge en hospitalisation à domicile ou en hôpital de jour. L'élaboration du projet de vie et son évolution sont analysées au cours des 3 premiers mois du séjour en SSR : Pour que le projet de vie soit de qualité, tous les éléments suivants sont à retrouver :

- au moins une synthèse des réunions abordant le projet de vie avec l'avis du patient et de l'entourage tracés,
- et la trace d'au moins une évaluation sociale, au cours des 3 premiers mois du séjour.



# Projet de vie

## Résultats - données 2019

Taux de séjours avec la trace d'un projet de vie proposé par une équipe pluri-professionnelle, complété par une évaluation sociale et la trace de l'avis du patient ou de son entourage

Taux observé

**46 %**

**427\*** établissements de  
santé participants



**1 342** établissements  
de santé concernés



**6 074** dossiers  
analysés

\* En 2019, ces établissements de SSR ont pris en charge 49% des AVC cibles (voir caractéristiques des établissements participants).

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



# Projet de vie

## Des pistes d'amélioration

Seulement 46% des dossiers contiennent tous les éléments attendus.

Sont retrouvées au cours des 3 premiers mois du séjour :

- une synthèse pluriprofessionnelle abordant le projet de vie dans 8 dossiers sur 10 :
  - L'avis du patient et celui de l'entourage sont tracés dans 64% ;
  - Seul l'avis du patient sur le projet de vie est tracé dans 16% ;
  - Seul l'avis de l'entourage sur le projet est tracé dans 11% ;
  - Aucun avis n'est tracé dans 9 %.
- une évaluation sociale dans près de 8 dossiers sur 10.

Le projet de vie est actualisé dans les 15 jours avant la sortie de SSR dans près de 9 dossiers sur 10.

Le projet de vie fixe les objectifs de réinsertion fonctionnelle, familiale et sociale. Défini en réunions pluriprofessionnelles de rééducation et réadaptation, le projet de vie doit être partagé avec le patient, et son entourage, chaque fois que possible.



.....  
○  
**2**

# Prise en charge des troubles de la déglutition



# Prise en charge des troubles de la déglutition

Les troubles de la déglutition sont fréquents après un AVC et associés à des complications graves et une surmortalité.

Il est recommandé de rechercher les troubles de la déglutition pour identifier les patients à risque de pneumopathie d'inhalation. Cette recherche doit être effectuée de préférence par un orthophoniste ou un professionnel de santé entraîné.

La qualité de la prise en charge des troubles de la déglutition était évaluée par :

- la trace d'un dépistage des troubles de la déglutition dans les 7 premiers jours du séjour en SSR
- et en cas de troubles de la déglutition, la trace dans le plan personnalisé de soins de rééducation d'un accompagnement des repas et d'une adaptation des textures (avec ou sans rééducation de la déglutition).

Haute Autorité de santé (HAS 2018): [Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/ réadaptation après la phase initiale de l'AVC](#)

American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA 2019): [Guidelines for the early management of patients with an acute ischemic stroke](#): 2019 Update of the 2018 guidelines.

American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA 2015): [Guidelines for the management of patients with a spontaneous intracerebral hemorrhage](#).





# Prise en charge des troubles de la déglutition

## Résultats - données 2019

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

Taux observé

**74 %**

**427\*** établissements de  
santé participants



**1 342** établissements  
de santé concernés



**6 799** dossiers  
analysés

\*En 2019, ces établissements de SSR ont pris en charge 49% des AVC cibles (voir caractéristiques des établissements participants).

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



# Prise en charge des troubles de la déglutition

## Des pistes d'amélioration

74% des dossiers contiennent tous les éléments demandés :

- près de 8 patients sur 10 ont bénéficié d'un dépistage des troubles de la déglutition dans les 7 premiers jours,
- parmi les patients dépistés, la moitié présente des troubles de la déglutition (n = 2575) :
  - la trace de l'accompagnement des repas ou l'adaptation des textures est présente dans plus de 9 dossiers sur 10,
  - une rééducation de la déglutition est tracée dans le Plan Personnalisé de Soins de rééducation dans 8 dossiers sur 10.

La prévention des pneumopathies d'inhalation passe par une recherche systématique et tracée des troubles de la déglutition après un AVC.



.....  
○  
**3**

# Évaluation des troubles cognitifs et psycho-comportementaux



# Évaluation des troubles cognitifs et psycho-comportementaux

L'AVC est une cause majeure de troubles cognitifs, comportementaux ou psychiques.

Ils doivent être systématiquement et régulièrement recherchés après un AVC pour mieux adapter la prise en charge et l'accompagnement des patients et de l'entourage.

La qualité de la recherche de troubles cognitifs ou psycho comportementaux est évaluée par :

- la trace d'une évaluation des fonctions cognitives et psycho-comportementales ou la justification de l'absence d'évaluation (barrière de la langue, refus du patient ou état général),
- et pour les patients de moins de 75 ans, la trace que cette évaluation a été effectuée par un gériatre, neurologue, psychiatre, neuropsychologue ou un médecin de médecine physique et réadaptation.

HAS 2018. [Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/ réadaptation après la phase initiale de l'AVC.](#)

Gillter, M. (2018). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery (2018). JAMA Clinical Guidelines Synopsis. JAMA. 2018;319(8):820-821. doi:10.1001/jama.2017.22036

NICE (2013). [Stroke rehabilitation in adults.](#)



# Évaluation des troubles cognitifs et psychocomportementaux

## Résultats - données 2019

Taux de séjours avec une évaluation des fonctions cognitives et psychocomportementales ou une justification en l'absence de celle-ci, et pour les patients de moins de 75 ans, une évaluation effectuée par un spécialiste

Taux observé

**72 %**

**427\*** établissements de  
santé participants

 **1 342** établissements  
de santé concernés

 **6 799** dossiers  
analysés

\*En 2019, ces établissements de SSR ont pris en charge 49% des AVC cibles (voir caractéristiques des établissements participants).

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



# Évaluation des troubles cognitifs et psychocomportementaux

## Des pistes d'amélioration

72% des dossiers contiennent tous les éléments demandés :

- L'évaluation des fonctions est réalisée pour 78% des patients.
- Quand l'évaluation est manquante, un quart des dossiers présente une justification. Elle est de nature :
  - barrière de la langue dans 9% des cas,
  - refus du patient dans 8% des cas,
  - état de santé du patient incompatible avec une évaluation dans 83% des cas.
- Pour les personnes de moins de 75 ans (n = 2910 soit 43%), l'évaluation des fonctions cognitives et psychocomportementales est réalisée par un spécialiste dans moins de 8 cas sur 10.

L'évaluation des fonctions cognitives et psychocomportementales doit être systématique dans les suites d'un AVC



# Prise en charge d'une hypertension artérielle



# Prise en charge d'une hypertension artérielle

Une hypertension artérielle est un facteur de risque et une complication des AVC <sup>\*,\*\*</sup>. Dans les suites d'un AVC, la pression artérielle peut être instable. Elle doit être régulièrement mesurée, et les effets du traitement antihypertenseur contrôlés par une surveillance régulière. Les décisions médicales relatives au traitement hypertenseur (initier un traitement antihypertenseur, ou modifier ou maintenir un traitement hypertenseur existant) doivent être tracées dans le dossier. Ces décisions peuvent s'appuyer sur un avis spécialisé si besoin.

La qualité de la prise en charge d'une hypertension artérielle est évaluée par :

- une surveillance régulière de la pression artérielle mesurée au moins une fois par jour, 5 jours par semaine durant les 2 premières semaines,
- et une décision médicale relative à un traitement hypertenseur si au moins 2 mesures de pression systolique sont strictement supérieures à 140 mm Hg durant les 2 premières semaines du séjour.

\* Haute Autorité de santé (HAS 2018): [Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire](#).

\*\* American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA 2019): [Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines](#).





# Prise en charge d'une hypertension artérielle

## Résultats - données 2019

Taux de séjours avec un suivi tensionnel adapté et une décision relative au traitement antihypertenseur tracés en cas de pic tensionnel

Taux observé

**62 %**

**427\*** établissements de  
santé participants



**1 342** établissements  
de santé concernés



**6 799** dossiers  
analysés

\*En 2019, ces établissements de SSR ont pris en charge 49% des AVC cibles (voir caractéristiques des établissements participants).

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



# Prise en charge d'une hypertension artérielle

## Des pistes d'amélioration

62% des dossiers contiennent tous les éléments demandés :

- La surveillance de la pression artérielle dans les 15 premiers jours du séjour telle que demandée est réalisée dans 70% des dossiers.
- 46% des patients ont eu 2 mesures de pression systolique strictement supérieures à 140 mm Hg durant les 2 premières semaines du séjour :
  - Pour un quart d'entre eux, aucune décision médicale n'est retrouvée.
  - Pour ceux qui ont bénéficié d'une décision médicale, sa nature est la suivante :
    - Une initiation du traitement antihypertenseur dans 10% des cas,
    - Une modification du traitement antihypertenseur initial dans 33% des cas,
    - Un maintien du traitement existant dans 48% des cas,
    - Une demande d'avis spécialisé dans 9% des cas.

L'hypertension artérielle est un facteur de risque de récurrence des AVC, elle doit être traitée et son traitement surveillé



•  
•  
•  
•  
•  
○  
**5**

# Suivi nutritionnel



# Suivi nutritionnel

La prévention des AVC inclut la réduction des facteurs de risque cardio-vasculaires dont la surcharge pondérale. L'application des règles diététiques permettant de réduire le risque ou la sévérité d'un diabète, d'une hypercholestérolémie ou d'une hypertension artérielle\*. Les changements de comportements alimentaires doivent être définis et accompagnés par une consultation de diététicienne ou un spécialiste de la nutrition.

La qualité du suivi nutritionnel est évaluée au cours des 3 premiers mois du séjour par :

- une mesure répétée du poids dans les 3 premières semaines \*\*;
- une mesure du poids au 3<sup>ème</sup> mois pour les séjours de plus de 60 jours;
- au moins une mesure de l'index de masse corporelle (IMC);
- et au moins un accompagnement diététique.

\*\* Le poids doit être mesuré dans les 7 premiers jours du séjour, puis dans les 15 jours après la première mesure.

[\\* HAS 2018 Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire](#)



# Suivi nutritionnel

## Résultats - données 2019

Taux de séjours avec une mesure répétée du poids, une mesure de l'IMC et un accompagnement diététique

Taux observé

**48 %**

**427\*** établissements de  
santé participants



**1 342** établissements  
de santé concernés



**6 799** dossiers  
analysés

\*En 2019, ces établissements de SSR ont pris en charge 49% des AVC cibles (voir caractéristiques des établissements participants).

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



# Suivi nutritionnel

## Des pistes d'amélioration

48% des dossiers contiennent tous les éléments demandés :

- Le poids est mesuré dans les 7 premiers jours dans 93% des cas, sa mesure est répétée dans les 15 jours suivants pour 87 % des dossiers ;
- Pour les séjours de plus de 60 jours (n = 3345) une mesure du poids au 3<sup>ème</sup> mois est présente dans 96 % des cas ;
- L'IMC est présent dans 9 dossiers sur 10 ;
- L'accompagnement diététique est tracé dans un peu plus de 6 dossiers sur 10.

Le suivi nutritionnel, notamment l'accompagnement du changement des comportements alimentaires, doit être réalisé systématiquement pour réduire les facteurs de risque neuro-cardio-vasculaire.



•  
•  
•  
•  
•  
•  
○  
**6**

# Programmation d'une consultation post AVC



# Programmation d'une consultation post AVC

L'absence de suivi formalisé dans l'année suivant l'AVC constitue une perte de chance dans le parcours de soins des personnes qui en sont victimes. La circulaire 2015-262 du 3 août 2015 prévoit que toute personne ayant été victime d'un AVC ou d'un accident ischémique transitoire doit avoir accès dans les 6 mois, au plus tard dans l'année suivant son accident, à une évaluation pluriprofessionnelle dans des lieux identifiés et connus des professionnels.

La consultation « post AVC » est multidimensionnelle: elle vise à rechercher les complications latentes ou tardives d'un AVC (médicales, fonctionnelles, cognitives, psychiques ou sociales). Elle permet de redéfinir les objectifs thérapeutiques et fonctionnels pour une meilleure prévention et réadaptation (Cf. circulaire du 2015-262 du 3 août 2015).

L'indicateur recherche la trace d'un rendez-vous de consultation post AVC programmée au maximum dans les 6 mois après la sortie de SSR.





# Programmation d'une consultation post AVC

Taux de séjours avec une consultation post AVC programmée dans les 6 mois après la sortie de SSR

## Résultats - données 2019

Taux observé

**50 %**

**427\*** établissements de  
santé participants

 **1 342** établissements  
de santé concernés

 **6 799**  
dossiers analysés

\*En 2019, ces établissements de SSR ont pris en charge 49% des AVC cibles (voir caractéristiques des établissements participants).

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



# Programmation d'une consultation post AVC

## Des pistes d'amélioration

Un dossier sur 2 comporte la trace d'un rendez-vous de consultation post AVC programmée dans les 6 mois après la sortie de SSR.

Quand une consultation post AVC est programmée, le délai de 6 mois est respecté dans 93 % des cas.

Les consultations post AVC permettent de déceler des complications tardives des AVC et de réajuster la prise en charge médicale ou fonctionnelle.



7

## Informations complémentaires

- Synthèses des réunions pluriprofessionnelles de rééducation et réadaptation
- Préparation du retour à domicile
- Progression du score d'autonomie au cours d'un séjour (PMSI, mesure exploratoire)

# Synthèse des réunions pluriprofessionnelles de rééducation et réadaptation



La prise en charge en SSR doit favoriser la réinsertion familiale, sociale et professionnelle du patient en prévenant, compensant les déficiences et limitations des patients (Cf.Art. R. 6123-118 et suivants). Elle s'appuie sur des évaluations multidimensionnelles partagées dans le cadre de réunions pluriprofessionnelles pour adapter et actualiser le plan de soins, de rééducation et réadaptation du patient tout au long de son séjour. Ces réunions font l'objet de synthèses rédigées par le médecin en charge de la rééducation (pilotage pluriprofessionnel).

Cette information complémentaire mesure le taux de dossiers pour lesquels sont tracés :

- Une synthèse des échanges pluriprofessionnels dans les 15 premiers jours du séjour ;
- ET une synthèse mensuelle pour les séjours de plus de 30 jours ;
- ET une dernière synthèse 15 jours avant la sortie de SSR abordant la préparation de la sortie ;
- ET l'avis du patient ou son absence justifiée par le refus du patient, son état de santé, la barrière de la langue.

49% des dossiers étudiés (n = 6799) contiennent tous les éléments demandés

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



## Information complémentaire :

# Préparation du retour à domicile

La préparation du retour à domicile concerne les patients pour lesquels un retour vers le lieu de vie habituel (domicile personnel, familial, hébergement pour personnes âgées ou structure médico-sociale) est envisagé.

Cette préparation comprend l'organisation de sorties thérapeutiques (retour au domicile avec nuitée) et l'évaluation du domicile, le cas échéant, pour s'assurer que ce dernier est adapté aux limitations résiduelles du patient.

L'information complémentaire mesure, pour les patients rentrant à domicile au sens large, le taux de dossiers pour lesquels sont tracées (i) au moins une sortie thérapeutique au cours des 3 premiers mois de la prise en charge en SSR et (ii) une évaluation du domicile réalisée ou programmée, ou la justification de l'absence d'évaluation du domicile.

- 27% des dossiers étudiés (n = 4879) contiennent tous les éléments demandés au cours des 3 premiers mois de la prise en charge.
- Sur l'ensemble des dossiers analysés :
  - 41% ont au moins une sortie thérapeutique
  - 22% ont eu une évaluation du domicile réalisée ou programmée
  - 5% ont eu une justification de l'absence d'évaluation du domicile

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



# Progression du score d'autonomie au cours du séjour (PMSI, mesure exploratoire)

Une prise en charge pluridisciplinaire de rééducation et réadaptation effectuée dans les suites immédiates d'un AVC par un équipe formée améliore le pronostic fonctionnel moteur, l'autonomie des patients et réduit la dépendance du patient.

Pour suivre l'impact d'une rééducation et réadaptation adaptée sur la dépendance, les scores de dépendance codés dans le PMSI en début et en fin de séjour peuvent être comparés: le score de dépendance globale comprend 4 scores de dépendance physique (Habillage, Déplacement; Alimentation; Hygiène) et 2 scores de dépendance cognitive (Comportement; Communication).

- 65% des dossiers étudiés (n = 6799) présentent une progression de leur autonomie mesurée par un score global de dépendance indiquant une réduction d'au moins 1 point en sortie de SSR\*
- 21% des dossiers présentent une dépendance inchangée mesurée par un score global de dépendance stable entre le début et la fin de leur séjour en SSR\*
- et 14% des dossiers majorent leur score de dépendance d'au moins 1 point en sortie de SSR\*

\* Attention ces résultats sont dépendants de la qualité du codage dans le PMSI des scores de dépendance

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



# Conclusion

La prise en charge de l'AVC récent en SSR est une nouvelle thématique pour les indicateurs de qualité et de sécurité des soins. La HAS remercie les 427 ES qui ont participé à leur recueil volontaire de novembre 2021 à janvier 2022, pendant la crise sanitaire.

Les pratiques et organisations analysées sont celles de 2019 : l'étude des 6799 dossiers montre de réelles faiblesses dans la prise en charge de l'AVC récent en SSR. Des actions doivent être absolument menées pour améliorer notamment la prévention des complications, les séquelles, les récurrences ainsi que le retour à domicile des patients dans de bonnes conditions.

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 récents en SSR pourrait avoir lieu en 2023.

La HAS poursuit le développement d'un indicateur calculé à partir du PMSI : il concerne le volume de prise en charge rééducative.



- 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)

