

**FICHE**

# Parcours de rééducation réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC

Juillet 2020

## Contexte

L'AVC est un facteur de risque majeur de dépendance, représentant la première cause de handicap non traumatique, la deuxième cause de démence. Les victimes d'AVC conservent dans 40 % des cas des séquelles de gravité diverse, dans 25 % des séquelles lourdes après 1 an.

Après la phase aiguë de l'AVC, tous les patients devraient bénéficier d'un programme de rééducation/réadaptation adapté à leurs besoins. La rééducation/réadaptation permet, en effet, de réduire de manière significative la mortalité, ainsi que de favoriser la récupération, l'indépendance/l'autonomie, le retour à domicile et le maintien à domicile.

De plus, l'organisation des soins a une influence sur les résultats qui sont significativement en faveur de pratiques pluridisciplinaires et coordonnées, quelle que soit la sévérité de l'AVC.

En dépit des efforts menés depuis la mise en œuvre du plan AVC (2010-2014)<sup>1</sup>, l'accès aux soins de qualité reste insuffisant et inégal sur le territoire et des améliorations demeurent nécessaires dans l'accompagnement des personnes en post-AVC, en SSR comme en ville.

## Objectifs

Cette fiche appréhende l'étape du parcours de la phase subaiguë de l'AVC. Elle s'inscrit à la suite de la phase aiguë de prise en charge du patient en MCO et se poursuit jusqu'à la phase chronique de prise en charge des séquelles d'AVC (3 à 6 mois après l'AVC), prenant en compte les phases de transition de ces différentes étapes. Elle a pour objectifs de :

- Rappeler les points clés du parcours de rééducation/réadaptation des patients, de la phase initiale d'hospitalisation jusqu'à la transition avec la phase chronique.
- Préciser la place des différents intervenants, les modalités organisationnelles.
- Identifier les besoins d'amélioration et proposer des leviers à partir desquels les efforts devraient se poursuivre.
- Établir une aide à l'orientation des patients dans les parcours en fonction des difficultés associées à l'AVC.

## L'essentiel

- Développer la pratique multidisciplinaire et coordonnée, le recours aux équipes mobiles
- Prendre en compte les préférences et choix du patient, de son entourage, à toutes les étapes du parcours

1. Fery-Lemonnier E. La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. Rapport à Madame la ministre de la santé et des sports. Paris : Ministère de la santé et des sports ; 2009.  
[www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000505/index.shtml](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000505/index.shtml)

# Points clés, intervenants, besoins et leviers d'amélioration des parcours de rééducation/réadaptation

## Lors de l'hospitalisation en MCO

Points clés	Intervenants	Actions d'amélioration
<b>Évaluation initiale :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• déficiences</li> <li>• sévérité de l'AVC</li> <li>• pronostic de récupération</li> </ul>	→ Médecin de la filière AVC → Professionnels de la rééducation*	Utiliser les échelles standardisées, validées
<b>Rééducation précoce</b>	Professionnels de la rééducation*	→ Initier la rééducation dans les 48 heures → Sensibiliser les services à l'importance d'une prise en charge précoce pluriprofessionnelle et coordonnée
<b>Repérage des difficultés (perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne, restriction de participation à la vie sociale) :</b>	Équipe pluriprofessionnelle**	→ Reporter dans le dossier les difficultés repérées → Prévoir un coordinateur de sortie → Élaborer des protocoles locaux de sortie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• isolement social, difficultés psychologiques, restriction de participation vie sociale</li> </ul>	→ Travailleur social → Psychologue → Ergothérapeute	→ Intégrer la prise en compte des compétences du patient et de ses proches → Interroger le médecin traitant, le patient, son entourage (habitudes de vie, conduite automobile...) → Utiliser les questionnaires adaptés
<ul style="list-style-type: none"> <li>• accessibilité du domicile</li> </ul>	→ Travailleur social → Ergothérapeute	→ Prévoir, selon besoin, une visite à domicile avant le retour à domicile → Utiliser les questionnaires adaptés → Solliciter les équipes mobiles deréadaptation réinsertion (EMRR)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• insuffisance du réseau de soins de proximité</li> </ul>	Équipe pluriprofessionnelle**	→ Vérifier l'offre de soins locale, interroger le médecin traitant → Utiliser les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)
<b>Information, éducation du patient, des aidants</b> <b>Recueil des préférences du patient/son entourage</b>	Équipe pluriprofessionnelle**	→ Après information, impliquer le patient, son entourage dans une démarche de décision partagée du choix de sortie → Intégrer la démarche de décision partagée dans les protocoles de sortie
<b>Réévaluation (déficience, sévérité, pronostic) et élaboration du programme de rééducation/réadaptation</b>	Équipe pluriprofessionnelle**	→ Élaborer le programme à partir d'une synthèse pluriprofessionnelle → Organiser des réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP), informer le médecin traitant. Au minimum, l'orientation devrait reposer sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'avis de médecin de MPR ou, à défaut, de professionnel de la rééducation pour les patients de moins de 60 ans, quel que soit le déficit, ainsi que pour les patients de 60 à 75 ans avec un Rankin <math>\geq 2</math></li> <li>• l'avis de l'équipe mobile gériatrique pour se prononcer sur le retour à domicile des patients de 75 ans et plus</li> </ul>
<b>Décision d'orientation du patient</b>	→ Équipe pluriprofessionnelle** → Équipe d'aval	→ Accéder à la rééducation pluridisciplinaire et coordonnée à domicile → Accéder à la rééducation intensive en HDJ ou HTP → Privilégier l'orientation en SSR spécialisés → Développer l'offre de rééducation en SSR polyvalent et gériatrique → Développer l'offre HAD-R
<b>Préparation de la sortie :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• planification de la consultation post-AVC en cas de retour à domicile</li> <li>• transmission des documents, coordonnées</li> </ul>	→ Équipe pluriprofessionnelle** → Équipe de soins de proximité → Équipe d'aval	→ Assurer la coordination hôpital-ville/MCO-SSR → Prévoir un coordinateur de sortie → Élaborer des protocoles locaux de sortie → Solliciter le service de retour à domicile PRADO AVC, les équipes mobiles de réadaptation réinsertion (EMRR) → Prévoir le suivi à distance en lien avec le médecin traitant (utiliser les outils numériques de partage et de coordination des parcours de santé complexes)

\* Professionnels de la rééducation : masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, neuropsychologue. \*\*Équipe pluriprofessionnelle : un médecin, une infirmière et/ou un cadre de santé et/ou une aide-soignante, deux professionnels de la rééducation, ou un professionnel de la rééducation et un travailleur social.

## Après retour au domicile/en institution ou après transfert en SSR

Points clés	Intervenants	Actions d'amélioration
<b>Rééducation/réadaptation à domicile, en institution</b>		
<b>Repérage de complications, déficiences, non identifiées lors de l'hospitalisation ou survenant à distance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ MG</li> <li>→ Infirmiers</li> <li>→ Rééducateurs</li> <li>→ Prestataires d'aide à la vie</li> <li>→ Travailleur social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Renforcer les échanges entre professionnels, le suivi et la coordination des soins par l'équipe de soins de proximité</li> <li>→ Faciliter le retour dans le lieu de vie (domicile, EHPAD) et permettre son maintien. Faciliter le transfert en SSR lorsque nécessaire</li> <li>→ Améliorer le dépistage des troubles cognitifs, de communication, de l'humeur, ou autre source de handicap invisible</li> <li>→ Utiliser la démarche « plan personnalisé de coordination en santé »</li> <li>→ Développer les consultations avec les médecins MPR, utiliser les outils de télémédecine (téléexpertise, téléconsultation)</li> <li>→ Développer la capacité et les moyens d'intervention des équipes mobiles pluridisciplinaires d'appui et de conseil (EMRR, équipe mobile gériatrique selon les cas)</li> <li>→ Développer l'offre HAD-R, les possibilités de télé-soins, permettant le recours aux rééducateurs ergothérapeutes, psychologues, neuropsychologues, psychomotriciens...</li> </ul>
<b>Repérage des signes d'épuisement chez les aidants :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• réévaluer les besoins psychosociaux, aides</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ MG</li> <li>→ Rééducateurs</li> <li>→ Psychologues</li> <li>→ Travailleur social</li> <li>→ Patients experts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Intégrer l'information et l'éducation des aidants dès la phase initiale d'hospitalisation et poursuivre en fonction des nouveaux besoins</li> <li>→ Développer les programmes d'éducation thérapeutique existants</li> <li>→ Solliciter l'intervention d'équipes mobiles</li> <li>→ Solliciter les aides (portage repas, aides à domicile...)</li> <li>→ Solliciter les associations de patients (France AVC, FNAF), maison des usagers</li> </ul>
<b>Rééducation/réadaptation en SSR (hospitalisation complète, à temps partiel ou hospitalisation de jour)</b>		
<b>Réévaluation de la pertinence des choix d'orientation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ SSR spécialisés neurologique, gériatrique</li> <li>→ SSR polyvalent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Repérer les orientations non pertinentes et réorienter les patients entre SSR</li> <li>→ Développer les réunions de filières AVC</li> <li>→ Utiliser l'outil <i>via</i> Trajectoire module sanitaire ou autre logiciel régional d'aide à l'orientation</li> </ul>
<b>Stabilisation médicale</b>	SSR polyvalent	Accès à la rééducation, aux rééducateurs spécialisés
<b>Contrôle des risques liés à la fragilité, la polypathologie</b>	SSR gériatrique	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Sensibiliser les services à l'importance d'une prise en charge précoce, intensive, pluriprofessionnelle et coordonnée,</li> <li>→ Développer les consultations avec les médecins MPR, les possibilités de téléexpertise, téléconsultation, le recours aux infirmiers de pratiques avancées</li> <li>→ Développer le recours aux équipes professionnelles mobiles, les partenariats entre équipes spécialisées en médecine MPR et SSR polyvalents</li> </ul>

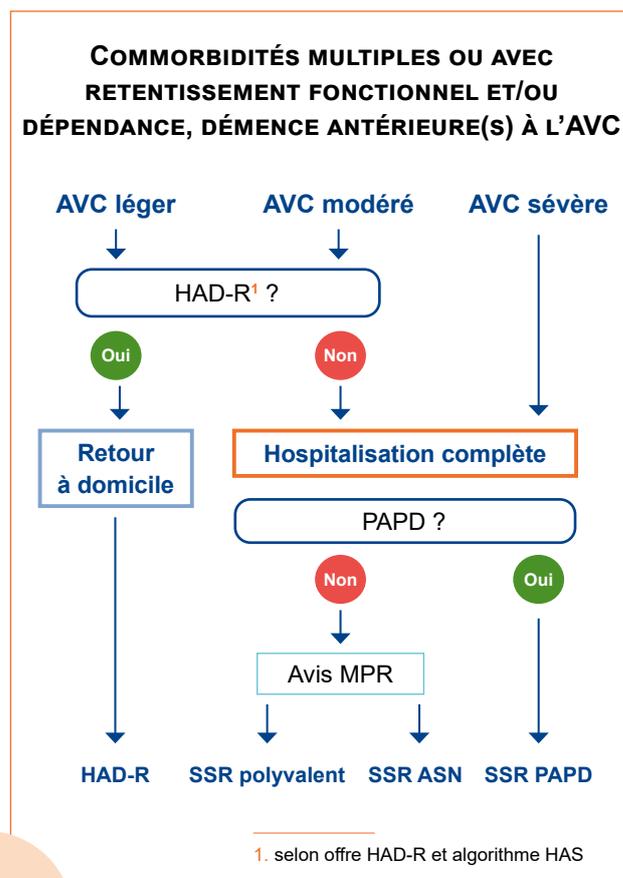
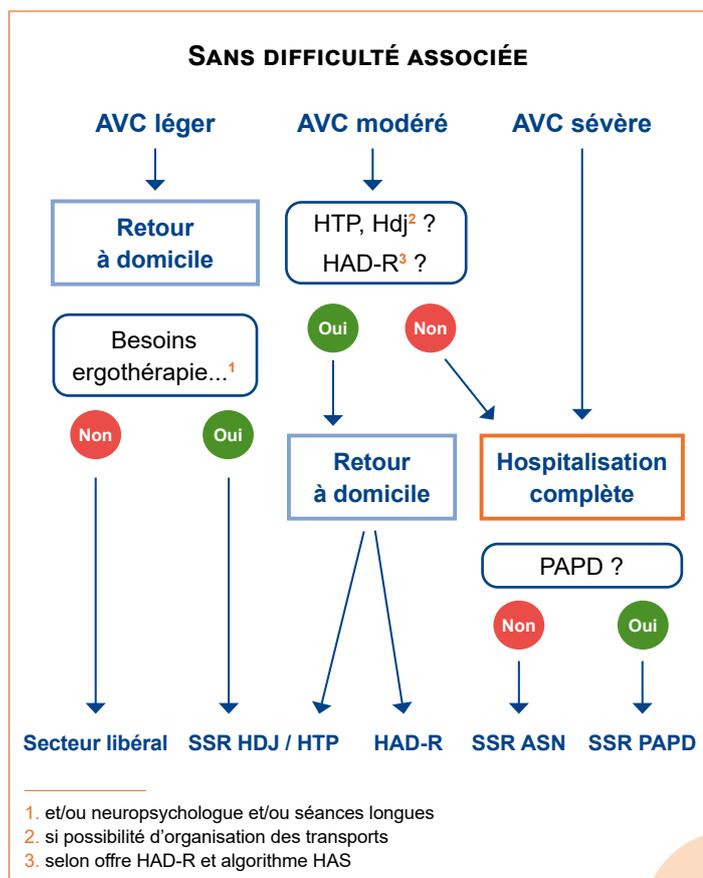
## Du SSR au domicile ou en institution

Points clés	Intervenants	Actions d'amélioration
<b>Préparation du retour à domicile, en institution</b>	Équipe pluriprofessionnelle*	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Intégrer au projet de soins le travail sur les activités habituelles et instrumentales de vie quotidienne</li> <li>→ Prévoir, selon besoin, une visite à domicile avant le retour à domicile</li> <li>→ Contacter la MDPH</li> <li>→ Assurer la coordination SSR-ville</li> <li>→ Prévoir un coordinateur de sortie</li> <li>→ Élaborer des protocoles locaux de sortie</li> <li>→ Développer l'offre permission/sortie thérapeutique (WE), hospitalisation de semaine, hospitalisation de jour</li> <li>→ Solliciter le service de retour à domicile PRADO AVC, les équipes mobiles de réadaptation/réinsertion (EMRR)</li> <li>→ Utiliser les outils numériques de partage et coordination des parcours de santé complexes</li> </ul>
<b>Réinsertion du patient dans son milieu ordinaire de vie, domestique et/ ou professionnel</b>	Équipe de soins de proximité	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Maintien et surveillance du patient après le retour à domicile</li> <li>→ Consultation de suivi à distance en lien avec le médecin traitant</li> </ul>
<b>Consultation post-AVC</b>	Médecin de la filière AVC**	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Réévaluation du programme de rééducation/réadaptation</li> <li>→ Développer les possibilités de téléconsultation</li> </ul>

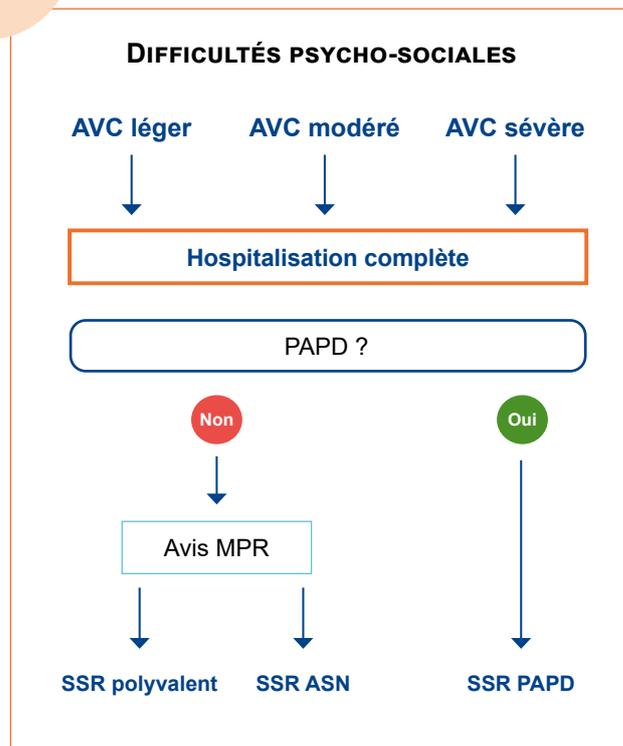
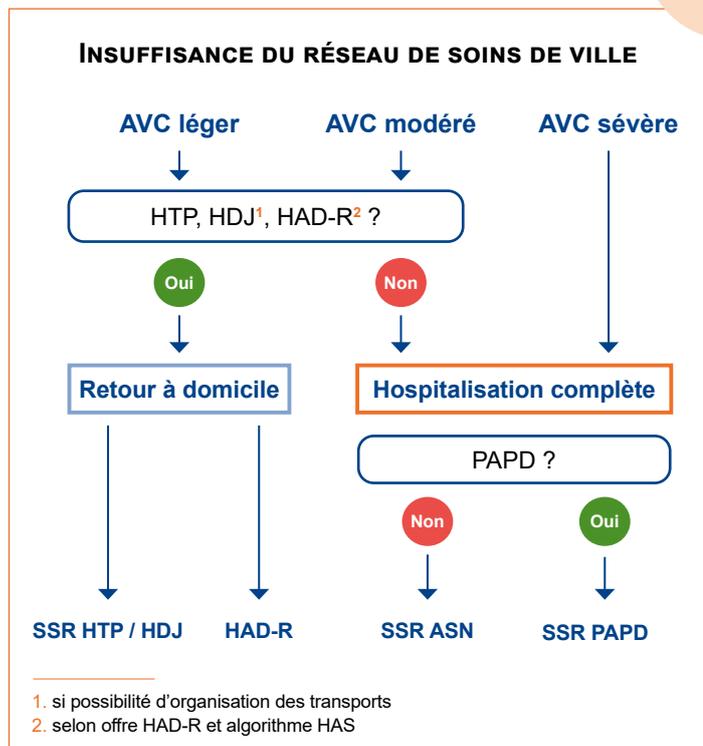
\* un médecin, une infirmière et/ou un cadre de santé et/ou une aide-soignante, deux professionnels de la rééducation, ou un professionnel de la rééducation et un travailleur social.

\*\* et, selon les situations : rééducateurs, infirmier(ère).

# Orientation des patients dans les parcours de rééducation/réadaptation



**DIFFICULTÉ ASSOCIÉE À L'AVC ?**



**HAD-R** : hospitalisation à domicile de réadaptation ; **HTP** : hospitalisation à temps partiel ; **HDJ** : hospitalisation de jour ; **PAPD** : personne âgée personne dépendante ; **ASN** : SSR spécialisé affections du système nerveux

# Notes

## AVC légers (ou catégorie 1 selon la SOFMER)

Une seule déficience, autonomie de marche, sans besoin d'évaluation écologique. Score NIHSS < 5 ou échelle neurologique canadienne (ENC) entre 8 et 11,5 ou mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) > 80. Le bénéfice attendu de la rééducation/réadaptation est faible du fait de l'effet de plafond. La place de la rééducation/réadaptation est moins essentielle pour ces AVC, compte tenu de l'importance du processus de récupération spontanée.

## AVC modérés (ou catégorie 2 selon la SOFMER)

Plusieurs déficiences ou déficit moteur du membre inférieur interdisant la marche, avec un potentiel de récupération, un projet d'autonomie probable (AVC unilatéral). Score NIHSS entre 5 et 14 ou ENC entre 5 et 7 ou MIF entre 40 et 80. Ces AVC ont le plus à bénéficier de la rééducation/réadaptation.

## AVC sévères (ou catégorie 3 selon la SOFMER)

Plusieurs déficiences dont au moins des troubles des fonctions cognitives (mémoire, fonctions exécutives, langage) et/ou troubles du comportement, avec un potentiel de récupération limité, un projet d'autonomie partielle ou impossible (AVC bilatéraux, multiples, totaux). Score NIHSS > 15 ou ENC entre 1 et 4 ou MIF < 40. Leur potentiel de récupération d'indépendance fonctionnelle est faible.

## État végétatifs ou état pauci-relationnels (EVC-EPR) (catégorie 4 selon la SOFMER)

AVC gravissime avec un NIHSS > 20 pour lequel aucun projet d'autonomie n'est envisageable. La prise en charge s'effectue dans des filières spécifiques (unités de post-réanimation puis EVC-EPR).

## PRADO AVC

Programme d'accompagnement au retour à domicile pour les personnes atteintes d'AVC (AVC léger/catégorie 1), proposé par l'Assurance maladie ayant pour objectif de renforcer la coordination entre les acteurs de ville et d'améliorer la prise en charge pluridisciplinaire.

## Équipe mobile de réadaptation/réinsertion (EMR-R), équipe mobile de gériatrie

Il s'agit d'unités pluridisciplinaires ayant pour objet, sur un territoire défini, de faciliter le retour ou le maintien dans son lieu de vie d'une personne en situation de handicap ou bien âgée. Elles interviennent de manière ponctuelle : dans des situations où les difficultés rencontrées peuvent compromettre le retour ou le maintien à domicile et provoquer un risque de prolongation du séjour hospitalier ou de retour en institution ; comme aussi dans les situations nécessitant un transfert de la personne en institution.

## HAD-R

L'hospitalisation à domicile de réadaptation (HAD-R) met à disposition, au domicile, des professionnels spécialisés dans la rééducation, la réadaptation et l'éducation thérapeutique (évaluation MPR, kinésithérapeute, orthophoniste et ergothérapeute, autres si besoin comme par exemple psychomotricien ou enseignant en APA). Elle permet de garantir la sécurité, la continuité et la coordination des soins pluridisciplinaires, tout en bénéficiant de l'environnement écologique du patient. Les progrès dans le retour à l'autonomie sont plus efficaces et immédiatement utiles en situation de vie réelle ; ils permettent une meilleure réinsertion sociale et familiale. Par ailleurs, l'entourage et le médecin traitant sont plus facilement impliqués dans le projet thérapeutique. Un retour à domicile, dans ce cadre, est envisageable pour les AVC sévères si l'environnement le permet.

## Hospitalisation à temps partiel en SSR (HTP)

L'hospitalisation à temps partiel (HTP) ne comprend pas d'hébergement, les prises en charge assurées sont d'une durée inférieure ou égale à 12 heures. Elle facilite le retour ou le maintien sur le lieu de vie habituel en étant à la charnière de la ville et du séjour hospitalier. Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet. L'HTP permet l'accès à un plateau technique et à des compétences le plus souvent sans équivalent en ville, ainsi qu'à une prise en charge pluriprofessionnelle spécialisée, immédiatement mobilisable et coordonnée auprès du patient.

## Personne âgée personne dépendante (PAPD)

Les patients relevant d'un SSR PAPD sont des personnes âgées polyopathologiques dépendantes ou à risque de dépendance. La complexité de l'état de santé se caractérise par une grande fragilité liée à une atteinte pluri-somatique avec des risques particuliers de décompensation, une dépendance physique et/ou des troubles cognitifs et/ou des problèmes d'ordre psychosociaux.

## Outils nécessaires à la coordination et au partage d'informations des parcours de santé complexes

Les outils mis à disposition sont : le [dossier](#) médical partagé (pour la consultation par le patient, l'application DMP disponible sur [smartphone](#)<sup>2</sup> ou sur [tablette](#)) ; la [messagerie sécurisée](#) par [MSSanté](#) ou autre dispositif développé par les ARS ; une [fiche](#) développée par l'ANAP peut faciliter son utilisation ; [la lettre de liaison ville-hôpital](#) ; [le plan personnalisé de coordination en santé](#).

---

2. <https://itunes.apple.com/fr/app/dmp-dossier-m%C3%A9dical-partag%C3%A9/id1203189968?mt=8>,  
<https://play.google.com/store/apps/details?id=fr.cnamts.dmp&hl=fr>

## En savoir plus

- Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC. Note de problématique. HAS. [www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/app\\_260\\_note\\_de\\_problematique\\_ssr\\_avc\\_cd\\_2019\\_05\\_22\\_vfinale.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/app_260_note_de_problematique_ssr_avc_cd_2019_05_22_vfinale.pdf)
- Plan personnalisé de coordination en santé. [www.has-sante.fr/jcms/p\\_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante](http://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante)
- Outils télésanté. [www.has-sante.fr/jcms/c\\_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques](http://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques)
- Décision partagée méthode. [www.has-sante.fr/jcms/c\\_2838959/fr/elements-pour-elaborer-une-aide-a-la-prise-de-decision-partagee-entre-patient-et-professionnel-de-sante](http://www.has-sante.fr/jcms/c_2838959/fr/elements-pour-elaborer-une-aide-a-la-prise-de-decision-partagee-entre-patient-et-professionnel-de-sante)
- Plan personnalisé de santé. [www.has-sante.fr/jcms/p\\_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante](http://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante)
- Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs. [https://adophad.has-sante.fr/adophad/files/HAS\\_algorithme\\_aide\\_decision\\_orientation\\_had.pdf](https://adophad.has-sante.fr/adophad/files/HAS_algorithme_aide_decision_orientation_had.pdf)
- Circulaire DGOS/R4/R3/PF3 2012-106 du 6 mars 2012 relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral.
- ViaTrajectoire handicap : <https://trajectoire.sante-ra.fr>
- Guide d'aide à l'orientation des malades et des familles, 20 conseils pratiques pour vous aider. [www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/AVC-guide-orientation-malades-familles.pdf](http://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/AVC-guide-orientation-malades-familles.pdf)
- France AVC est une fédération nationale d'antennes régionales ou départementales. Elle soutient les patients victimes d'AVC et leur famille. [www.franceavc.com](http://www.franceavc.com)

---

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Recommander les bonnes pratiques. Parcours de rééducation réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC**

Toutes nos publications sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)