



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Fiches descriptives des indicateurs et informations complémentaires

Thème

« Prise en charge d'un accident vasculaire cérébral (AVC) récent en soins médicaux et de réadaptation (SMR) »

Campagne IQSS 2023

contact.iqss@has-sante.fr

Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (DAQSS)

Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEvOQSS)

Version : mai 2023

Sommaire

Importance du thème	3
Les indicateurs en 2023	4
L'échantillon.....	4
Références.....	5
Fiche descriptive de l'indicateur 1 : « Projet de vie » 2023.....	7
Fiche descriptive de l'indicateur 2 : « Prise en charge des troubles de la déglutition » 2023	10
Fiche descriptive de l'indicateur 3 : « Prise en charge d'une hypertension artérielle » 2023	13
Fiche descriptive de l'indicateur 4 : « Suivi pondéral et nutritionnel » 2023.....	16
Fiche descriptive de l'indicateur 5 : « Evaluation des fonctions cognitives et comportementales » 2023.....	19
Fiche descriptive de l'indicateur 6 : « Préparation du retour à domicile » 2023	22
Fiche descriptive de l'indicateur 7 : « Programmation d'une consultation post AVC » 2023.....	25
Fiche descriptive de l'information complémentaire : « Synthèses actualisées des échanges interdisciplinaires » 2023.....	28
Fiche descriptive de la mesure exploratoire : « Progression de l'autonomie » 2023	31
Historique des indicateurs et informations complémentaires.....	33

Importance du thème

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence. Les déficiences suite un AVC aigu sont multiples : fonctionnelles, cognitives, psychiques, familiale et sociale voire professionnelle pour les personnes les plus jeunes. On note depuis plusieurs années, une augmentation de l'incidence des AVC aigus chez les moins de 65 ans . En 2014, dans les suites immédiates d'un AVC aigu, un tiers des personnes étaient prises en charge dans les services de SSR [1-4].

Le taux d'admission en SSR a fortement baissé entre 2020 et 2021 en raison de l'épidémie de COVID. De plus, le niveau de sévérité (déficits fonctionnels et comorbidités associées) observés sur cette période étaient supérieurs à ceux des patients admis en 2019. Les AVC pour lesquels le bénéfice attendu d'une rééducation/ réadaptation en SMR ont été définis par la SOFMER. Pour autant l'accès aux SMR et la coordination des soins entre SMR et équipe de proximité restent limités [5-9].

En post AVC, toutes les recommandations internationales parues ces 5 dernières années ont confirmé l'efficacité globale de la rééducation/réadaptation post-AVC. La rééducation/réadaptation réduit la mortalité, le taux de dépendance et le risque d'institutionnalisation [10-16]

Néanmoins les séjours de post AVC sont longs et la prise en charge complexe. Les soins de réadaptation reposent sur l'expertise d'une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un médecin de MPR. Les échanges interdisciplinaires réguliers tout au long du séjour permettent d'adapter les soins aux progrès fonctionnels du patient, d'identifier les freins à la rééducation et l'autonomie : troubles cognitifs, dénutrition, dépression, En plus de la prise en charge rééducative, il s'agit aussi de prévenir des complications médicales (pneumopathie, embolie pulmonaire, escarres, poussée hypertensive...) et de réduire ainsi la mortalité à la phase subaiguë des AVC [17-22].

Le recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la prise en charge des AVC récents en SMR concernent les séjours d'AVC récents de l'adulte avec une durée minimum de séjour de 21 jours.

NB Le terme SMR (Soins médicaux et de Réadaptation) remplace celui de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) avec le [décret 2022_24](#) et le [décret 2022_25](#) du 11 janvier 2022 [23-24].

Les indicateurs en 2023

La qualité de la prise en charge en SMR de tous types d'AVC récents est analysée grâce à :

7 indicateurs permettant la comparaison des ES :

1. Projet de vie
2. Prise en charge des troubles de la déglutition
3. Prise en charge d'une hypertension artérielle
4. Suivi pondéral et nutritionnel
5. Evaluation des fonctions cognitives et comportementales
6. Programmation d'une consultation post AVC
7. Préparation du retour à domicile

Et

Une information complémentaire : « Synthèses actualisées des échanges interdisciplinaires »

Les questions portant sur les synthèses actualisées des échanges interdisciplinaires pourront intégrer le set d'indicateurs de comparaison si leur qualité métrologique le permet. La mesure exploratoire porte sur la progression de l'autonomie au décours du séjour de SMR.

Et

Une mesure exploratoire : « Progression de l'autonomie ».

L'échantillon

Le recueil porte sur un échantillon aléatoire de 50 séjours tirés au sort à partir du PMSI SMR 2022.

Critères d'inclusion

L'échantillon principal est constitué de séjours de patients adultes

- En hospitalisation complète hors séances,
- Séjours débutés et terminés en 2022
- De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR
- Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants :
 - I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes),
 - I61.x (hémorragies intracérébrales),
 - I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision),
 - I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène)
 - I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus)
- Avec une durée de séjour de 22 jours minimum
- Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24
- Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.

Critères d'exclusion

- Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chainage
- Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans
- Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès)
- Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite
- Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jours
- Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24

Références

1. Inserm 2019. L'accident vasculaire cérébral. <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/.MAJ> mai 2019.
2. Santé Publique France 2019. Accident vasculaire cérébral (AVC). La première cause de handicap acquis de l'adulte Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral>. MAJ mai 2019
3. Schnitzler A, Woimant F, Tuppin P, de Peretti C. Prevalence of self-reported stroke and disability in the French adult population: a transversal study. PLoS One 2014;9(12):e115375.
4. Analyse de l'activité hospitalière en 2020 en SSR. Agence technique de l'information hospitalière en 2020. <https://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2020>
5. Gabet A, de Peretti C, Woimant F, Giroud M, Béjot Y, Schnitzler A, et al. (2017). Evolution de l'admission en soins de suite et de réadaptation des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral en France, 2010-2014. Bull Epidémiol Hebdo 2017;(11):196-207.
6. Yelnik AP, Schnitzler A, Pradat-Diehl P, Sengler J, et al. Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) Care Pathways: "Stroke Patients". Ann Phys Rehabil Med 2011;54(8):506-18.
7. Instruction DGOS/R4 no 2015-262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post-accident vasculaire cérébral (AVC) et du suivi des AVC. https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-09/ste_20150009_0000_0053.pdf
8. [HAS. Accident vasculaire cérébral Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC.](#)
9. Greenberg, S.M.; Ziai, W.C.; Cordonnier, C; Dowlatshahi D., Francis, B. et al. Guideline for the Management of Patients with Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke ; 2022 Jul;53(7):e282-e361.doi: 10.1161/STR.0000000000000407. Epub 2022 May 17.
10. Powers W.J., Rabinstein, A.A; Ackerson, T. Adeoye, O.M. Bambakidis N.C.,AHA. Guidelines for the Early Management of Patients with an Acute Ischemic Stroke: 2019 Update of the 2018 guidelines <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.0000000000000211>
11. Winstein, C.J, Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherne R. and al. Adulte Stroke rehabilitation recovery. AHA. <https://www.guidelinecentral.com/guideline/7080/#>. MAJ 22 mars 2022
12. Teasell, R., Salbach, N.M., et les membres du groupe de rédaction sur la réadaptation et le rétablissement après un AVC des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, sixième édition décembre <https://www.heartandstroke.ca/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/french/2019-csbpr6-rehabrecovery-module-fr-final-dec2019.ashx?rev=-1>
13. Platz T (2019) Evidence-Based Guidelines and Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation—An International Perspective. Front. Neurol. 10:200.doi: 10.3389/fneur.2019.00200
14. NICE (2021). Stroke Rehabilitation. <http://pathways.nice.org.uk/pathways/stroke> NICE Pathway last updated: 05 February 2021
15. AHA. Clinical Performance Measures for Stroke Rehabilitation: Performance Measures From the American Heart Association/American Stroke Association ; Stroke. 2021;52:00–00. DOI: 10.1161/STR.0000000000000388

16. Department of Veterans Affairs Department of Defense (2021). Clinical practice for the management of stroke rehabilitation. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/VADoDStrokeRehabCPGFinal8292019.pdf>
17. Rost,N.S., Brodtmann,A., Pase, M. P. van Veluw, S.J., Biffi, A.and al. Post-Stroke Cognitive Impairment and Dementia. Circulation Research. 2022;130:1252–1271. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.122.319951>
18. Canada Stroke Best Practices <https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/mood-cognition-and-fatigue-following-stroke/post-stroke-depression>. MAJ 2019.
19. Sabbouh T, Torbey MT. Malnutrition in Stroke Patients: Risk Factors, Assessment, and Management. Neurocrit Care. 2018 Dec;29(3):374-384. doi: 10.1007/s12028-017-0436-1. PMID: 28799021; PMCID: PMC5809242.
20. HAS 2021. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3165944/fr/diagnostic-de-la-denutrition-chez-la-personne-de-70-ans-et-plus
21. Gorelick P.B., Qureshi S., Farooq M. U. Management of Blood Pressure and Stroke. International Journal of Cardiology Hypertension 3 (2019) 10021
22. Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire (2018). Haute autorité de santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1252051/fr/prevention-vasculaire-apres-un-infarctus-cerebral-ou-un-accident-ischemique-transitoire
23. Conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation. Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation
24. Conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation. Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation - Légifrance

Fiche descriptive de l'indicateur 1 : « Projet de vie » 2023

Définition	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, recherche dans le dossier la trace du projet de vie décrit dans les synthèses des échanges pluridisciplinaires et prenant en compte ou justifiant l'absence de l'avis du patient et son entourage ainsi qu'une évaluation sociale par une assistante sociale.</p> <p>Cet indicateur concerne tous les personnes de retour à domicile après une hospitalisation complète en SMR : domicile privé individuel ou collectif (EHPAD au tout autre structure médico-sociale) avec ou sans prise en charge de type HAD ou HDJ.</p>
Justification	<p>La prise en charge en SMR doit favoriser la réinsertion familiale, sociale et professionnelle (projet de vie) du patient en prévenant, compensant les déficiences et limitations des patients [6-8, 11-16, 23 -24].</p> <p>Le projet de vie du patient est défini pour tout patient de retour au domicile en milieu ordinaire. Il aborde les conditions de vie en milieu ordinaire et les mesures de compensation nécessaires à une réinsertion fonctionnelle, sociale et professionnelle optimale. Il évolue au cours du séjour en fonction des effets de la réduction, des limitations résiduelles et de l'évolution de l'autonomie. Il est élaboré grâce aux échanges interdisciplinaires et s'appuie notamment sur une évaluation sociale par un travailleur des services sociaux (assistante sociale). L'absence de cette dernière doit être justifiée.</p> <p>Le projet de vie doit être élaboré en concertation avec le patient et son entourage. Les raisons qui pourraient être à l'origine d'échanges limités avec le patient ou avec son entourage sur ce sujet doivent être explicitées et tracées.</p>
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	<p>Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant la comparaison inter-établissements.</p> <p>Indicateur de type de taux.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours pour lesquels on retrouve dans le dossier du patient la trace de :</p> <p>Au moins une synthèse des échanges interdisciplinaires abordant le projet de vie</p> <p>ET</p> <p>L'avis du patient sur le projet de vie OU une des 3 raisons suivantes tracée justifiant l'absence d'avis du patient : (i) état de santé du patient ; (ii) refus du patient ou (iii) barrière de la langue</p> <p>ET</p> <p>L'avis de son entourage sur le projet de vie OU une des 2 raisons suivantes tracée justifiant l'absence d'avis du patient : (i) patient isolé ou (ii) refus du patient ou de l'entourage</p> <p>ET</p>

	Une évaluation sociale par une assistante sociale OU une des 3 raisons suivantes tracée justifiant l'absence d'évaluation par une assistante sociale : (i) état de santé du patient ; (ii) refus du patient ou (iii) barrière de la langue
Dénominateur	L'ensemble des dossiers sauf les dossiers des patients transférés en MCO, SMR
Echantillon	Le taux est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours de patients adultes • En hospitalisation complète hors séances, • Séjours débutés et terminés en 2022 • De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR • Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • Avec une durée de séjour de 22 jours minimum • Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24 • Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chaînage • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite • Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jours • Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24
Critères d'exclusion secondaires	Séjours des patients au cours ou fin de séjour en SMR partant vers un autre établissement de santé de santé MCO, SMR ou USLD
Mode d'évaluation des critères de l'indicateur	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Un dossier est conforme si on trouve dans les dossiers de toutes les personnes de retour à domicile - domicile privé individuel ou collectif (EHPAD au tout autre structure médico-sociale) avec ou sans prise en charge de type HAD ou HDJ- après une hospitalisation complète en SMR :</p> <p>Au moins une synthèse des échanges interdisciplinaires abordant le projet de vie</p> <p>ET</p> <p>L'avis du patient sur le projet de vie OU une des 3 raisons suivantes tracée justifiant l'absence d'avis du patient : (i) état de santé du patient ; (ii) refus du patient ou (iii) barrière de la langue</p> <p>ET</p>

	<p>L'avis de son entourage sur le projet de vie OU une des 2 raisons suivantes tracée justifiant l'absence d'avis du patient : (i) patient isolé ou (ii) refus du patient ou de l'entourage</p> <p>ET</p> <p>Une évaluation sociale par une assistante sociale OU une des 3 raisons suivantes tracée justifiant l'absence d'évaluation par une assistante sociale : (i) état de santé du patient ; (ii) refus du patient ou (iii) barrière de la langue</p>
--	---

Indicateur Projet de Vie

Taux de dossiers patients avec un projet de vie élaboré tracé par une synthèse des échanges pluridisciplinaires et prenant en compte ou justifiant l'absence de l'avis du patient et son entourage ainsi qu'une évaluation sociale par une assistante sociale.

ALGORITHMES DE CALCUL

Variable	Algorithme
<p>Pourcentage de dossiers =</p> $\frac{\sum_{i=1}^{60} [\text{num IND P3I_V2}]}{\sum_{i=1}^{60} [\text{den IND P3I_V2}]}$	<p>SI</p> <p>{ [P3I_1] = 1</p> <p>ET</p> <p>((([P3I_1_1] = 1)</p> <p>OU</p> <p>((([P3I_1_1] = 0 ET (([P3I_1_1_1] = 1 OU [P3I_1_1_1] = 2 OU [P3I_1_1_1] = 3))))</p> <p>ET</p> <p>((([P3I_1_2] = 1)</p> <p>OU</p> <p>((([P3I_1_2] = 0 ET (([P3I_1_2_1] = 1 OU [P3I_1_2_1] = 2)))))</p> <p>ET</p> <p>{ ([P3I_2] = 1)</p> <p>OU</p> <p>((([P3I_2] = 0 ET (([P3I_2_1] = 1 OU [P3I_2_1] = 2 OU [P3I_2_1] = 3)))</p> <p>ALORS [num IND P3I_V2] = 1</p> <p>SINON [num IND P3I_V2] = 0</p> <p>FINSI</p>
<p>Dossier i :</p> <p>[den IND P3I_V2]</p>	<p>Tous les dossiers inclus de séjours terminés sortis à domicile avec ou sans prise en charge en HDJ ou HAD</p> <p>(([SMR_AVC_16] = 1 OU</p> <p>[SMR_AVC_16] = 2 OU</p> <p>[SMR_AVC_16] = 3 OU</p> <p>[SMR_AVC_16] = 4 OU</p> <p>[SMR_AVC_16] = 5 OU</p> <p>[SMR_AVC_16] = 9 OU</p> <p>[SMR_AVC_16] = 10)</p>

Fiche descriptive de l'indicateur 2 : « Prise en charge des troubles de la déglutition » 2023

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la recherche des troubles de la déglutition dès l'entrée en SMR et le cas échéant, la trace de leur prise en charge (prévention des pneumopathies d'inhalation et rééducation des troubles de la déglutition).
Justification	<p>Les troubles de la déglutition fréquents après un AVC sont associés à des complications graves et à une surmortalité. Cette recherche permet d'identifier les patients à risque de pneumopathie d'inhalation. Il est recommandé de rechercher des troubles de la déglutition avant toute prise alimentaire per os. Cette recherche doit faire l'objet d'un protocole explicite dans chaque service et repose sur un personnel formé. Le protocole doit être appliqué dès l'entrée du patient dans un service de SMR [9-16]</p> <p>Les consignes sur l'alimentation (l'accompagnement des repas et l'adaptation des textures ou pas) sont des informations qui indiquent que les troubles de la déglutition sont pris en compte. Ces consignes sont des premières étapes d'une prise en charge des troubles de la déglutition avant un bilan et une prise en charge plus experte (l'avis d'un orthophoniste, bilan et une rééducation). Ces consignes doivent être appliquées dès l'entrée en SMR.</p> <p>Si le patient présente des troubles de la déglutition, des mesures de prévention des pneumopathies d'inhalation doivent être tracées. Les troubles de la déglutition peuvent aussi être à l'origine de dénutrition susceptible de perturber la rééducation (voir suivi nutritionnel et pondéral).</p>
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant la comparaison inter-établissements. Indicateur de type de taux. Pas d'ajustement sur le risque.
Numérateur	<p>Nombre de séjours pour lesquels on trouve dans le dossier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La trace d'une recherche des troubles de la déglutition dès l'entrée en SMR <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • La trace des mesures de prévention des pneumopathies d'inhalation pour les patients présentant des troubles de la déglutition: accompagnement des repas, adaptation des textures, <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • La trace d'une rééducation de la déglutition
Dénominateur	L'ensemble des dossiers évalués
Echantillon	Le taux est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours de patients adultes • En hospitalisation complète hors séances, • Séjours débutés et terminés en 2022 • De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR • Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision),

	<ul style="list-style-type: none"> ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • Avec une durée de séjour de 22 jours minimum • Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24 • Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chaînage • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite • Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jours • Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24
Critères d'exclusion secondaires	Néant
Mode d'évaluation des critères de l'indicateur	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Un dossier est conforme si on trouve dans les dossiers de toutes les personnes entrant en SMR pour un AVC récent :</p> <p>La trace de la recherche des troubles de la déglutition dès l'entrée en SMR</p> <p>ET</p> <p>Pour les patients présentant des troubles de la déglutition, la trace de mesures de prévention des pneumopathies d'inhalation : Accompagnement des repas, Adaptation des textures</p> <p>ET</p> <p>Une rééducation de la déglutition</p>

Indicateur Prise en charge des troubles de la déglutition_V2

Taux de dossiers de patients avec une recherche des troubles de la déglutition dès l'entrée en SMR et le cas échéant, et la trace de leur prise en charge (prévention des pneumopathies d'inhalation et rééducation des troubles de la déglutition).

ALGORITHMES DE CALCUL

Variable		Algorithme
Pourcentage de dossiers = $\frac{\sum_{i=1}^{60} [\text{num IND PCTD_V2}]}{\sum_{i=1}^{60} [\text{den IND PCTD_V2}]}$	Dossier i : [num IND PCTD_V2]	SI { [SMR_DTD_1] = 1 ET [SMR_DTD_1_1] = 1 } ET { ([SMR_DTD_2] = 0) OU ([SMR_DTD_2] = 1 ET [SMR_DTD_2_1] = 1 ET [SMR_DTD_2_1_1] = 1) } ALORS [num IND PCTD_V2] = 1 SINON [num IND PCTD_V2] = 0 FINSI
	Dossier i : [den IND PCTD_V2]	Tous les dossiers inclus

Fiche descriptive de l'indicateur 3 : « Prise en charge d'une hypertension artérielle » 2023

Définition	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue dans le dossier la trace d'une surveillance régulière de la tension artérielle au cours des 15 premiers jours du séjour en SMR et la trace d'une décision médicale si un pic systolique supérieur à 140 mm Hg était noté à 2 reprises au cours de cette surveillance.
Justification	<p>Une hypertension artérielle est un facteur de risque et une complication des AVC. Dans les suites d'un AVC, la pression artérielle peut être instable, le traitement antihypertenseur doit être adapté et ses effets contrôlés par une surveillance régulière [9-10, 11-16, 21-22].</p> <p>Le dossier du patient (observation médicale) doit tracer la décision médicale adoptée en cas de pics tensionnels : surveillance renforcée de la tension artérielle et, le cas échéant à une adaptation du traitement antihypertenseur (initier un traitement antihypertenseur, ou de modifier ou de maintenir un traitement hypertenseur existant). Cette décision peut s'appuyer sur un avis spécialisé si besoin.</p>
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	<p>Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant une comparaison inter-établissements.</p> <p>Indicateur de type de taux.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Numérateur	<p>Le nombre de séjours pour lesquels on retrouve dans le dossier du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La trace de la pression artérielle au moins une fois par jour, 5 jours par semaine durant les 2 premières semaines <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • La décision médicale relative à la prise en charge de la tension artérielle (surveillance renforcée, évolution du traitement antihypertenseur, ou avis spécialisé) si au moins 2 mesures de pression systolique strictement supérieures à 140 mm Hg (dossier médical) sont observées durant les 2 premières semaines
Dénominateur	L'ensemble des dossiers évalués
Echantillon	Le taux est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours de patients adultes • En 0 complète hors séances, • Séjours débutés et terminés en 2022 • De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR • Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • Avec une durée de séjour de 22 jours minimum

	<ul style="list-style-type: none"> • Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24 • Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chainage • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite • Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jours • Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24
Critères d'exclusion secondaires	Néant
Mode d'évaluation des critères de l'indicateur	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Un dossier est conforme si on trouve :</p> <p>La trace de la pression artérielle au moins une fois par jour, 5 jours par semaine durant les 2 premières semaines</p> <p>ET</p> <p>La trace de la décision médicale si au moins 2 mesures de pression systolique strictement supérieures à 140 mm Hg (dossier médical) sont observées durant les 2 premières semaines:</p> <p style="padding-left: 40px;">Surveillance tensionnelle renforcée</p> <p>OU</p> <p style="padding-left: 40px;">Maintien du traitement antihypertenseur existant</p> <p>OU</p> <p style="padding-left: 40px;">Modification du traitement anti-hypertenseur existant</p> <p>OU</p> <p style="padding-left: 40px;">Initiation d'un traitement antihypertenseur</p> <p>OU</p> <p style="padding-left: 40px;">Avis spécialisé demandé</p> <p>OU</p> <p style="padding-left: 40px;">Aucune des options précédentes</p>

Indicateur : Prise en charge d'une hypertension artérielle_V2

Taux de dossiers patients ala trace d'une surveillance régulière de la tension artérielle au cours des 15 premiers jours du séjour en SMR et la trace d'une décision médicale si un pic systolique supérieur à 140 mm Hg était noté à 2 reprises au cours de cette surveillance.

ALGORITHMES DE CALCUL

Variable		Algorithme
<p style="text-align: center;">Pourcentage de dossiers =</p> $\frac{\sum_{i=1}^{60} [\text{num IND PHTA_V2}]}{\sum_{i=1}^{60} [\text{den IND PHTA_V2}]}$	<p>Dossier i :</p> <p>[num IND PHTA_V2]</p>	<p>SI {[HTA_1] = 1} ET {[HTA_2] = 0} OU ([HTA_2] = 1 ET ([HTA_2_1] = 1 OU [HTA_2_1] = 2 OU [HTA_2_1] = 3 OU [HTA_2_1] = 4 OU [HTA_2_1] = 5) }</p> <p>ALORS [num IND PHTA_V2] = 1 SINON [num IND PHTA_V2] = 0 FINSI</p>
	<p>Dossier i :</p> <p>[den IND PHTA_V2]</p>	<p>Tous les dossiers inclus</p>

Fiche descriptive de l'indicateur 4 : « Suivi pondéral et nutritionnel » 2023

Définition	Cet indicateur, exprime sous la forme d'un taux, le nombre de dossiers de patients avec d'un suivi pondéral avec une mesure régulière du poids et un calcul de l'index de masse corporelle et une prise en charge nutritionnelle par une diététicienne sur prescription médicale.
Justification	<p>Une dénutrition avec ses conséquences délétères sur la récupération fonctionnelle, les risques d'escarres, le pronostic sont fréquemment observée en post AVC [11-16, 19-20].</p> <p>Plusieurs facteurs s'associent pour majorer le risque de dénutrition : âge des patients, les troubles de la déglutition, la moindre mobilité, les troubles métaboliques antérieurs ou associés à un AVC aigu et l'état dépressif.</p> <p>La surveillance régulière du poids et de l'index de masse corporelle sont des marqueurs utiles à l'évaluation du bilan protéino-énergétique.</p> <p>Un accompagnement diététique évaluant les besoins et complétant les apports nutritionnels doit être prescrit le cas échéant.</p>
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	<p>Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant une comparaison inter-établissements.</p> <p>Indicateur de type de taux.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Numérateur	<p>Le nombre de séjours pour lesquels on retrouve dans le dossier :</p> <p style="padding-left: 40px;">Une mesure du poids dans les 7 jours suivant l'arrivée en SMR suivie d'une mesure du poids dans les 15 jours suivant la première mesure</p> <p>ET</p> <p style="padding-left: 40px;">Une mesure du poids au cours du 3^{ème} mois d'hospitalisation</p> <p>ET</p> <p style="padding-left: 40px;">Au moins une mesure de l'IMC pendant les 3 premiers mois du séjour en SMR</p> <p>ET</p> <p style="padding-left: 40px;">Au moins un accompagnement diététique sur prescription médicale</p>
Dénominateur	L'ensemble des dossiers évalués
Echantillon	Le taux est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers.

<p>Critères d'inclusion</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours de patients adultes • En hospitalisation complète hors séances, • Séjours débutés et terminés en 2022 • De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR • Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • Avec une durée de séjour de 22 jours minimum • Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24 • Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.
<p>Critères d'exclusion</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chainage • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite • Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jours • Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24
<p>Critères d'exclusion secondaires</p>	<p>Néant</p>
<p>Mode d'évaluation des critères de l'indicateur</p>	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Un dossier est conforme si on trouve :</p> <p>Une mesure du poids dans les 7 jours suivant l'arrivée en SSR suivie d'une mesure du poids dans les 15 jours suivant la première mesure</p> <p>ET</p> <p>Une mesure du poids au cours du 3^{ème} mois d'hospitalisation pour les séjours de plus de 2 mois</p> <p>ET</p> <p>Au moins une mesure de l'IMC pendant les 3 premiers mois du séjour en SSR</p> <p>ET</p> <p>Une prise en charge nutritionnelle par une diététicienne sur prescription médicale</p>

Indicateur : Suivi pondéral et nutritionnel_ V2

Taux de patients ayant bénéficié d'un suivi pondéral avec une mesure régulière du poids et un calcul de l'index de masse corporelle et une prise en charge nutritionnelle par une diététicienne sur prescription médicale

ALGORITHMES DE CALCUL

Variable	Algorithme	
<p style="text-align: center;">Pourcentage de dossiers =</p> $\sum_{i=1}^{60} \frac{[\text{num IND SNUT_V2}]}{[\text{den IND SNUT_V2}]}$	<p>Dossier i :</p> <p>[num IND SNUT_V2]</p>	<p>SI</p> <p>{[AVC_SN_1] = 1 ET [AVC_SN_1_1] = 1}</p> <p>ET</p> <p>{ ([AVC_SN_2] = 1) OU (DureeSej ≤ 60 jours) }</p> <p>ET</p> <p>{ [AVC SN_3] = 1 }</p> <p>ET</p> <p>{ ([AVC SN_4] = 0) OU ([AVC SN_4] = 1 ET [AVC SN_4_1] = 1) }</p> <p>ALORS [num IND SNUT_V2] = 1</p> <p>SINON [num IND SNUT_V2] = 0</p> <p>FINSI</p>
	<p>Dossier i :</p> <p>[den IND SNUT_V2]</p>	<p>Tous les dossiers inclus</p>

**Fiche descriptive de l'indicateur 5 :
« Evaluation des fonctions cognitives et comportementales » 2023**

Définition	Cet indicateur présenté sous la forme d'un taux recherche dans le dossier, la trace d'une évaluation de fonctions cognitives et comportementales adaptée à l'âge ou la trace d'une justification à l'absence de celle-ci.
Justification	L'AVC est une cause majeure de troubles cognitifs, comportementaux ou psychiques. Ils doivent être systématiquement et régulièrement recherchés chez tous les patients pour mieux adapter la prise en charge et l'accompagnement des patients et de l'entourage professionnel ou familial [1-3, 11-16, 17-18].
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant une comparaison inter-établissements. Indicateur de type de taux. Pas d'ajustement sur le risque.
Numérateur	Le nombre de séjours pour lesquels on retrouve dans le dossier : <ul style="list-style-type: none"> • La trace d'une évaluation des fonctions cognitives et comportementales OU <ul style="list-style-type: none"> • La trace d'une justification expliquant l'absence d'évaluation cognitive et comportementale ET ET <ul style="list-style-type: none"> • Pour les moins de 75 ans, la trace d'une évaluation des fonctions cognitives et comportementales effectuée par un gériatre, neurologue, psychiatre, neuropsychologue
Dénominateur	L'ensemble des dossiers évalués
Echantillon	Le taux est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours de patients adultes • En hospitalisation complète hors séances, • Séjours débutés et terminés en 2022 • De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR • Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus)

	<ul style="list-style-type: none"> • Avec une durée de séjour de 22 jours minimum • Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24 • Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chainage • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite • Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jours • Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24
Critères d'exclusion secondaires	Néant
Mode d'évaluation des critères de l'indicateur	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Un dossier est conforme si on trouve :</p> <p>La trace d'une évaluation des fonctions cognitives et comportementales</p> <p>OU</p> <p>La trace d'une justification expliquant l'absence d'évaluation de l'état cognitif et comportemental</p> <p style="padding-left: 40px;">État de santé du patient incompatible avec l'évaluation. Refus du patient Barrière de la langue</p> <p>ET</p> <p>Pour les moins de 75 ans, la trace d'une évaluation des fonctions cognitives et comportementales effectuée par un gériatre, neurologue, psychiatre, neuropsychologue ou un médecin de médecine physique et réadaptation.</p>

Indicateur : évaluation des fonctions cognitives et comportementales

Taux de dossiers patients avec la trace d'une évaluation de fonctions cognitives et comportementales adaptée à l'âge ou la trace d'une justification à l'absence de celle-ci.

ALGORITHMES DE CALCUL

Variable	Algorithme
<p style="text-align: center;">Pourcentage de dossiers =</p> $\frac{\sum_{i=1}^{60} [\text{num IND DTPC}]}{\sum_{i=1}^{60} [\text{den IND DTPC}]}$	<p>Dossier i : [num IND DTPC]</p> <p>Si ([COG_1] = 1 ET [Age] ≥ 75 ans) OU ([COG_1] = 1 ET [Age] < 75ans ET [COG_1_2] = 1) OU ([COG_1] = 0 ET [COG_1_1] = 1 ET {[COG_1_1_1] = 1 OU [COG_1_1_1] = 2 OU [COG_1_1_1] = 3})</p> <p>ALORS [num IND DTPC] = 1 SINON [num IND DTPC] = 0 FINSI</p>
	<p>Dossier i : [den IND DTPC]</p> <p>Tous les dossiers inclus</p>

Fiche descriptive de l'indicateur 6 : « Préparation du retour à domicile » 2023

Définition	<p>Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, évalue la préparation du retour au domicile sur la programmation de sorties thérapeutiques et l'évaluation du domicile ou une justification tracée si aucune sortie thérapeutique programmé ou aucune évaluation du domicile [3, 6-8, 11-16].</p> <p>Cet indicateur concerne tous les patients sortant à domicile avec ou sans prise en charge en HDJ ou HAD. Les dossiers de des personnes sortant de SMR pour rejoindre une structure médicosociale (EHPAD, maison ou foyer) sont exclus.</p>
Justification	<p>La prise en charge en SMR doit favoriser la réinsertion (projet de vie) familiale, sociale et professionnelle du patient en prévenant, compensant les déficiences et limitations des patients. Le retour au domicile est donc une étape importante du processus qui doit être accompagnée chaque fois que possible par la mise en œuvre de visite thérapeutique et une évaluation du logement [2-7]</p> <p>L'absence de visite thérapeutique doit être justifiée par une des 3 raisons suivantes : état clinique, refus du patient ou de l'entourage, ou patient isolé</p> <p>L'évaluation du domicile peut être faite sans une visite physique du logement, en interrogeant l'entourage. L'absence d'évaluation du logement peut être justifiée par une des 2 raisons suivantes : passage en EHPAD ou EHPA, FAMS, refus du patient ou de l'entourage.</p> <p>L'évaluation du domicile peut être suspendue si le patient est transféré en soins aigus ou sans objet si le patient est transféré en SMR ou USLD.</p>
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	<p>Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant une comparaison inter-établissements.</p> <p>Indicateur de type de taux.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours pour lesquels on trouve dans le dossier du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une trace d'au moins une sortie thérapeutique du séjour OU <p>Une de ces 3 raisons justifiant l'absence de visite thérapeutique tracées : état clinique, refus du patient ou de l'entourage, ou patient isolé</p> <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une trace d'une évaluation du domicile OU une justification tracée à l'absence d'évaluation du domicile
Dénominateur	L'ensemble des dossiers évalués sauf patients transférés en MCO ou SMR
Echantillon	Le taux est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours de patients adultes • En hospitalisation complète hors séances, • Séjours débutés et terminés en 2022 • De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR • Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales),

	<ul style="list-style-type: none"> ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) <ul style="list-style-type: none"> • Avec une durée de séjour de 22 jours minimum • Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24 • Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chainage • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite • Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jour • Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24
Critères d'exclusion secondaires	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours patients transférés ou mutés en MCO, USLD ou SMR, EHPAD et EHPA, autre établissement médico-sociaux
Mode d'évaluation des critères de l'indicateur Préparation du retour à domicile	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Un dossier est conforme si on trouve la trace :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ d'au moins une sortie thérapeutique au cours du séjour en SMR OU une de ces 3 raisons justifiant l'absence de celle-ci: état clinique, patient isolé, refus du patient ou de l'entourage, <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Une trace d'une évaluation du domicile ou une justification à l'absence de celle-ci

Indicateur Préparation du retour à domicile

La préparation du retour au domicile sur la programmation de sorties thérapeutiques et l'évaluation du domicile ou une justification tracée si aucune sortie thérapeutique programmé ou aucune évaluation du domicile.

ALGORITHMES DE CALCUL

Variable	Algorithme
<p style="text-align: center;">Pourcentage de dossiers =</p> $\sum_{i=1}^{60} [\text{num IND RAD}] / \sum_{i=1}^{60} [\text{den IND RAD}]$	<p>Dossier i : [num IND RAD]</p> <p>SI { ([RAD_1] = 1) OU ([RAD_1] = 0 ET ([RAD_1_1] = 1 OU [RAD_1_1] = 2 [RAD_1_1] = 3)) } ET { ([RAD_2] = 1) OU ([RAD_2] = 0 ET [RAD_2_1] = 1) } ALORS [num IND RAD] = 1 SINON [num IND RAD] = 0 FINSI</p>
	<p>Dossier i : [den IND RAD]</p> <p>Tous les dossiers inclus sortis à domicile ([SMR_AVC_16] = 1 OU [SMR_AVC_16] = 2 OU [SMR_AVC_16] = 9 OU [SMR_AVC_16] = 10)</p>

Fiche descriptive de l'indicateur 7 : « Programmation d'une consultation post AVC » 2023

Définition	<p>Cet indicateur, présentée sous la forme d'un taux, évalue la programmation d'une <u>consultation post- AVC</u> dans les 6 mois suivant la sortie de SMR</p> <p>Cet indicateur concerne tous les patients sortant à domicile. Sont exclus les personnes sortant de SMR pour rejoindre un autre établissement de santé MOCO ou autre SMR.</p>
Justification	<p>Un AVC est une maladie chronique qui doit bénéficier d'un suivi médical, fonctionnel, cognitif et social organisé. Le risque de récurrences dans l'année est important. 40 % des patients conservent des séquelles importantes qui doivent être prises en charge pour améliorer leur autonomie, leur qualité de vie et celle des aidants .Le suivi et a prise en charge des patients victimes d'AVC restent sous optimales [3,6,7]</p> <p>Une consultation post AVC doit avoir lieu dans les 6 mois suivant la sortie d'hospitalisation en SMR. Compte-tenu des délais pour l'obtention d'une consultation post-AVC, la prise de rendez-vous doit être anticipée. La consultation peut avoir été programmée lors de la sortie du MCO, dans ce cas il est nécessaire de vérifier la date de consultation est compatible avec la date de sortie du SMR et si besoin de la décaler.</p> <p><u>La consultation post AVC</u> est une consultation pluriprofessionnelle dont l'objectif est de procéder à une évaluation clinique multidimensionnelle : motrice, fonctionnelle, cognitive, psychique, familiale et sociale voire professionnelle après un AVC aigu. Cf. information sur les objectifs de la consultation réglementaire post- AVC dans la fiche descriptive. https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-09/ste_20150009_0000_0053.pdf</p> <p>Cette consultation est adaptée à l'âge et degré d'autonomie du patient ; elle doit être multidimensionnelle. Pour les plus âgés symptomatiques , il peut s'agir d'une évaluation gériatrique en hôpital de jour. Pour les patients les plus jeunes (moins de 70 ans) , une consultation ou une évaluation en hôpital de jour d'un SMR peut être proposée. Cette consultation doit permettre d'évaluer les dimensions médicales, fonctionnelles , psychologiques cognitives et sociales du patient et la qualité de vie de l'aidant le cas échéant ; elle est de ce fait pluridisciplinaire ciblant les déficiences résiduelles ou nouvelles du patient.</p>
Utilisations	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de performance est fixé à 80%, soit 8 dossiers sur 10. • Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé. • Procédure de certification des établissements de santé. • Diffusion publique, Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité des Soins (IFAQ) : se référer à l'arrêté sur le sujet – cf. Cadre réglementaire
Type d'indicateur	<p>Indicateur de qualité et sécurité des soins de type processus permettant une comparaison inter-établissements.</p> <p>Indicateur de type de taux.</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Numérateur	<p>Le nombre de séjours pour lesquels on retrouve dans le dossier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une consultation post AVC a été programmée <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cette consultation a été programmée dans les 6 mois qui suit le séjour SMR

	<p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> La consultation n'a pu être programmée car le patient a été transféré dans un autre établissement MCO ou SMR
Dénominateur	L'ensemble des dossiers évalués
Echantillon	Le taux est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> Séjours de patients adultes En hospitalisation complète hors séances, Séjours débutés et terminés en 2022 De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants : <ul style="list-style-type: none"> I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), I61.x (hémorragies intracérébrales), I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) Avec une durée de séjour de 22 jours minimum Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24 Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chainage Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès) Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jours Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24
Critères d'exclusion secondaires	Néant
Mode d'évaluation des critères de l'indicateur	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Un dossier est conforme si on trouve :</p> <p>Le nombre de séjours pour lesquels on retrouve dans le dossier :</p> <ul style="list-style-type: none"> La trace d'une consultation post AVC programmée dans les 6 mois <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> La trace d'un transfert dans un autre établissement MCO ou un autre SMR

Indicateur Programmation d'une consultation post AVC

Taux de patients ayant une consultation post-AVC programmée dans les 6 mois suivant la sortie de SMR

ALGORITHMES DE CALCUL

Variable	Algorithme
<p style="text-align: center;">Pourcentage de dossiers =</p> $\frac{\sum_{i=1}^{50} [\text{num IND CPA_V2}]}{\sum_{i=1}^{50} [\text{den IND CPA_V2}]}$	<p>Dossier i :</p> <p>[num IND CPA_V2]</p> <p>SI ([SMR_PCA_1] = 1 ET [SMR_PCA_1_1] = 1) OU ([SMR_PCA_1] = 0 ET [SMR_PCA_1_2] = 1)</p> <p>ALORS [num IND CPA_V2] = 1 SINON [num IND CPA_V2] = 0 FINSI</p>
	<p>Dossier i :</p> <p>[den IND CPA_V2]</p> <p>Tous les dossiers inclus</p>

Fiche descriptive de l'information complémentaire : «Synthèses actualisées des échanges interdisciplinaires» 2023

Définition	<p>Taux de dossiers patients avec la trace des synthèses des échanges interdisciplinaires sur le projet thérapeutique prenant en compte l'avis du patient [6, 11-16, 23-24].</p> <p>Cette information complémentaire présentée sous la forme d'un taux évalue la traçabilité dans le dossier des patients, des échanges interdisciplinaires ou réunions pluriprofessionnels sous la forme de synthèses régulières des échanges entre les membres de l'équipe médicale, soignante et rééducative et entre l'équipe et le patient.</p>
Justification	<p>Les soins de rééducation / réadaptation visent à favoriser la réinsertion (projet de vie) familiale, sociale et professionnelle du patient en prévenant, compensant les déficiences et limitations des patients. Le patient pris en charge en SSR bénéficie d'une évaluation et prise en charge multidimensionnelles (médicale, fonctionnelle, cognitive, psychologique et sociale)</p> <p>Des échanges interdisciplinaires organisés lors de réunions pluriprofessionnelles régulières par exemple permettent de coordonner, ajuster le projet thérapeutique aux besoins et aux progrès du patient. Ils font l'objet de synthèses rédigées par le médecin en charge de la rééducation.</p> <p>Les modalités de ces échanges peuvent varier selon la présence sur place des différents intervenants : ils peuvent se tenir en présentiel/ distanciel ou en un ou 2 temps : un premier temps avec les soignants (infirmiers, aide soignants), et 1 temps avec les rééducateurs, le médecin en charge du patient assurant la communication entre les 2 groupes et la synthèse des interventions et préconisations. La visite auprès du patient avec l'équipe des intervenants est une forme de réunion pluriprofessionnelle.</p> <p>La participation du patient au projet thérapeutique est analysée en recueillant et traçant l'avis du soit lors de colloques singuliers avec le médecin ou élargis à l'équipe de soins. Les situations où l'avis du patient sur son plan de soins ne peut être recueilli sont explicitées dans le dossier.</p> <p>Dans les 15 jours qui précèdent le retour à domicile avec ou sans hospitalisation de jour ou hospitalisation, une synthèse des échanges interdisciplinaires abordant le projet de vie est tracée. Cette question ne rentre pas dans le calcul de l'information complémentaire « synthèse des échanges interdisciplinaires. »</p> <p>Décret du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation</p>
Utilisations	- Pilotage interne de la qualité dans les établissements de santé
Type d'indicateur	<p>Information complémentaire ne permettant pas pour le moment la comparaison inter-établissements.</p> <p>Taux (plus le taux est proche de 100, meilleure est la qualité de ce qui est mesuré).</p> <p>Pas d'ajustement sur le risque.</p>
Numérateur	<p>Nombre de séjours de patients pour lesquels le dossier patient comporte :</p> <p>Au moins la trace d'une synthèse d'une réunion pluriprofessionnelle autour du plan de soins de rééducation et réadaptation</p>

	<p>Avec</p> <p>La trace d'une première synthèse des échanges interdisciplinaires dans les 15 jours suivant l'admission en SMR</p> <p>ET</p> <p>La trace de synthèses des échanges interdisciplinaires pour les séjours de plus de 30 jours</p> <p>ET</p> <p>La trace d'une synthèse des échanges interdisciplinaires 15 jours avant la sortie du patient abordant la préparation de la sortie de SMR</p> <p>L'avis du patient sur son plan de soins de rééducation et réadaptation tracé</p> <p>OU</p> <p>La justification que l'avis du patient est impossible à recueillir pour une des 3 raisons suivantes : état clinique du patient, refus du patient, barrière de la langue.</p>
Dénominateur	Tous les dossiers évalués
Echantillon	Le taux est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours de patients adultes • En hospitalisation complète hors séances, • Séjours débutés et terminés en 2022 • De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR • Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus) • Avec une durée de séjour de 22 jours minimum • Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24 • Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chainage • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite • Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jours • Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24
Critères d'exclusion secondaires	Néant

<p>Mode d'évaluation des critères de l'indicateur</p>	<p>L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire. Un dossier est conforme si on trouve :</p> <p>Au moins une synthèse d'une réunion pluriprofessionnelle abordant le plan de soins de rééducation et réadaptation</p> <p>ET</p> <p>La trace d'une première synthèse d'une réunion pluriprofessionnelle de rééducation / réadaptation dans les 15 jours suivant l'admission en SSR</p> <p>ET</p> <p>La trace de synthèses mensuelles de réunions pluriprofessionnelles de rééducation / réadaptation Is pour les séjours de plus de 30 jours</p> <p>ET</p> <p>La trace d'une réunion pluriprofessionnelle de rééducation / réadaptation dans les 15 jours précédant la sortie du patient de SSR, abordant la préparation de la sortie de SSR</p> <p>ET</p> <p>Le recueil de l'avis du patient sur son projet de soins médicaux et de soins rééducatifs</p> <p>OU</p> <p>La justification que l'avis du patient est impossible à recueillir pour une des 3 raisons suivantes : état clinique du patient, refus du patient, barrière de la langue.</p>
--	--

Fiche descriptive de la mesure exploratoire : « Progression de l'autonomie » 2023

Définition	<p>Taux de patients dont l'autonomie pour les actes de vie quotidienne a progressé au décours du séjour en SSR.</p> <p>Cette mesure exploratoire présentée sous la forme d'un taux, évalue la progression de l'autonomie des patients entre le début et la fin du séjour en SSR.</p> <p>Cette mesure est déterminée à partir des codes (AA3M) du PMSI.</p>
Justification	<p>La littérature montre qu'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.</p> <p>Nice 2013. Stroke rehabilitation in adults (2013) NICE guideline CG162</p> <p>AHA- ASA. 2016. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STR.0000000000000098</p> <p>Canadian Best Practices. Update 2019. Readaptation and Recovery and after stroke https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/stroke-rehabilitation</p> <p>Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke; 6th Edition Update 2019 Int J Stroke. 2020 Oct;15(7) :763-788.doi: 10.1177/1747493019897843. Epub 2020 Jan 27</p>
Type d'indicateur	Mesure exploratoire de résultat
Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels le score de dépendance diminue d'au moins 1 unité entre le début et la fin du séjour en SSR.
Dénominateur	Tous les dossiers évalués
Echantillon	Le taux est calculé sur un échantillon aléatoire de 50 dossiers.
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Séjours de patients adultes • En hospitalisation complète hors séances, • Séjours débutés et terminés en 2022 • De patients adultes sortis vivants d'une hospitalisation en SMR • Avec en étiologie principale ou manifestation morbide principale, les codes CIM 10 d'AVC aigus suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ I60.x (hémorragies sous arachnoïdiennes), ○ I61.x (hémorragies intracérébrales), ○ I62.x (autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques, sous durale, extradurale, sans précision), ○ I63.x (infarctus cérébral) à l'exception de I63.6 (thrombose veineuse non pyogène) ○ I64 (accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus • Avec une durée de séjour de 22 jours minimum • Dont le score de dépendance lors de l'entrée en SSR codé est différent de 6 ou de 24

	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les patients ayant au cours de l'année plusieurs séjours correspondant aux critères ci-dessus, le 1^{er} séjour de l'année sera étudié.
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Les séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chainage • Les séjours de patients âgés de moins de 18 ans • Les séjours de patients décédés au cours du séjour (mode de sortie RSS = décès) • Les séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite • Les séjours dont la durée est inférieure à 22 jours • Les séjours de patients dont le score de dépendance à l'entrée en SMR (1^{er} RHS) est inférieur ou égal à 6 ou supérieur ou égal à 24
Critères d'exclusion secondaires	<ul style="list-style-type: none"> • Néant
Mode d'évaluation des critères de l'indicateur	<p>L'évaluation est réalisée à partir du codage PMSI. Elle est définie par l'évolution des scores de dépendance suivants entre le début et la fin du séjour en SSR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dépendance physique - Habillage entre l'entrée et la sortie • dépendance physique - Déplacement locomotion • dépendance physique - Alimentation • dépendance physique - Continence Hygiène • dépendance cognitive - Comportement • dépendance cognitive - Communication

Historique des indicateurs et informations complémentaires

Année de campagne	Commentaires
Développement	Les indicateurs ont été testés lors d'une expérimentation en 2018 sur les données 2016.
2021	1 ^{er} recueil sur l'ensemble des établissements sous format volontaire du fait de la situation sanitaire Utilisation des dossiers 2019 du fait de la situation sanitaire en 2020. Cela constitue une mesure de référence dans des conditions de fonctionnement non dégradée par l'épidémie.
2023	Campagne nationale obligatoire

Modifications apportées à la version expérimentée en 2018 et 2021

Synthèse des réunions pluriprofessionnelles de rééducation et réadaptation

- Suppression du terme réunion ? en référence au décret de janvier 2022 décrivant les conditions de fonctionnement des SSR
- Suppression du descriptif des RPP pour se caler au décret
- Taux avec une question impérative au moins une RPP

Prise en charge des troubles de la déglutition

- La recherche de troubles de la déglutition est effectuée dès l'entrée et non dans un délai de 7 jours
- L'observation des repas et l'adaptation des textures sont une première étape de la prise en charge (bilan et rééducation) plus experte.
- Faut-il ajouter dans la conformité la réalisation des actes d'évaluation et de rééducation HQQ+ et HRQ + ?

Suivi pondéral et nutritionnel

- Prévention de la dénutrition en post AVC et ses conséquences
- Evolution des exigences de conformité et de l'algo
 - Evaluation de besoins nutritionnels
 - Accompagnement nutritionnel si besoin identifié ; le mot accompagnement nutritionnel est remplacé par prise en charge par une diététicienne

Prise en charge d'une hypertension artérielle

- Dans les options de prise en charge, la notion de surveillance renforcée de la tensions (MAPA) est introduite et mise en avant

Evaluation des fonctions cognitives et comportementales

Dans le titre et le questionnaire,

- Psychocomportemental est remplacé par comportemental
- Trouble est remplacé par fonction

Le mot dépistage n'est pas retenu dans le titre car il suppose une démarche diagnostique référencée or, démarches qui aujourd'hui ne font pas consensus

Projet de vie

Indicateur en 2023

Précision : tous les patients sauf ceux qui sont transférés en MCO, SSR, USLD

Conformité à évoluer par rapport 2018

- Justification à l'absence d'avis de l'entourage (patient isolé, refus du patient ou de l'entourage, barrière de la langue)

Préparation du retour à domicile

Indicateur en 2023

Conformité à évoluer avec

- Justification à l'absence de visite thérapeutique OU une de ces 3 raisons justifiant l'absence de visite thérapeutique tracées : état clinique, patient isolé, refus du patient ou de l'entourage,
- Absence d'évaluation du domicile (sortie vers EHPAD ou EPHA ; refus du patient ou de l'entourage)

Consultation post AVC

Conformité à évoluer avec

- Ajout exclusion des patients transférés mutés au décours du séjour vers MCO, SSR ou USLD

Synthèses actualisées des échanges interdisciplinaires

- Synthèses des réunions pluriprofessionnelles devient échanges interdisciplinaires



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr