



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**  
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT**

# Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux récents en soins médicaux et de réadaptation

Indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Rapport d'analyse des résultats nationaux 2023 (Campagne 2023 - Données 2022)

Validé par le Collège le 20 juin 2024

---

# Descriptif de la publication

<b>Titre</b>	<b>Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux récents en soins médicaux et de réadaptation</b>  Indicateurs de qualité et de sécurité des soins  Rapport d'analyse des résultats nationaux 2023 (Campagne 2023 - Données 2022)
<b>Méthode de travail</b>	Recueil d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins
<b>Objectif(s)</b>	Publication des résultats détaillés nationaux 2023 - données 2022 des indicateurs
<b>Cibles concernées</b>	Sont concernés par cet indicateur : <ul style="list-style-type: none"><li>– Les médecins et les internes prescripteurs d'antibiotiques en établissement de santé.</li><li>– Les infectiologues et référents en antibiothérapie.</li><li>– Le coordinateur de la gestion des risques de l'établissement et l'équipe qui s'occupe de la qualité et de la sécurité au sein de l'établissement.</li><li>– La gouvernance de l'établissement (direction générale et CME).</li><li>– La certification des établissements de santé.</li><li>– Les régulateurs nationaux et régionaux.</li></ul>
<b>Demandeur</b>	
<b>Promoteur(s)</b>	Haute Autorité de santé (HAS)
<b>Pilotage du projet</b>	Dr Nathalie Riolacci, chef de projet, Caroline Prunet, statisticienne, Agnès Solomiac, statisticienne (data-management), Sandrine Morin, Adjointe au chef de service, Dr Laetitia May-Michelangeli, chef de service, Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins de la HAS  Secrétariat : Corinne Camier, Sylvaine Egea, Laetitia Cavalière
<b>Recherche documentaire</b>	Emmanuelle Blondet
<b>Auteurs</b>	Dr Nathalie Riolacci
<b>Conflits d'intérêts</b>	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site <a href="https://dpi.sante.gouv.fr">https://dpi.sante.gouv.fr</a> . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du <a href="#">guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts</a> de la HAS. Pour son analyse la HAS a également pris en compte la base « <a href="#">Transparence-Santé</a> » qui impose aux industriels du secteur de la santé de rendre publics les conventions, les rémunérations et les avantages les liants aux acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations figurant dans la base « <a href="#">Transparence-Santé</a> » ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des experts au groupe de travail.
<b>Validation</b>	Version du 20 juin 2024
<b>Actualisation</b>	
<b>Autres formats</b>	

# Sommaire

---

<b>1. Contexte</b>	<b>4</b>
<b>2. Méthode</b>	<b>5</b>
2.1. Campagne de recueil des IQSS 2023	5
2.2. Définition des IQSS et des informations complémentaires	5
2.3. Résultats calculés	6
<b>3. Résultats</b>	<b>8</b>
3.1. Analyse descriptive des données nationales PMSI 2022	8
3.2. Analyse des établissements participants	8
3.3. Analyse descriptive des dossiers audités	8
3.4. Résultats nationaux des 7 indicateurs en un coup d'œil	9
3.5. Analyse du résultat des 7 indicateurs	15
3.5.1. Indicateur 1 « Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD) »	15
3.5.2. Indicateur 2 « Suivi pondéral et nutritionnel (SNUT) »	15
3.5.3. Indicateur 3 : « Prise en charge d'une hypertension artérielle (PTHA) »	16
3.5.4. Indicateur 4 : « Evaluation des fonctions cognitives et comportementales (DTCP) »	17
3.5.5. Indicateur 5 « Projet de vie (P3I) »	18
3.5.6. Indicateur 6 « Préparation du retour à domicile (RAD) »	19
3.5.7. Indicateur 7 « Consultation post AVC (CPA) »	19
<b>4. Analyse des informations complémentaires</b>	<b>21</b>
4.1. Synthèses actualisées des échanges interdisciplinaires sur le plan de soins	21
4.2. Progression de l'autonomie au cours du séjour en SMR	21
<b>5. Analyse du questionnaire établissement</b>	<b>22</b>
5.1. Analyse des équipements	22
5.2. Analyse des ressources	22
5.3. Mobilisation des établissements pour le recueil des IQSS	22
<b>6. Analyse par région des résultats des indicateurs</b>	<b>23</b>
<b>7. Conclusion</b>	<b>26</b>
<b>Table des annexes</b>	<b>28</b>
<b>Références bibliographiques</b>	<b>52</b>
<b>Participants</b>	<b>54</b>
<b>Abréviations et acronymes</b>	<b>55</b>

# 1. Contexte

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et de leurs séquelles est un enjeu de santé publique. Santé publique France conclut en 2018 que la dynamique des AVC est préoccupante avec une augmentation de la prévalence des AVC liée au vieillissement de la population et surtout une augmentation de l'incidence des AVC chez les moins de 65 ans (1, 2, 3). De plus, les séquelles des AVC sont fréquentes et sous estimées. On estime à environ 750 000 le nombre de personnes ayant survécu à un AVC, dont 60 % gardent des séquelles (déficit moteur, troubles du langage, troubles cognitifs, sensitifs ou visuels) (4). Un AVC sévère sur 7 et un AVC mineur sur 2 laissent persister des séquelles motrices, cognitives ou comportementales (5).

Une rééducation-réadaptation en post AVC immédiat permet une réduction significative de la mortalité, de la dépendance, du risque d'institutionnalisation (6, 7). L'intérêt d'une prise en charge rééducative immédiate, intensive et continue est confirmé par les recommandations les plus récentes (8, 9, 10, 11, 12, 13). Le recours à une prise en charge en SMR dans les suites immédiates d'un AVC n'est pas systématique (14). Les indications d'une prise en charge en SMR pour des déficiences neurologiques dues à un AVC récent ont été décrites par la HAS en 2019 (6).

L'amélioration de l'accès à des pratiques et organisations de la rééducation, la réadaptation et la réinsertion du handicap neurologique représentaient un des axes majeurs du [Plan d'actions national AVC](#). Des mesures de comparaisons de type ici et ailleurs, notamment entre territoires, sont préconisées par le [Haut Conseil de Santé publique](#) pour suivre l'impact du plan AVC pour mieux comprendre les facteurs favorisant la prise en charge des AVC et l'amélioration du pronostic.

La HAS en lien avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) met en œuvre des recueils nationaux d'indicateurs afin que l'ensemble des établissements de santé pilotent leur dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans l'approche globale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé.

En 2017, un groupe de travail sous l'égide de la HAS a défini des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) des personnes hospitalisées pour des déficiences neurologiques dans les suites immédiates d'un AVC. Les IQSS sont conçus pour améliorer les pratiques en mobilisant les professionnels des établissements de santé autour des résultats détaillés et des comparaisons, qui leur sont fournis.

En 2023, une campagne de recueil obligatoire des IQSS sur ce thème est organisée. Il s'agit de la 3<sup>e</sup> itération de recueil sur ce thème après une campagne de 2018 (recueil national) et 2021 (campagne volontaire en raison du Covid).

L'analyse des résultats présentée dans ce rapport complète l'analyse des résultats des IQSS sur la prise en charge initiale des AVC aigus en MCO et la publication de février 2024 sur les [résultats des IQSS mesurés en SMR](#). Ce rapport contribue à la connaissance des pratiques réelles et aux travaux de la HAS sur le parcours de soins AVC et l'actualisation des recommandations (15).

## 2. Méthode

### 2.1. Campagne de recueil des IQSS 2023

Le recueil consiste en une analyse rétrospective de dossiers correspondant à un échantillon de séjours cibles tirés au sort à partir du PMSI. Les séjours tirés au sort sont ceux de personnes adultes hospitalisées en 2022 en SMR pour un AVC récent avec une durée de séjour minimale de 22 jours et un niveau de dépendance quantifiée en début de séjour différent de 2 (patient autonome) ou de 24 (dépendance totale). Les critères de sélection des séjours cibles sont présentés dans [l'annexe 1](#).

Un groupe de travail pluridisciplinaire associant cliniciens et professionnels de santé experts de la prise en charge des AVC récents en SMR et patients dont les liens d'intérêt sont analysés par le comité déontologique de la HAS, a été constitué (Cf. [Participants](#)). Il a défini, à partir de l'analyse des pratiques, des recommandations et réglementation les plus récentes, le périmètre, les données à recueillir et le mode de calcul de chaque indicateur. Il a validé le questionnaire d'audit et les algorithmes de calcul des indicateurs.

La définition des indicateurs, leur utilisation, les modalités d'évaluation des dossiers et les algorithmes de calcul sont spécifiés dans une fiche descriptive mise en ligne sur le site de la HAS (Cf. [Fiches descriptives](#)). Les établissements disposent de [consignes de remplissage](#) disponibles en ligne et d'un forum d'échanges (AGORA) avec la HAS pour poser leurs questions.

Après la 1<sup>e</sup> campagne de recueil en 2018 (données 2017), des ajustements sur tous les indicateurs ont été décidés et testés lors de la campagne de recueil volontaire (en raison du Covid) de 2021 (données 2019).

[La campagne 2023](#) est la 3<sup>e</sup> campagne sur ce thème. Elle s'est déroulée du 1<sup>er</sup> juin au 29 septembre 2023. Tous les établissements de SMR ayant au moins un séjour cible identifié dans la base nationale du PMSI 2022 sont inscrits sur la plateforme QualHAS. Les établissements avec au moins 31 séjours cibles sont en recueil obligatoire, les autres en recueil facultatif. Les dossiers audités sont les dossiers des séjours cibles tirés au sort dans les archives des établissements participants.

### 2.2. Définition des IQSS et des informations complémentaires

Les IQSS de la HAS sont des indicateurs développés et validés dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé ([https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1456737/fr/comprendre-les-indicateurs](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1456737/fr/comprendre-les-indicateurs)).

La validation d'un IQSS porte sur les critères suivants :

- La pertinence clinique ;
- La faisabilité ;
- La pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins et ;
- L'identification des actions correctives.

Les [qualités métrologiques des IQSS](#)<sup>1</sup> (stabilité inter observateurs (reproductibilité) ; cohérence interne, validité face-face et, validité de contenu) les valident pour la comparaison inter-établissements.

---

<sup>1</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1456647/fr/validation-des-indicateurs-de-qualite-et-securite-des-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1456647/fr/validation-des-indicateurs-de-qualite-et-securite-des-soins).

Sont éligibles à la comparaison en 2023, les établissements de santé ayant au moins 10 séjours cibles en 2022.

Les 7 IQSS définis avec le groupe de travail, pour analyser la qualité de la prise en charge d'AVC récents en SMR, concernent :

- la prise en charge médicale (au nombre de 4)
  1. Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD) ;
  2. Suivi pondéral et nutritionnel (SNUT) ;
  3. Prise en charge d'une hypertension artérielle (PHTA) ;
  4. Evaluation des fonctions cognitives et comportementales (DTCP).
- et la réinsertion et la continuité des soins (au nombre de 3)
  5. Projet de vie (P3I) ;
  6. Préparation du retour à domicile (RAD) ;
  7. Programmation d'une consultation post AVC (CPA).

Une information complémentaire portant sur les synthèses des échanges interdisciplinaires et une mesure exploratoire sur la progression de l'autonomie au cours du séjour en SMR complètent l'évaluation de cette prise en charge.

## 2.3. Résultats calculés

### Au niveau des établissements

Pour chaque dossier de chaque indicateur, le questionnaire permet de statuer sur la conformité des dossiers : l'inclusion du séjour, l'exclusion des cas correspondant aux éventuelles exclusions secondaires, et le recueil des données nécessaires au calcul de l'indicateur.

Les résultats des IQSS sont exprimés en taux : pourcentage des dossiers conformes sur les dossiers audités. L'intervalle de confiance de chaque indicateur permet d'attribuer à chaque établissement un classement A, B ou C selon la règle suivante :

- Classe A : le taux est supérieur à 80% et la borne inférieure de l'intervalle de confiance est supérieure à 80%,
- Classe B : le taux est supérieur à 80% mais la borne inférieure de l'intervalle de confiance est inférieure à 80%,
- Classe C : le taux est inférieur à 80 %.

Un niveau de qualité satisfaisant est défini dans le document comme les établissements ayant atteint la classe A ou B.

Un questionnaire est également complété par chaque établissement participant pour décrire l'organisation et l'équipement de l'établissement de santé. L'analyse de ce questionnaire est réalisée au chapitre 5.

### Au niveau national

Les résultats des IQSS sont exprimés en moyenne nationale pondérée (pourcentage de dossiers conformes sur dossiers audités) calculée pour les établissements ayant au moins 10 séjours cibles en 2022.

Le nombre de dossiers et d'établissements inclus dans ce calcul tient compte des critères d'inclusion et d'exclusion primaires et secondaires définis pour chaque indicateur (Cf. [Fiches descriptives](#)).

Ainsi, la moyenne nationale pondérée des indicateurs suivants est calculée sur :

- 11 568 dossiers issus de 378 établissements de SMR pour les indicateurs de prise en charge des complications médicales (PCTD, SNUT, PHTA, DTCP),
- 10 709 dossiers issus de 360 établissements pour l'indicateur projet de vie (P3I),
- 9 243 dossiers issus de 319 établissements pour l'indicateur retour à domicile (RAD).

Les résultats nationaux des indicateurs IQSS ont été publiés en février 2024 dans un rapport sur les indicateurs en SMR validé par la HAS. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-02/iqss\\_synthese\\_resultats\\_indicateurs\\_2023.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-02/iqss_synthese_resultats_indicateurs_2023.pdf)

Le résultat national comprend :

- la valeur de la moyenne nationale pondérée de chaque indicateur et l'écart entre les valeurs du 1<sup>er</sup> quartile et du 3<sup>e</sup> quartile<sup>2</sup> ;
- le pourcentage d'établissements d'au moins 10 séjours cibles ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant (correspondant aux classes A et B).

### **Au niveau régional :**

Les résultats des indicateurs sont exprimés en moyenne régionale pondérée (dossiers conformes sur audités) calculé pour les établissements ayant au moins 10 séjours cibles en 2022, dans chaque région. Le résultat régional comprend :

- la valeur de la moyenne régionale pondérée de chaque indicateur,
- la part des établissements ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant (correspondant aux classes A et B).

---

<sup>2</sup> La valeur du quartile inférieur, ou premier quartile (Q1), est la valeur au-dessous de laquelle se trouvent 25 % des taux de conformité observés rangés en ordre croissant. Le quartile supérieur, ou troisième quartile (Q3), est la valeur au-dessous de laquelle se trouvent 75 % des taux de conformité observés rangés en ordre croissant.

# 3. Résultats

## 3.1. Analyse descriptive des données nationales PMSI 2022

Pour rappel, les séjours cibles correspondent aux séjours de personnes adultes victimes d'un AVC récent et hospitalisées (hospitalisation complète) en SMR avec des déficiences neurologiques caractérisées par un score de dépendance à l'entrée du séjour supérieur à 2 (autonome) et inférieur à 24 (dépendance totale) pour une durée minimale de 21 jours et sortis vivants.

Dans le PMSI 2022, 32 339 séjours en hospitalisation complète de personnes hospitalisées pour AVC et sorties vivantes sont détectés. Parmi ces séjours, 21 780 répondent aux critères sur la durée de séjour et le score d'autonomie à l'entrée en SMR. La moyenne d'âge est de 73 ans, la médiane de 75 ans, et 52 % sont des hommes.

## 3.2. Analyse des établissements participants

Sur les 1 833 établissements de SMR identifiés en 2022, 1 369 ont au moins 1 séjour cible. Parmi eux, 17 % (n = 231) ont plus de 30 séjours dans l'année et sont en recueil obligatoire.

Participent à la campagne de 2023, 602 établissements dont 231 en recueil obligatoire (aucun établissement en recueil obligatoire est non-répondant) et 370 en recueil facultatif.

Les 231 établissements en recueil obligatoire totalisent 12 649 séjours cibles soit 40 % de la totalité des séjours cibles du PMSI ; ils fournissent 99% des dossiers tirés au sort et analysés en 2022.

## 3.3. Analyse descriptive des dossiers audités

Parmi les 21 780 séjours cibles identifiés dans le PMSI, 14 706 séjours (soit 66,5 %) sont tirés au sort. Au total, 13 229 dossiers sont audités après les exclusions suivantes :

- dossiers non retrouvés (n = 30),
- dossiers pour lequel le patient ne souhaite pas que les données personnelles soient exploitées (n = 4),
- dossiers avec une incohérence PMSI (n = 224),
- dossiers de patient sortis contre avis médical ou fugue (n = 29),
- dossiers ont une fin de séjours postérieure au 31 décembre 2022 dans le dossier (n = 10),
- dossiers ne fournissant pas d'information sur la date de survenue de l'AVC (n = 1 123) ou décrivant un AVC de plus de 3 mois (n = 702),
- dossiers ne correspondant pas à un séjour de rééducation post AVC immédiate.

L'informatisation des dossiers médicaux et de soins est incomplète. Les observations médicales sont informatisées à 84 %, les lettres de liaison à la sortie à 96 %, les prescriptions de médicaments à 99 % et les examens complémentaires à 67 %. Pour les dossiers infirmiers, ceux des rééducateurs ou des travailleurs des services sociaux, 30 % à 40 % des dossiers ne sont pas informatisés.

Parmi les 13 229 dossiers d'AVC analysés, 76 % sont des AVC ischémiques, 20 % hémorragiques et 7 % de nature indéterminée.

L'âge moyen et l'âge médian sont respectivement de 74 et de 72 ans. Plus d'un quart (26 %) des personnes hospitalisées en SMR pour un AVC récent ont moins de 65 ans. Une personne sur quatre est âgée de 65 à 74 ans ; seules 2 personnes sur 10 ont 85 ans et plus. Le ratio F/H est de 47/53 en 2022.

La majorité des personnes (76 %) sont autonomes avant l'AVC, 9 personnes sur 10 vivaient à domicile. A l'entrée en SMR, le score médian de dépendance est de 15 sur une échelle de 2 (autonomie) à 24 (dépendance totale)<sup>3</sup>. Les séquelles neurologiques documentées sont liées à l'AVC récent.

Leurs séjours en SMR sont en moyenne de 2 mois, variant de 1 mois minimum à 12 mois. Une personne sur 16 est transférée vers un autre établissement de santé : transfert vers un MCO (5 %), vers une USLD (1 %). La poursuite des soins en hôpital de jour (6 %) ou hospitalisation à domicile (1 %) est peu pratiquée.

La majorité (75 %) des personnes après leur séjour en SMR rejoint un domicile personnel ou familial, un Ehpa ou un Ehpad. Près de 1 sur 10 (12 %) est admis dans un établissement médico-social. Le taux d'admission en Ehpad après l'AVC est multiplié par 10.

### 3.4. Résultats nationaux des 7 indicateurs en un coup d'œil

L'analyse de la qualité de la prise en charge des AVC récents en SMR au niveau national est basée sur l'ensemble des 7 indicateurs à partir :

- de la moyenne nationale pondérée calculée pour chaque indicateur (Figure.1),
- et du pourcentage d'établissements ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant correspondant aux classes A et B (Figure 2).

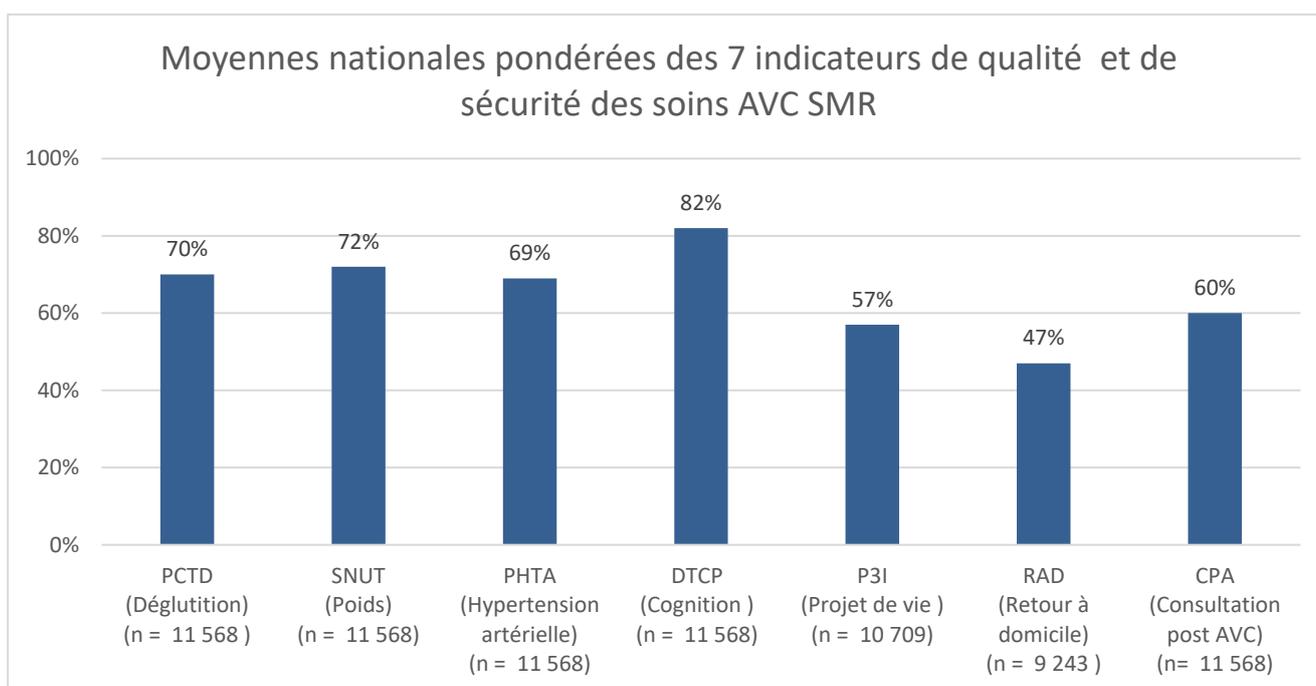


Figure 1. Résultats des 7 indicateurs en un coup d'œil (moyenne nationale pondérée, n nombre de dossiers)

<sup>3</sup> La Grille Commune Autonomie-dépendance et PMSI (GCAP) mise en place dès 2002 permet en une seule saisie de coder à la fois en dépendance PMSI SMR et en AGGIR. Ce score global est la somme du degré d'autonomie dans les activités fondamentales de la vie quotidienne (habillage, alimentation, hygiène, déplacement, comportement et communication). Chaque dimension est cotée de 1 (aucune dépendance) à 4 (dépendance totale). Ces scores sont renseignés chaque semaine du séjour (RHS) en SMR.

Tableau 1. Résultats nationaux des 7 indicateurs (moyenne pondérée)

Établissement	Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD)	Suivi pondéral et nutritionnel (SNUT)	Prise en charge d'une hypertension artérielle (PHTA)	Évaluation des fonctions cognitives et comportementales (DTCP)	Projet de vie (P3I)	Préparation du retour à domicile (RAD)	Consultation post AVC (CPA)
<b>Moyenne nationale pondérée (%)</b>	70 % (n = 11 568)	72 % (n = 11 568)	69 % (n = 11 568)	82 % (n = 11 568)	57 % (n = 10 709)	47 % (n = 9 243)	60 % (n = 11 568)
<b>[%Min - %Max]</b>	[0 % ; 100 %]	[0 % ; 100 %]	[0 % ; 100 %]	[0 % ; 97 %]	[0 % ; 78 %]	[0 % ; 100 %]	[0 % ; 100 %]
<b>Valeur Q1</b>	57 %	59 %	53 %	72 %	40 %	21 %	42 %
<b>Valeur Q3</b>	91 %	88 %	94 %	97 %	78 %	73 %	82 %
<b>Ecart Q1 Q3</b>	34	29	36	25	38	52	40

Tableau 2. Résultats nationaux des 7 indicateurs (moyenne pondérée) par catégories d'établissement

Établissement	Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD)	Suivi pondéral et nutritionnel (SNUT)	Prise en charge d'une hypertension artérielle (PHTA)	Évaluation des fonctions cognitives et comportementales (DTCP)	Projet de vie (P3I)	Préparation du retour à domicile (RAD)	Programmation d'une consultation post AVC (CPA)
<b>CHU</b>	72 % (n* = 1 329) (N** = 37)	68 % (n* = 1 329) (N** = 37)	80 % (n* = 1 329) (N** = 37)	90 % (n* = 1 329) (N** = 37)	65 % (n* = 1 242) (N** = 35)	53 % (n* = 1 119) (N** = 35)	72 % (n* = 1 329) (N** = 37)
<b>CH</b>	58 % (n* = 3 813) (N** = 148)	71 % (n* = 3 813) (N** = 148)	70 % (n* = 3 813) (N** = 148)	74 % (n* = 3 813) (N** = 148)	59 % (n = 3 458) N** = 137)	49 % (n = 2 658) (N** = 137)	58 % (n = 3 813) (N** = 148)
<b>EBNL</b>	74 % (n* = 3 154) N** = 100)	70 % (n* = 3 154) N** = 100)	65 % (n* = 3 154) N** = 100)	85 % (n* = 3 154) N** = 100)	56 % (n* = 2 926) (N** = 97)	50 % (n* = 2 638) (N** = 97)	60 % (n* = 3 154) (N** = 100)
<b>Etablissements privés</b>	76 % (n* = 3 372) (N** = 93)	75 % (n* = 3 372) (N** = 93)	69 % (n* = 3 372) (N** = 93)	83 % (n* = 3 372) (N** = 93)	54 % (n* = 3 083) (N** = 91)	40 % (n* = 2 828) (N** = 91)	58 % (n* = 3 372) (N** = 93)
<b>Ecart</b>	18	7	15	16	11	13	14

n\* = nombre de dossiers - N\*\* = nombre d'établissements,

Tableau 3. Pourcentage d'établissements ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant correspondant aux classes A ou B pour les 7 indicateurs

Établissement	Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD)	Suivi pondéral et nutritionnel (SNUT)	Prise en charge d'une hypertension artérielle (PHTA)	Evaluation des fonctions cognitives et comportementales (DTCP)	Projet de vie (P3I)	Préparation du retour à domicile (RAD)	Programmation d'une consultation post AVC (CPA)
CHU	76 % 28/37*	62 % 23/37	81 % 30/37	95 % 35/37	63 % 22/35	51 % 18/35	70 % 26/37
CH	44 % 65/148	74 % 110/148	64 % 95/148	70 % 103/148	50 % 69/ 137	42 % 45/107	49 % 72/148
EBNL	69 % 69/100	67 % 67/100	56 % 56/100	85 % 85/100	43 % 42/97	42 % 37/89	51 % 51/100
Etablissements privés	73 % 68/93	70 % 65/93	56 % 52/93	88 % 82/93	38 % 35/91	23 % 20/88	46 % 43/93

\* 28 CHU classés A ou B sur les 37 CHU audités pour l'indicateur PCTD (déglutition)

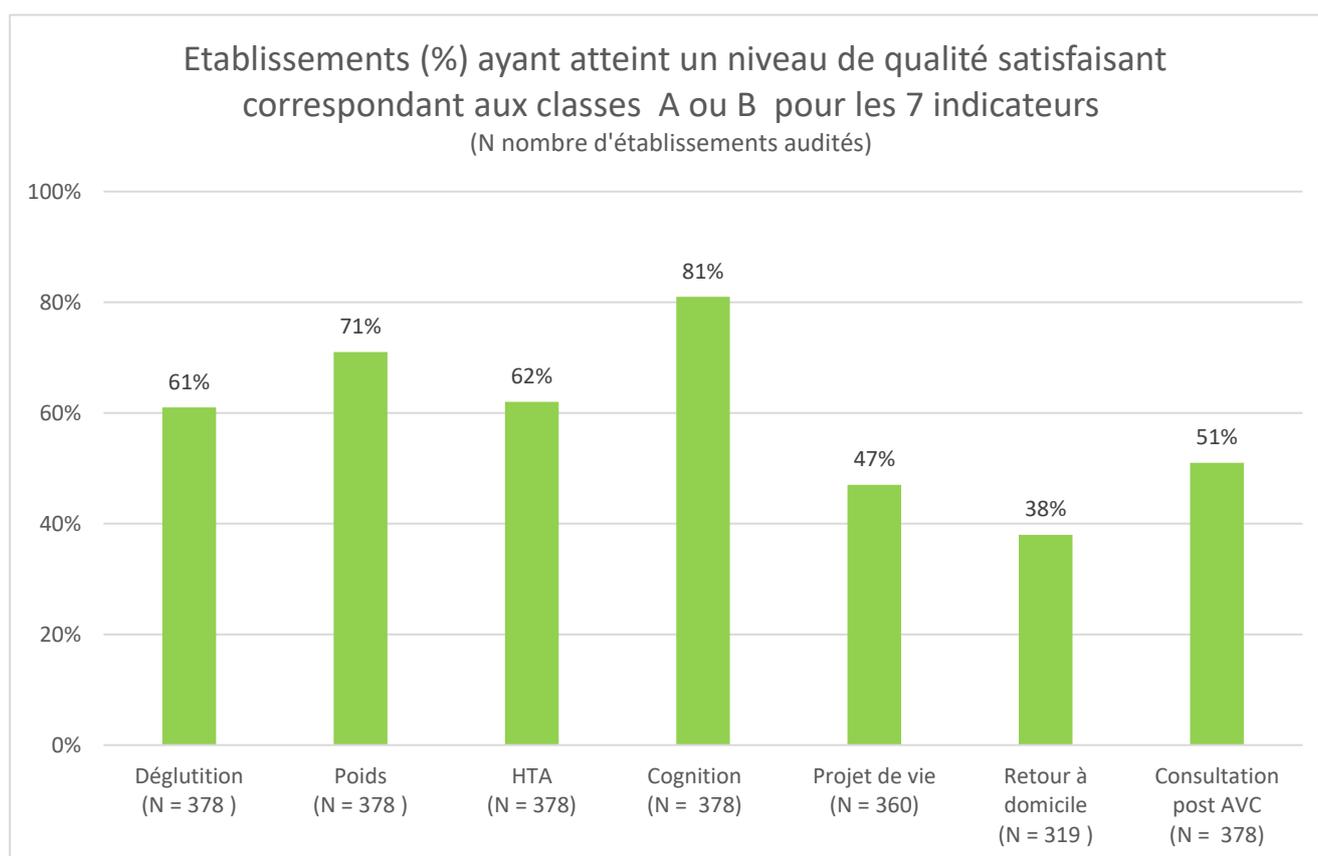
## Concernant les moyennes nationales des indicateurs (Figure 1)

- Globalement, la qualité des soins des AVC en SMR n'est pas satisfaisante ; à l'exception de l'indicateur Cognition (DTCP), tous les indicateurs ont des moyennes nationales inférieures à 80 % ;
- Sept dossiers sur 10 répondent aux exigences de qualité définies pour les indicateurs sur la déglutition (PCTD = 70 %) et sur le poids (SNUT = 72 %), un peu plus pour l'indicateur cognition (DTCP = 82 %) ;
- Le projet de vie (P3I) qui définit les modalités de vie au quotidien pour les personnes victimes d'un handicap neurologique brutal et conséquent répond de façon inconstante aux exigences de qualité (57 %) ;
- La continuité des soins, appréhendée par l'indicateur sur la consultation post-AVC (CPA), n'est assurée qu'une fois sur deux (51%) alors que les personnes sortent de SMR avec un handicap neurologique quantifié (score de dépendance à la sortie égal à 13) ;
- La préparation du retour à domicile n'est documentée que dans la moitié des dossiers (51 %) ;
- Il existe une variabilité du résultat des indicateurs entre les établissements et entre les types d'établissements (tableaux 1 et 2) ;
- Entre les établissements, la variabilité des résultats est objectivée par l'écart entre les valeurs du 1<sup>er</sup> quartile et du 3<sup>e</sup> quartile (Tableau 1). Cet écart varie de 25 points pour l'indicateur cognition (DTCP) à 52 pour l'indicateur retour à domicile (RAD) ;
- D'un type d'établissement à l'autre, à l'exception des indicateurs sur le suivi du poids (SNUT) ou sur le projet de vie (P3I), il existe un écart de 18 points entre les CH (58 %) et les établissements privés (76 %) pour l'indicateur sur la déglutition, de 16 points entre les CH (74 %) et les CHU (90 %) pour l'indicateur sur la cognition et de 15 points entre les établissements privés (69 %) et les CHU (80 %) pour l'indicateur sur l'hypertension artérielle ;
- Les meilleurs résultats pour les indicateurs de réinsertion et de continuité des soins sont observés dans les CHU (Tableau 2).

## Concernant le nombre d'établissements ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant (classés A ou B)

- Le nombre d'établissements classés A ou B correspondant à un niveau de qualité atteint satisfaisant par les établissements, varie selon les indicateurs (Figure 2). Pour les indicateurs de prise en charge des complications médicales, plus de la moitié des établissements sont classés A ou B. Ce nombre varie selon les indicateurs de 6 sur 10 pour les indicateurs sur la déglutition ou hypertension artérielle à 8 sur 10 pour l'indicateur sur la cognition. Pour l'indicateur sur la continuité des soins, (CPA), la moitié des établissements seulement a atteint un niveau de qualité satisfaisant (classes A ou B). Pour les indicateurs de réinsertion (P3I et RAD), seul un tiers des établissements sont classés A ou B.
- Le nombre d'établissements classés A ou B varie selon le type d'établissement (Tableau 3). Les CHU ont le plus grand nombre d'indicateurs classés A ou B pour les indicateurs de réinsertion ou de continuité des soins et pour un des 4 indicateurs de prise en charge des complications médicales (PHTA). Les établissements privés ont le plus grand nombre d'établissements classés A ou B pour les indicateurs sur 3 des 4 indicateurs de prise médiales (PCTD, SNUT). Les CH ont le nombre le plus faible d'établissements classés A ou B pour tous les indicateurs

- Pour un même indicateur, le nombre d'établissements classés A ou B varie selon le type d'établissements (Cf. [paragraphe 3.5](#)) et selon les régions (Cf. [chapitre 6, annexe 4](#))



**Figure 2.** Pourcentage d'établissements classés A ou B pour les 7 indicateurs

L'analyse des indicateurs de prise en charge des complications médicales au niveau national objective des résultats insuffisants avec des moyennes nationales comprises entre 69 % pour l'indicateur sur l'hypertension artérielle et 82 % pour l'indicateur sur la cognition.

De même, les résultats des indicateurs de réinsertion et de continuité des soins sont insuffisants avec des moyennes nationales comprises entre 47 % pour la préparation du retour à domicile et 60 % pour la continuité des soins.

Les résultats des indicateurs varient selon les établissements et le type d'établissements.

Il existe une marge d'amélioration significative au regard du nombre d'établissements classés A ou B pour 6 des 7 indicateurs mesurés.

## 3.5. Analyse du résultat des 7 indicateurs

### 3.5.1. Indicateur 1 « Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD) »

Les troubles de la déglutition fréquents après un AVC sont associés à des complications graves et à une surmortalité après un AVC. La présence de troubles de la déglutition et le risque associé de dénutrition ou de pneumopathies d'inhalation entravent la rééducation et la réadaptation. Les troubles de la déglutition doivent être systématiquement recherchés dès le début du séjour et traités par une alimentation adaptée et la mise en œuvre d'une rééducation.

La moyenne nationale est calculée sur 11 568 dossiers issus, par tirage au sort, de 378 établissements ayant au moins 10 dossiers analysés pour l'indicateur. Elle est de 70 %, c'est-à-dire que pour 7 patients sur 10, une recherche de troubles de la déglutition dès l'entrée pour les personnes présentant des troubles de la déglutition, les mesures de prévention des pneumopathies d'inhalation et une rééducation de la déglutition sont tracées dans le dossier ([Figure 1](#)).

L'analyse des non-conformités sur l'ensemble des dossiers analysés montre qu'un dossier sur 4 ne mentionne aucune recherche de troubles de la déglutition ou que celle-ci est réalisée après l'entrée en SMR. Pour les personnes avec des troubles de la déglutition (46 % des dossiers analysés), la prise en charge rééducative n'est pas systématiquement tracée : elle est manquante dans un quart des dossiers (24%).

Une variabilité des moyennes est observée :

- D'un établissement à l'autre, les moyennes obtenues par les établissements de santé varient entre 0 % et 100 %. On note un écart de 34 points entre le 1<sup>er</sup> quartile (57 %) et le 3<sup>e</sup> quartile (91 %) (Tableau 1) ;
- Entre les types d'établissements où les moyennes varient de 56 % à 74 %, on note un écart de 18 points entre les établissements privés (58 %) et les établissements privés à but non lucratifs (74 %) (Tableau 2) ;
- D'une région à l'autre où un écart de 54 points est observé entre les moyennes régionales; Ces dernières varient de 40 % à 94 %. Les moyennes régionales les plus basses sont observées en Martinique (40 %), en Corse (55 %) et les plus élevées en Guadeloupe, Occitanie (79 %) et à la Réunion (94 %) (Tableau 4, Tableau 6 annexe 2)

Un niveau de qualité satisfaisant correspondant aux classes A ou B est atteint par 61 % des 378 établissements classés pour cet indicateur (Cf. [Figure 2](#)).

Une variabilité du pourcentage d'établissements classés A ou B est observée :

- Entre les types d'établissements : 44% des CH sont classés A ou B pour cet indicateur versus 76 % des CHU (Tableau 3) ;
- D'une région à l'autre, le nombre d'établissements classés A ou B varie de 25 % à 100 %. Les pourcentages les plus bas sont observés en Martinique (25 %), en Corse (33 %) ; les plus élevés en Occitanie (82 %) ou à la Réunion (100 %) (Tableau 5, Tableau 7 de l'annexe 3).

### 3.5.2. Indicateur 2 « Suivi pondéral et nutritionnel (SNUT) »

Une dénutrition dans les suites immédiates d'un AVC est à rechercher, car elle a des conséquences majeures sur la récupération fonctionnelle. La surveillance régulière du poids et de l'index de masse corporelle sont des marqueurs utiles à l'évaluation du bilan protéino-énergétique. Un accompagnement diététique évaluant les besoins et complétant les apports nutritionnels doit être prescrit le cas échéant.

La moyenne nationale est calculée sur 11 568 dossiers issus, par tirage au sort, de 378 établissements ayant au moins 10 dossiers analysés pour l'indicateur. Elle est de 71 %, c'est-à-dire que pour 7 patients sur 10, un suivi pondéral, une mesure de l'index de masse corporelle ainsi qu'une prise en charge par diététicienne sur prescription médicale sont tracés dans les dossiers ([Figure 1](#)).

L'analyse des non-conformités montre que pour 10 % des dossiers, la surveillance du poids n'est pas conforme au protocole, notamment pour les personnes hospitalisées plus de 30 jours, et que sont absents l'index de masse corporelle ou la prise en charge par un diététicien malgré une prescription médicale.

Une variabilité des moyennes est observée :

- D'un établissement à l'autre : les moyennes obtenues par les établissements de santé varient entre 0 et 100 %. On note un écart de 29 points entre le 1<sup>er</sup> quartile (59 %) et le 3<sup>e</sup> quartile (88 %) (Tableau 1) ;
- Entre les types d'établissements où les moyennes varient de 68 % à 75 %, un écart de 7 points est relevé entre les CHU (68 %) et les établissements privés (75 %) (Tableau 2) ;
- D'une région à l'autre, où un écart de 51 points est observé entre les moyennes régionales. Ces dernières varient de 36 % à 87 %. Les moyennes régionales les plus basses sont observées en Martinique (36%), en Centre Val de Loire (63 %) et les plus élevées en Corse (85 %) et à la Réunion (87 %). (Tableau 4, Tableau 6 de l'annexe 2).

Un niveau de qualité satisfaisant correspondant aux classes A ou B est atteint par 71 % des 378 établissements évalués pour cet indicateur (Cf. [Figure 2](#)).

Une variabilité du pourcentage d'établissements classés en A ou B est observée :

- Entre les types d'établissements : 62 % des CHU sont classés A ou B pour cet indicateur versus 74 % des CH (Tableau 3) ;
- D'une région à l'autre, le nombre d'établissements classés A ou B varie de 25 % à 100 %. Les pourcentages les plus bas sont observés en Martinique (25 %), Provence Alpes Côte d'Azur (58 %) ; les plus élevés en Occitanie (79 %) ou en Corse (100 %) (Tableau 5, Tableau 7 de l'annexe 3).

### **3.5.3. Indicateur 3 : « Prise en charge d'une hypertension artérielle (PTHA) »**

Dans les suites immédiates d'un AVC, la pression artérielle peut être instable et favoriser les récurrences d'AVC. La surveillance régulière de la tension artérielle est essentielle. Les pics systoliques répétés supérieurs à 140 mm Hg doivent faire l'objet d'une décision médicale tracée dans le dossier.

La moyenne nationale est calculée sur 11 568 dossiers tirés au sort de 378 établissements ayant au moins 10 dossiers analysés pour l'indicateur. Elle est de 69 % c'est à dire que pour 7 patients sur 10, un protocole de surveillance de la tension artérielle conforme aux recommandations et la prise en charge médicale en cas de pics tensionnels répétés supérieurs à 140 mm Hg sont tracés ([Figure 1](#)).

L'analyse des non-conformités montre que dans près de 1 dossier sur 3 (28 %), le protocole de surveillance tensionnelle n'est pas tracé ou respecté. Des pics tensionnels systoliques supérieurs à 140 mm de HG sont observés chez 49 % des personnes hospitalisées. La décision médicale consécutive à ces pics n'est pas systématiquement tracée : elle est manquante dans 20 % des dossiers.

Une variabilité des moyennes est observée :

- D'un établissement à l'autre, les moyennes obtenues par les établissements de santé varient entre 0 et 100 %. Un écart de 41 points est observé entre le 1<sup>er</sup> quartile (53 %) et le 3<sup>e</sup> quartile (94 %) (Tableau 1) ;
- Entre les types d'établissements où les moyennes vont de 65 % à 80 %, on note un écart de 15 points entre les établissements privés à but non lucratifs (65 %) et les CHU (80 %). (Tableau 2) ;
- Entre les régions où un écart de 32 points est relevé entre les moyennes régionales. Ces dernières varient de 58 % à 90 %. Les moyennes régionales les plus basses sont observées en Nouvelle Aquitaine (58 %), en Bretagne (59 %), en Centre Val de Loire (60 %) et en Bourgogne Franche Comté (61 %) et les plus élevées à la Réunion (88 %), en Martinique et Guadeloupe (90 %). (Tableau 4, Tableau 6 de l'annexe 2).

Un niveau de qualité satisfaisant correspondant aux classes A ou B est atteint par 62 % des 378 établissements évalués pour cet indicateur (Cf. [Figure 2](#)).

Une variabilité du pourcentage d'établissements classés en A ou B est observée :

- Entre les types d'établissements : 56 % des EBNL ou des établissements privés sont classés A ou B pour cet indicateur versus 81 % des CHU (Tableau 3) ;
- D'une région à l'autre, le nombre d'établissements classés A ou B varie de 47 % à 100 %. Les pourcentages les plus bas sont observés en Centre Val de Loire ou Pays de Loire (47 %), en Bourgogne Franche Comté (51 %) les plus élevés Occitanie (79 %) et en Martinique ou Réunion (100 %) (Tableau 5, Tableau 7 de l'annexe 3).

### **3.5.4. Indicateur 4 : « Evaluation des fonctions cognitives et comportementales (DTCP) »**

L'AVC est une cause majeure de troubles cognitifs, comportementaux ou psychiques. Ils doivent être systématiquement et régulièrement recherchés chez tous les patients. Ces troubles impactent la prise en charge rééducative, la réadaptation et le projet de vie du patient. Ils obligent l'équipe de SMR à compléter et à adapter la prise en charge du patient et à accompagner l'entourage de ce dernier.

La moyenne nationale est calculée sur 11 568 dossiers tirés au sort de 378 établissements ayant au moins 10 dossiers analysés pour l'indicateur. Elle est de 82 % c'est-à-dire que pour 8 dossiers sur 10, une évaluation des fonctions cognitives et comportementales est tracée et effectuée par un spécialiste (gériatre, neurologue, psychiatre, neuropsychologue, ou médecin de médecine physique et de réadaptation) pour les moins de 75 ans ([Figure 1](#)).

L'analyse des non-conformités montre que pour un tiers des dossiers sans évaluation cognitive et comportementale, aucune justification n'est retrouvée.

Une variabilité des moyennes est observée :

- D'un établissement à l'autre, les moyennes obtenues par les établissements de santé varient entre 0 % et 97 %. Un écart de 25 points entre le 1<sup>er</sup> quartile (72 %) et le 3<sup>e</sup> quartile (97 %) est relevé (Tableau 1) ;
- Entre les types d'établissements où les moyennes vont de 74 % à 90 %, Un écart de 16 points est observé entre les CHU (90 %) et les CH (74 %) (Tableau 2) ;
- Entre les régions où un écart de 29 points est observé entre les moyennes régionales. Ces dernières varient de 64 % à 93 %. Les moyennes les plus basses sont observées en Bretagne

64 %), en Martinique (66 %) ; les plus élevées en Ile de France (89 %) et en Guadeloupe (93 %) (Tableau 4, Tableau 6 de l'annexe 2).

Un niveau de qualité satisfaisant correspondant aux classes A ou B est atteint par 81 % des établissements évalués pour cet indicateur (Cf. [Figure 2](#)).

Une variabilité du pourcentage d'établissements classés en A ou B est observée :

- Entre les types d'établissements : 70 % des CH sont classés A ou B pour cet indicateur versus 95 % des CHU (Tableau 3) ;
- D'une région à l'autre, le nombre d'établissements classés A ou B varie de 33 % (Corse) à 100 % à la Réunion ou Guadeloupe (Tableau 5, Tableau 7 de l'annexe 3),

### 3.5.5. Indicateur 5 « Projet de vie (P3I) »

L'équipe pluridisciplinaire de SMR définit un projet de vie pour toute personne en situation de handicap sortant à domicile (milieu ordinaire) après son séjour en SMR. Celui-ci aborde les conditions d'autonomie en milieu ordinaire et les mesures de compensation nécessaires à une réinsertion fonctionnelle, sociale et professionnelle optimale. Il s'appuie sur l'expertise des travailleurs des services sociaux, et sur des échanges avec le patient et son entourage à chaque fois que c'est possible. Les raisons pour lesquelles les échanges avec le patient ou son entourage ou les services sociaux seraient limités sont à expliciter dans le dossier.

La moyenne nationale est calculée sur 10 709 dossiers tirés au sort de 360 établissements ayant au moins 10 dossiers analysés pour l'indicateur. Elle est de 57 % c'est à dire que pour 6 dossiers sur 10, le projet de vie à définir, répondent aux exigences de qualité ([Figure 1](#)).

L'analyse des non-conformités montre que dans un dossier sur 4 (25 %), l'avis de l'entourage est manquant et son absence non justifiée. Dans un dossier sur 10, l'avis du patient est absent et son absence non justifiée et dans 10 % des dossiers, aucune synthèse interdisciplinaire sur le projet de vie n'est retrouvée.

Une variabilité des moyennes est observée :

- D'un établissement à l'autre, les moyennes obtenues par les établissements de santé varient entre 0 % et 78 %. Un écart de 38 points est observé entre le 1<sup>er</sup> quartile (40 %) et le 3<sup>e</sup> quartile (78 %) (Tableau 1) ;
- Entre les types d'établissements (Cf. annexe 3) où les moyennes vont de 54 % à 65 %. Un écart de 11 points est observé entre les CHU (65 %) et les établissements privés (54 %). (Tableau 2) ;
- Entre les régions où un écart de 56 points entre les moyennes régionales est relevé, ces dernières varient de 18 % à 74 %. Les moyennes les plus basses sont observées en Martinique (18 %), Corse et Guadeloupe (32 %) ; les plus élevées en Occitanie (67 %) et à la Réunion (74 %) (Tableau 4 et Tableau 6 de l'annexe 2).

Un niveau de qualité satisfaisant correspondant aux classes A ou B est atteint par 81 % des établissements évalués pour cet indicateur ([Figure 2](#)).

Une variabilité du pourcentage d'établissements classés en A ou B est observée :

- Entre les types d'établissements : 38 % des établissements privés sont classés A ou B pour cet indicateur versus 63 % des CHU (Tableau 3) ;
- D'une région à l'autre, le nombre d'établissements classés A ou B varie de 0 % à 100%. Les pourcentages les plus bas sont observés en Guadeloupe (0 %), en Bourgogne Franche Comté (30 %), les plus élevés en Nouvelle Aquitaine (86 %) et à la Réunion (100 %) (Tableau 5, Tableau 7 de l'annexe 3).

### 3.5.6. Indicateur 6 « Préparation du retour à domicile (RAD) »

La prise en charge en SMR doit favoriser la réinsertion familiale, sociale et professionnelle du patient en compensant les déficiences et limitations des patients. Le retour au domicile est donc une étape importante de ce processus et concerne une majorité de personnes admises en SMR en post AVC. Le retour à domicile doit être préparé autant que possible avec une évaluation du logement du patient et la programmation et la mise en œuvre d'une sortie thérapeutique (retour à domicile pour 48 heures). L'absence de sortie thérapeutique ou d'évaluation du logement doit être justifiée.

La moyenne nationale est calculée sur 9 243 dossiers tirés au sort de 319 établissements ayant au moins 10 dossiers analysés pour l'indicateur. Elle est de 47 % c'est à dire que pour 1 dossier sur 2, le patient a bénéficié d'une préparation du retour à domicile conforme ([Figure 1](#)).

L'analyse de la non-conformité montre que dans 3 dossiers sur 10, aucune évaluation du domicile n'est tracée, et son absence n'est justifiée que dans un cas sur 2. Dans 6 dossiers sur 10, aucune sortie thérapeutique n'est programmée, sans justification dans 90 % des cas.

Une variabilité des moyennes est observée :

- D'un établissement à l'autre. Les moyennes obtenues par les établissements de santé varient entre 0 % et 100 %. Un écart 52 points est observé entre le 1<sup>er</sup> quartile (21 %) et le 3<sup>e</sup> quartile (73 %) (Tableau 1) ;
- Entre les types d'établissements où les moyennes vont de 35 % à 53 %. Un écart de 13 points est observé entre les CH (35 %) et les CHU (53 %) (Tableau 2) ;
- Entre les régions où un écart de 51 points est observé entre les moyennes régionales (Tableau 4). Ces dernières varient de 24 % à 75 %. Les moyennes régionales les plus basses sont observées en Guadeloupe (24 %), en PACA (34 %) et les plus élevées en Pays de Loire (65 %) et dans l'Océan Indien (75%) (Tableau 4 et Tableau 6 de l'annexe 2).

Un niveau de qualité satisfaisant correspondant aux classes A ou B est atteint par seulement 38 % des établissements évalués pour cet indicateur ([Figure 2](#)).

Une variabilité du pourcentage d'établissements classés en A ou B est observée :

- Entre les types d'établissements : 23 % des établissements privés sont classés A ou B pour cet indicateur versus 51 % des CHU (Tableau 3) ;
- D'une région à l'autre, le nombre d'établissements classés A ou B varie de 0 % en Martinique à 100 % (Réunion). Les pourcentages les plus bas sont observés en Martinique (0 %), en Grand Est (21 %) ; les plus élevés en Pays de Loire (60 %) et à la Réunion (100%) (Tableau 5, Tableau 7 de l'annexe 3).

### 3.5.7. Indicateur 7 « Consultation post AVC (CPA) »

La consultation post AVC 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. Les objectifs et les modalités des consultations post AVC font l'objet d'une circulaire et d'un financement depuis 2015. La consultation devait être programmée dans les 6 mois après la sortie de SMR. Un transfert au cours du séjour vers un établissement de MCO, USLD ou SMR pouvait justifier l'absence de programmation de cette consultation.

La moyenne nationale est calculée sur 11 568 dossiers tirés au sort de 378 établissements ayant au moins 10 dossiers analysés pour l'indicateur. Elle est de 60 %, c'est-à-dire que pour 6 dossiers sur 10, une consultation post AVC est programmée dans les 6 mois ou l'absence de programmation de cette consultation est justifiée par un transfert dans un autre établissement de santé ([Figure 1](#)).

L'analyse de la non-conformité montre l'absence de programmation de consultation post AVC dans 4 dossiers sur 10, dont 10 % seulement sont justifiés par un transfert dans un autre établissement de santé. Plus de 9 consultations programmées sur 10 (93 %), le sont dans les 6 mois suivant la sortie de SMR.

Une variabilité des moyennes est observée :

- D'un établissement à l'autre. Les moyennes obtenues par les établissements de santé varient entre 0 % et 100%. Un écart de 40 points est observé entre le 1<sup>er</sup> quartile (42 %) et le 3<sup>e</sup> quartile (82 %) (Tableau 1) ;
- Entre les types d'établissements où les moyennes vont de 58 % à 72%. Un écart de 14 points est observé entre les CH, les établissements privés (58 %) et les CHU (72 %) (Tableau 2) ;
- Entre les régions où un écart de 47 points est observé entre les moyennes régionales. Ces dernières varient de 34 % à 81 %. Les moyennes régionales les plus basses sont observées en Corse (34 %) ou en Centre Val de Loire (39 %) et les plus élevées en Nouvelle Aquitaine (71 %), à la Réunion (72 %), en Guadeloupe (74 %) et en Martinique (81 %). (Tableau 4, Tableau 6 de l'annexe 2).

Un niveau de qualité satisfaisant (classe A ou B) est atteint par 51 % des 378 établissements évalués pour cet indicateur ([Figure 2](#)).

Une variabilité du pourcentage d'établissements classés en A ou B est observée :

- Entre les types d'établissements : 46 % des établissements privés sont classés A ou B pour cet indicateur versus 70 % des CHU (Tableau 3)
- D'une région à l'autre, le nombre d'établissements classés A ou B varie de 24 % à 67 %. Les pourcentages d'établissements classés A ou B les plus bas sont observés en Bretagne (24 %), en Centre Val de Loire (26%) ; les plus élevés 62 % en Provence Alpes Côte d'Azur (62 %), en Pays de Loire (63 %) et à la Réunion (67%). (Tableau 5, Tableau 7 de l'annexe 3).

## 4. Analyse des informations complémentaires

Les informations complémentaires sont des variables dont les qualités métrologiques ne permettent pas en 2023 de comparer les établissements entre eux. Elles apportent des informations importantes explicatives sur le thème étudié.

### 4.1. Synthèses actualisées des échanges interdisciplinaires sur le plan de soins

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 SMR bénéficie d'une évaluation et prise en charge multidimensionnelles (médicale, fonctionnelle, cognitive, psychologique et sociale) organisée et assurée par une équipe pluridisciplinaire ([Décret du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation](#)).

Des échanges interdisciplinaires réguliers permettent de coordonner et d'ajuster le projet thérapeutique aux besoins et aux progrès du patient. Ces échanges font l'objet de synthèses rédigées par le médecin en charge de la rééducation.

Sont attendus :

- une première synthèse traçant les échanges dans les 15 premiers jours de prise en charge,
  - des synthèses au minimum mensuelles,
  - l'avis du patient sur son plan de soins ou les situations ne permettant pas de recueillir l'avis de celui-ci.
- ➔ Plus de la moitié (55 %) des dossiers analysés (n = 12 763) répondent aux attendus.

### 4.2. Progression de l'autonomie au cours du séjour en SMR

Une prise en charge rééducative/réadaptative adaptée, immédiate, intensive et continue améliore le pronostic fonctionnel et la qualité de vie des personnes victimes d'un AVC.

La saisie d'un score de dépendance chaque semaine dans le PMSI<sup>4</sup> permet de dénombrer les séjours pour lesquels le score de dépendance global diminue d'au moins un point au décours de la prise en charge en SMR. Cette mesure ne s'applique pas aux séjours avec transfert vers un autre établissement de santé.

- ➔ En 2022, 7 811 dossiers (65 %) sur les 12 114 analysés rapportent une diminution du score de dépendance d'au moins 1 point au décours du séjour de SMR, témoignant d'une progression de l'autonomie au cours du séjour.

---

4 La Grille Commune Autonomie-dépendance et PMSI (GCAP) a été mise en place dès 2002 pour coder la dépendance dans le PMSI SSR et en AGGIR. L'autonomie de personnes est mesurée par sur 6 scores évaluant l'autonomie dans les activités fondamentales de la vie quotidienne (habillement, alimentation, hygiène, déplacement, comportement et communication). Ces scores sont renseignés chaque semaine du séjour (RHS). Chaque dimension est cotée de 1 (aucune dépendance) à 4 (dépendance totale). <https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1078/dependance.pdf> .

## 5. Analyse du questionnaire établissement

Ce questionnaire fournit des informations sur les équipements et ressources de 602 établissements SMR participant au recueil, soit 71 % des établissements avec au moins 10 séjours cibles identifiés dans le PMSI de 2022.

Près de la moitié des SMR ont un seul secteur d'activité (44 %).

Alors que ces établissements prennent en charge des patients présentant un handicap neurologique récent et sévère, ils ne disposent pas tous du même niveau d'équipement et de ressources.

### 5.1. Analyse des équipements

Une salle de rééducation permettant une activité physique encadrée équipe 97 % des établissements, et des appareils de marche mécanique sont présents dans 61 % des établissements.

La majorité des établissements dispose d'une connexion WIFI (78 %) et d'une salle de convivialité pour les patients et leur entourage (89 %).

### 5.2. Analyse des ressources

Un peu plus de la moitié des établissements dispose d'un médecin généraliste (66%), d'un gériatre (62 %), ou d'un médecin de médecine physique et de réadaptation (55 %). Dans plus de 9 établissements sur 10, on note la présence de travailleurs des services sociaux (97 %), de masseurs kinésithérapeutes (97 %), de diététiciennes (93 %) ou d'ergothérapeutes (88 %).

Les psychologues et enseignements d'activité physique adaptée sont présents respectivement dans 81 % et 72 % des établissements participants.

### 5.3. Mobilisation des établissements pour le recueil des IQSS

Le recueil des informations est effectué sous la supervision du référent du recueil et sous la responsabilité du médecin DIM de chaque établissement participant. Ce questionnaire permet d'identifier les établissements qui ont mobilisé les professionnels de santé pour le recueil des IQSS. Parmi les établissements participants, 65 % ont mobilisé au moins un clinicien. Ainsi, ont participé à l'analyse des dossiers : un médecin de médecine physique et de réadaptation (47 % des établissements), un gériatre (65 % des établissements), un médecin généraliste (30 % des établissements), et un autre spécialiste médical (19 % des établissements).

## 6. Analyse par région des résultats des indicateurs

- ➔ Les moyennes pondérées par région des 7 indicateurs sont présentées dans l'annexe 2.
- ➔ Le tableau 4 compare la moyenne nationale aux valeurs extrêmes minimales et maximales observées dans les régions. Les résultats de tous les indicateurs varient fortement d'une région à l'autre. Les écarts entre les moyennes régionales les plus basses et les plus élevées atteignent 50 points et plus pour les indicateurs sur la déglutition (54), le poids (51), le projet de vie (56) ou la préparation du retour à domicile (51), et la consultation post AVC (47). L'écart observé entre les valeurs extrêmes des moyennes régionales est de 29 pour l'indicateur sur la cognition (DTCP) et de 32 points pour l'indicateur sur l'hypertension artérielle (PHTA).

Tableau 4. Moyenne nationale et moyennes régionales extrêmes observées en région pour les 7 indicateurs

Indicateur	Moyenne nationale pondérée	Moyennes les plus basses observées en région	Moyennes les plus élevées observées en région
Déglutition (PCTD)	70 %	40 % (Martinique) 55 % (Corse)	79 % (Guadeloupe, Occitanie) 94 % (Réunion)
Poids (SNUT)	72 %	36 % (Martinique) 63 % (Centre Val de Loire) 64 % (Pays de Loire)	85 % (Corse) 87 % (Réunion)
Hypertension artérielle (PHTA)	69 %	58 % (Nouvelle Aquitaine) 59 % (Bretagne)	88 % (Réunion) 90 % (Guadeloupe, Martinique)
Cognition (DTCP)	82 %	64 % (Bretagne) 66 % (Martinique)	87 % (Réunion) 89 % (Ile de France) 93 % (Guadeloupe)
Projet de vie (P3I)	57 %	18 % (Martinique) 32 % (Corse, Guadeloupe)	63 % (Pays de Loire) 67 % (Occitanie) 74 % (Réunion)
Retour domicile (RAD)	47 %	24 % (Guadeloupe, Corse) 34 % (Provence Alpes Côte d'Azur)	65 % (Pays de Loire) 75 % (Réunion)
Consultation post AVC (CPA)	60 %	34 % (Corse) 39 % (Centre Val de Loire)	71 % (Nouvelle Aquitaine) 72 % (Réunion) 74 % (Guadeloupe) 81 % (Martinique)

Le nombre d'établissements classés A ou B pour les 7 indicateurs dans chaque région est présentée dans [l'annexe 3](#). Le tableau 5 compare le pourcentage d'établissements classés A ou B au niveau national aux valeurs extrêmes minimales et maximales de ce pourcentage observées dans les régions. Les résultats de tous les indicateurs varient fortement d'une région à l'autre. La Réunion a le plus grand nombre d'établissements classés A ou B pour 6 des 7 indicateurs. Les Pays de Loire ont le plus grand nombre d'établissements classés A ou B pour les indicateurs de réinsertion (P3I, RAD) et de continuité des soins (CPA).

[L'annexe 4](#) qui décrit la qualité évaluée par les 7 indicateurs permet d'identifier les actions d'amélioration prioritaires dans chaque région. L'Occitanie et la Guadeloupe sont les régions ayant le plus d'établissements classés A ou B pour les 4 indicateurs de prise en charge des complications médicales ; La Nouvelle Aquitaine, la Réunion et les Pays de Loire sont les régions ayant le plus d'établissements classés A ou B pour les indicateurs de réinsertion et de continuité des soins.

**Tableau 5. Etablissements classés A ou B au niveau national et valeur extrêmes minimales et maximales observées en région**

Indicateur	Etablissement classés A ou B (%) au niveau national	Valeurs minimales du pourcentage d'établissement classés A ou B observées en région	Valeurs maximales du pourcentage d'établissement classés A ou B observées en région
Déglutition (PCTD)	61 %	25 % (Martinique, N = 4) 33 % (Corse N = 3)	82 % (Occitanie, N = 28) 100 % (Réunion, N = 3)
Poids (SNUT)	71 %	25 % (Martinique, N = 4) 58 % (Provence Alpes Côte d'Azur, N = 26)	79 % (Occitanie, N = 28) 100 % (Corse, N = 3)
Hypertension artérielle (PHTA)	62 %	47 % (Centre Val de Loire, N = 19 ; Pays de Loire, N = 19) 50 % (Bourgogne Franche Comté, N = 16)	79 % (Occitanie, N = 28) 100 % (Martinique, N = 4, Réunion, N = 3)
Cognition (DTCP)	81 %	33 % (Corse, N = 3) 50 % (Martinique, N = 4)	96 % (Provence Alpes Côte d'Azur, N = 26) 100 % (Réunion, N = 3 ; Guadeloupe, N = 4)
Projet de vie (P3I)	47 %	0 % (Guadeloupe, N = 4; Martinique, N = 4) 30 % (Bourgogne Franche Comté, N = 15)	86 % (Nouvelle Aquitaine, N = 37) 100 % (Réunion, N = 3)
Retour domicile (RAD)	38 %	0 % (Martinique, N = 4) 21 % (Grand Est, N = 24)	60 % (Pays de Loire = 15) 100 % (Réunion, N = 2)
Consultation post AVC (CPA)	51 %	24 % (Bretagne, N = 26) 26 % (Centre Val de Loire, N = 19)	62 % (Provence Alpes Côte d'Azur, N = 26) 63 % (Pays de Loire, N = 19) 67 % (Réunion, N = 3)

La moyenne régionale pondérée et le pourcentage d'établissements classés A ou B ont été calculés par région pour les 7 indicateurs. Globalement ces résultats ne sont pas satisfaisants, et ils varient fortement d'une région à l'autre. Certaines régions sont plus performantes sur les indicateurs de réinsertion et de continuité des soins que sur les indicateurs de prise en charge des complications médicales, pour d'autres, les meilleurs résultats sont obtenus pour les indicateurs de prise en charge des complications médicales.

Des axes d'amélioration prioritaires sont à définir par région.

## 7. Conclusion

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence. L'accès à une prise en charge rééducative/réadaptative, pluridisciplinaire, experte, intensive, de qualité est majeur pour les personnes victimes d'AVC.

Les recommandations les plus récentes sur ce thème précisent que l'accès au SMR pour les AVC récents doit favoriser les personnes les plus jeunes, présentant un handicap neurologique récent et ayant un potentiel de récupération. Les objectifs de cette prise en charge complexe sont doubles : rechercher et prendre en charge les complications médicales de l'AVC et mettre en œuvre un programme de rééducation et de réadaptation permettant une réinsertion en milieu ordinaire. Elle repose sur une prise en charge pluridisciplinaire, immédiate, continue, intensive adaptée aux besoins du patient (9, 10, 11, 12, 13).

La campagne 2023 est la 3<sup>e</sup> campagne de recueil des IQSS sur le thème de la prise en charge des AVC récents en SMR. L'audit porte sur la qualité des soins de personnes présentant des déficiences neurologiques caractérisées par niveau de dépendance à l'entrée en SMR élevé et une prise en charge en SMR d'un minimum de 3 semaines ou plus. En 2022, un peu plus de 33 000 séjours répondant à ces critères sont identifiés dans 1 369 établissements. Seuls 40 % des séjours cibles sont pris en charge dans un des 232 établissements ayant une pratique régulière de ces cas.

Cette étude est inédite par le nombre de dossiers étudiés (40 % des séjours cibles identifiés dans les données nationales du PMSI de 2022) et par le nombre d'indicateurs mesurés. Les 7 indicateurs couvrent des points clés de prise en charge en SMR : la recherche et la prise en charge des complications post AVC (dénutrition, troubles cognitifs, troubles tensionnels), la réinsertion des personnes en milieu ordinaire (projet de vie et préparation du retour à domicile), la continuité des soins (consultation post AVC). Des travaux supplémentaires sur la mesure du volume de prise en charge rééducative et les synthèses actualisées des échanges interdisciplinaires relatifs au plan de soins seraient nécessaires pour avoir une évaluation complète de la prise en charge.

Les moyennes nationales des 7 indicateurs ne suffisent pas à évaluer la qualité de la prise en charge. Le nombre d'établissements ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant (classe A ou B) doit pondérer l'appréciation portée par les moyennes régionale ou nationale. En effet, les moyennes nationales des 7 indicateurs sont associées à des écarts de pratiques importants observés à la fois entre les établissements, les types d'établissement et les régions.

- Globalement en France, la qualité de la prise en charge n'est pas satisfaisante car trop hétérogène d'un établissement à l'autre ou d'une région à l'autre.
- Au niveau national, aucun établissement n'a atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les 7 indicateurs. Le nombre d'établissements n'ayant pas un niveau de qualité satisfaisant est important, notamment pour les indicateurs relatifs à la réinsertion (P3I ou RAD) ou à la continuité des soins (CPA).
- Aucune région n'a atteint un niveau de qualité satisfaisant pour les 7 indicateurs. L'analyse de la qualité par région montre que les enjeux diffèrent d'une région à l'autre. Chaque région pourra, à partir de ces constats, définir des actions d'amélioration prioritaires pour son territoire.

Il est maintenant important que les professionnels des établissements et les régions s'emparent de ces résultats pour le pilotage et la gestion de la qualité des soins. Les actions d'amélioration peuvent être valorisées dans le cadre de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Les résultats sont aussi transmis aux Agences Régionales de Santé qui ont la charge d'organiser l'offre de soins dans les territoires via les schémas régionaux de santé.

De plus, les indicateurs sur le projet de vie, le suivi pondéral et nutritionnel, la prise en charge d'une hypertension artérielle et l'évaluation des fonctions cognitives et comportementales sont en diffusion publique sur [QualiScope](#), permettant aux usagers de s'informer sur le niveau de qualité et de sécurité des soins des hôpitaux et cliniques.

Pour rappel, le dossier patient est la référence de l'information médicale en santé (19), à ce titre, les activités de soin réalisées lors de la prise en charge en établissement doivent y être tracées, comme le prévoit [l'article R1112-2](#) du Code de la santé publique.

Le recueil des IQSS en SMR sur ce thème a été couplé à un recueil d'IQSS sur la prise en charge initiale des AVC aigus en MCO (15).

L'analyse de la qualité des soins sur ce thème dans ces 2 secteurs contribue à une meilleure connaissance des pratiques réelles et aux travaux de la HAS en cours sur les parcours de soins des AVC, de la phase aiguë à la phase chronique de la maladie (16). Elle répond également aux constats et objectifs identifiés par le plan européen AVC 2018- 2030 (17).

# Table des annexes

---

Annexe 1. Description de la sélection des séjours cibles	31
Annexe 2. Analyse des moyennes régionales pondérées	33
Annexe 3. Etablissements par région ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant (classés A ou B)	34
Annexe 4. Analyse détaillée par région des résultats des indicateurs	35
4.1 Qualité en Auvergne Rhône Alpes	36
4.2 Qualité en Bourgogne Franche Comté	37
4.3 Qualité en Bretagne	38
4.4 Qualité en Centre Val de Loire	39
4.5 Qualité en Corse	40
4.6 Qualité en Grand Est	41
4.7 Qualité en Guadeloupe	42
4.8 Qualité en Hauts de France	43
4.9 Qualité en Ile de France	44
4.10 Qualité en Martinique	45
4.11 Qualité en Normandie	46
4.12 Qualité en Nouvelle Aquitaine	47
4.13 Qualité en Occitanie	48
4.14 Qualité à la Réunion/Océan Indien	49
4.15 Qualité en Provence Alpes Côte d'Azur	50
4.16 Qualité en Pays de Loire	51

## Table des figures

Figure 1. Résultats des 7 indicateurs en un coup d'œil (moyenne nationale pondérée, n nombre de dossiers) .....	9
Figure 2. Pourcentage d'établissements classés A ou B pour les 7 indicateurs.....	14
Figure 3. Identification des séjours cibles et sélection des dossiers analysés .....	32
Figure 4. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs d'Auvergne Rhône Alpes en aux résultats nationaux.....	36
Figure 5. Etablissements d'Auvergne Rhône Alpes (%) classés A ou B pour les 7 indicateurs .....	36
Figure 6. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Bourgogne Franche Comté aux résultats nationaux .....	37
Figure 7. Établissements (%) de Bourgogne Franche Comté classés A ou B pour les 7 indicateurs .....	37
Figure 8. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Bretagne aux résultats nationaux.....	38
Figure 9. Établissements (%) de Bretagne classés A ou B pour les 7 indicateurs .....	38

Figure 10. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Centre Val de Loire aux résultats nationaux.....	39
Figure 11. Établissements (%) de Centre Val de Loire classés A ou B pour les 7 indicateurs.....	39
Figure 12. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Corse aux résultats nationaux.....	40
Figure 13. Établissements (%) en Corse classés A ou B pour les 7 indicateurs .....	40
Figure 14. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Grand Est aux résultats nationaux.....	41
Figure 15. Établissements (%) de Grand Est classés A ou B pour les 7 indicateurs.....	41
Figure 16. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Guadeloupe aux résultats nationaux.....	42
Figure 17. Établissements (%) en classés A ou B pour les 7 indicateurs.....	42
Figure 18. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs des Hauts de France aux résultats nationaux.....	43
Figure 19. Établissements (%) de Hauts de France classés A ou B pour les 7 indicateurs .....	43
Figure 20. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de l'Île de France comparés aux résultats nationaux .....	44
Figure 21. Établissements (%) de Île de France classés A ou B pour les 7 indicateurs.....	44
Figure 22. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Martinique aux résultats nationaux.....	45
Figure 23. Établissements (%) de Martinique classés A ou B pour les 7 indicateurs.....	45
Figure 24. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Normandie aux résultats nationaux.....	46
Figure 25. Établissements (%) de Normandie classés A ou B pour les 7 indicateurs .....	46
Figure 26. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Nouvelle Aquitaine aux résultats nationaux.....	47
Figure 27. Établissements (%) de Nouvelle Aquitaine classés A ou B pour les 7 indicateurs.....	47
Figure 28. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs d'Occitanie aux résultats nationaux.....	48
Figure 29. Établissements (%) d'Occitanie classés A ou B pour les 7 indicateurs .....	48
Figure 30. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de la Réunion comparés aux résultats nationaux .....	49
Figure 31. Établissements (%) à la Réunion classés A ou B pour les 7 indicateurs.....	49
Figure 32. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs mesurés en Provence Alpes Côte d'Azur comparés aux taux nationaux.....	50
Figure 33. Établissements (%) en Provence Alpes Côte d'Azur classés A ou B .....	50
Figure 34. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Pays de Loire comparés aux résultats nationaux .....	51
Figure 35. Établissements (%) en Pays de Loire classés A ou B.....	51

## Table des tableaux

Tableau 1. Résultats nationaux des 7 indicateurs (moyenne pondérée).....	10
Tableau 2. Résultats nationaux des 7 indicateurs (moyenne pondérée) par catégories d'établissement.....	11
Tableau 3. Pourcentage d'établissements ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant correspondant aux classes A ou B pour les 7 indicateurs .....	12
Tableau 4. Moyenne nationale et moyennes régionales extrêmes observées en région pour les 7 indicateurs .....	23
Tableau 5. Etablissements classés A ou B au niveau national et valeur extrêmes minimales et maximales observées en région .....	24
Tableau 6. Moyennes régionales pondérées pour les 7 indicateurs (nombre de dossiers).....	33
Tableau 7. Pourcentage d'établissements classés A ou B par région pour les 7 indicateurs.....	34

## Annexe 1. Description de la sélection des séjours cibles

Le recueil consiste en une enquête rétrospective sur un échantillon aléatoire de 50 séjours uniques (non reconstitués administrativement) de patients adultes admis en SMR pour un AVC récent.

Pour les patients ayant plus d'un séjour correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous, le 1<sup>er</sup> séjour de l'année est inclus.

Sont inclus :

- Séjours de patients adultes en hospitalisation complète ;
- Séjours de durée  $\geq 22$  jours, commencés et terminés en 2022, dont le 1<sup>er</sup> RHS commence à partir du 1<sup>er</sup> janvier ou au plus tard le 1<sup>er</sup> décembre inclus et terminés au plus tard le 31 décembre 2022 inclus ;
- Séjour comportant un code CIM 10 d'AVC en étiologie associée (EA), ou manifestation morbide principale (MMP) : I60x, I61x, I.62x, I64x, I63 sauf I63.6 ;
- Séjours de patients ayant un score de dépendance différent de 6 ou de 24 la première semaine de leur entrée en SMR (1<sup>er</sup> RHS).

Sont exclus :

- Séjours de patients décédés (mode de sortie RSS = décès) ;
- Séjours avec sortie contre avis médical ou fugue ;
- Séjours de durée  $< 22$  jours ;
- Séjours de patients ayant un score de dépendance égal à 6 ou 24 la première semaine de leur entrée en SMR (1<sup>er</sup> RHS) ;
- Séjours PMSI avec un groupe médico économique (GME) erreur, GHM erreur, GHPC erreur, GME erreur, séjour en erreur, erreur de chainage ;
- Séances.

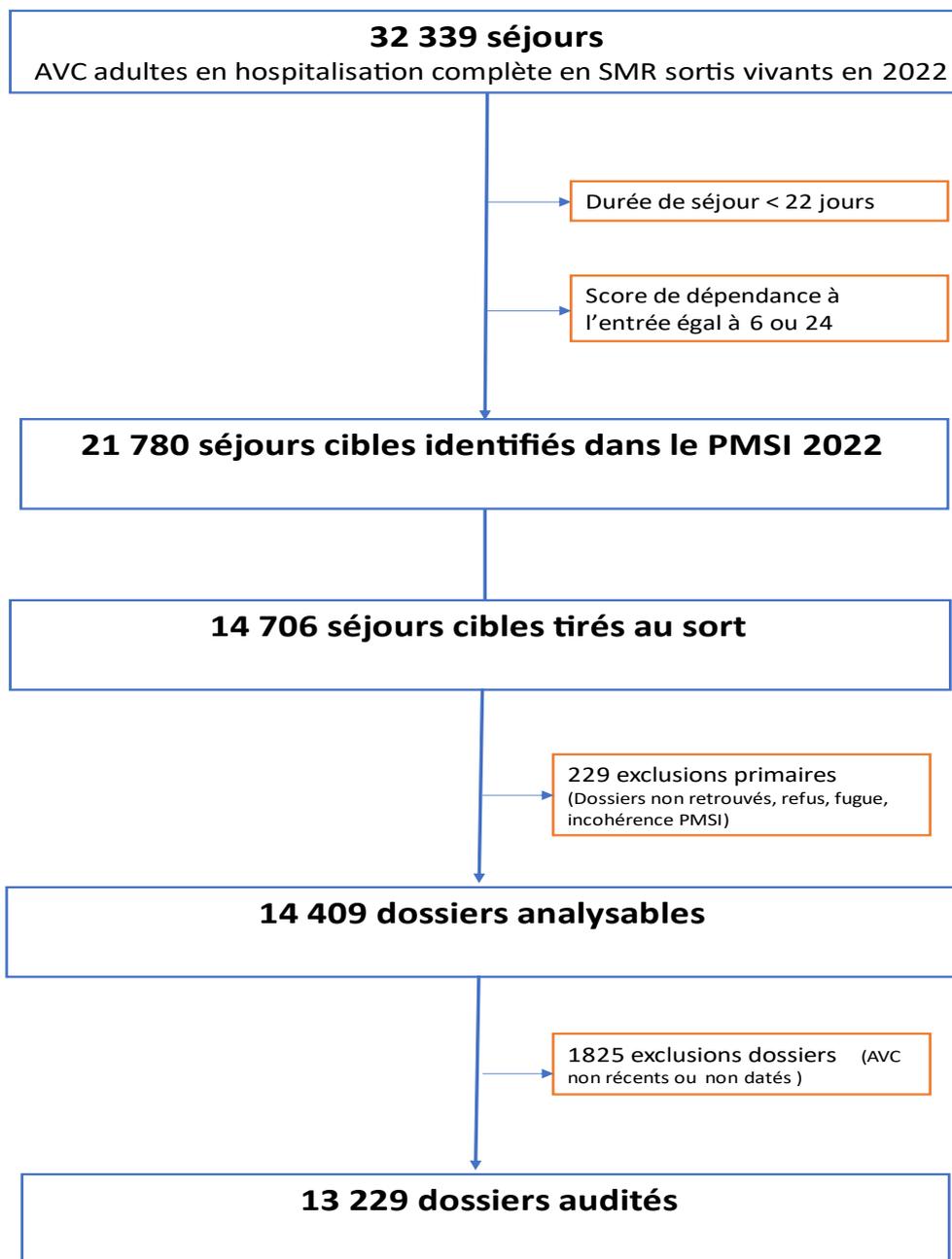


Figure 3. Identification des séjours cibles et sélection des dossiers analysés

## Annexe 2. Analyse des moyennes régionales pondérées

Tableau 6. Moyennes régionales pondérées pour les 7 indicateurs (nombre de dossiers)

	Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD)	Suivi pondéral et nutritionnel (SNUT)	Prise en charge d'une hypertension artérielle (PTHA)	Évaluation des fonctions cognitives et comportementales (DTCP)	Projet de vie (P3I)	Préparation du retour à domicile (RAD)	Programmation d'une consultation post AVC (CPA)
Auvergne Rhône Alpes	68 % (n = 1 376)	69 % (n = 1 376)	66 % (n = 1 376)	82 % (n = 1 376)	55 % (n = 1264)	43 % (n = 1 080)	57 % (n = 1 376)
Bourgogne Franche Comté	63 % (n = 495)	73 % (n = 495)	61 % (n = 495)	76 % (n = 495)	57 % (n = 495)	48 % (n = 408)	51 % (n = 495)
Bretagne	64 % (n = 804)	69 % (n = 804)	59 % (n = 804)	64 % (n = 804)	56 % (n = 771)	51 % (n = 640)	53 % (n = 804)
Centre Val de Loire	56 % (n = 533)	63 % (n = 533)	60 % (n = 533)	80 % (n = 533)	50 % (n = 514)	47 % (n = 410)	39 % (n = 533)
Corse	55 % (n = 44)	85 % (n = 44)	73 % (n = 44)	74 % (n = 44)	32 % (n = 39)	24 % (n = 27)	34 % (n = 44)
Grand Est	60 % (n = 719)	66 % (n = 719)	67 % (n = 719)	72 % (n = 719)	49 % (n = 719)	41 % (n = 562)	49 % (n = 719)
Guadeloupe	79 % (n = 118)	66 % (n = 118)	90 % (n = 118)	93 % (n = 118)	32 % (n = 113)	24 % (n = 112)	74 % (n = 118)
Hauts de France	73 % (n = 1 025)	72 % (n = 1 025)	72 % (n = 1 025)	82 % (n = 1 025)	61 % (n = 918)	53 % (n = 808)	64 % (n = 1025)
Ile de France	76 % (n = 1 961)	76 % (n = 1 961)	80 % (n = 1 961)	89 % (n = 1 961)	54 % (n = 1 830)	44 % (n = 1 649)	63 % (n = 1 961)
Martinique	40 % (n = 127)	36 % (n = 127)	90 % (n = 127)	66 % (n = 127)	18 % (n = 121)	45 % (n = 116)	81 % (n = 127)
Normandie	68 % (n = 625)	73 % (n = 625)	66 % (n = 625)	83 % (n = 625)	66 % (n = 559)	49 % (n = 470)	55 % (n = 625)
Nouvelle Aquitaine	65 % (n = 1 205)	71 % (n = 1 205)	58 % (n = 1 205)	83 % (n = 1 205)	64 % (n = 1 086)	50 % (n = 977)	71 % (n = 1 205)
Occitanie	79 % (n = 1 003)	79 % (n = 1 003)	73 % (n = 1 003)	85 % (n = 1 003)	67 % (n = 946)	52 % (n = 858)	66 % (n = 1 003)
Océan Indien/Réunion	94 % (n = 111)	87 % (n = 111)	88 % (n = 111)	87 % (n = 111)	74 % (n = 100)	75 % (n = 87)	72 % (n = 111)
Provence Alpes Côte d'Azur	74 % (n = 894)	70 % (n = 894)	72 % (n = 894)	85 % (n = 894)	53 % (n = 834)	34 % (n = 743)	65 % (n = 894)
Pays de Loire	66 % (n = 528)	64 % (n = 528)	63 % (n = 528)	78 % (n = 528)	63 % (n = 481)	65 % (n = 383)	65 % (n = 528)

### Annexe 3. Etablissements par région ayant atteint un niveau de qualité satisfaisant (classés A ou B)

Tableau 7. Pourcentage d'établissements classés A ou B par région pour les 7 indicateurs

	Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD)	Suivi pondéral et nutritionnel (SNUT)	Prise en charge d'une hypertension artérielle (PTHA)	Évaluation des fonctions cognitives et comportementales (DTCP)	Projet de vie (P3I)	Préparation du retour à domicile (RAD)	Programmation d'une consultation post AVC (CPA)
Auvergne Rhône Alpes	64 % (N = 45)	71 % (N = 45)	60 % (N = 45)	76 % (N = 45)	50 % (N = 44)	32 % (N = 38)	51 % (N = 45)
Bourgogne Franche Comté	44 % (N = 16)	75 % (N = 16)	50 % (N = 16)	69 % (N = 16)	30 % (N = 15)	38 % (N = 13)	47 % (N = 16)
Bretagne	73 % (N = 26)	69 % (N = 26)	62 % (N = 26)	62 % (N = 26)	42 % (N = 26)	43 % (N = 23)	24 % (N = 26)
Centre Val de Loire	74 % (N = 19)	63 % (N = 19)	47 % (N = 19)	89 % (N = 19)	37 % (N = 19)	33 % (N = 15)	26 % (N = 19)
Corse	33 % (N = 3)	100 % (N = 3)	66 % (N = 3)	33 % (N = 3)	33 % (N = 3)	33 % (N = 3)	33 % (N = 3)
Grand Est	54 % (N = 28)	64 % (N = 28)	64 % (N = 28)	64 % (N = 28)	39 % (N = 27)	21 % (N = 27)	39 % (N = 28)
Guadeloupe	75 % (N = 4)	75 % (N = 4)	75 % (N = 4)	100 % (N = 4)	0 % (N = 4)	25 % (N = 4)	50 % (N = 4)
Hauts de France	66 % (N = 38)	63 % (N = 38)	63 % (N = 38)	84 % (N = 38)	49 % (N = 35)	30 % (N = 30)	55 % (N = 38)
Ile de France	76 % (N = 55)	78 % (N = 55)	78 % (N = 55)	76 % (N = 55)	43 % (N = 54)	42 % (N = 52)	53 % (N = 55)
Martinique	25 % (N = 4)	25 % (N = 4)	100 % (N = 4)	50 % (N = 4)	0 % (N = 4)	0 % (N = 4)	50 % (N = 4)
Normandie	36 % (N = 22)	77 % (N = 22)	59 % (N = 22)	73 % (N = 22)	60 % (N = 20)	53 % (N = 17)	45 % (N = 22)
Nouvelle Aquitaine	62 % (N = 42)	67 % (N = 42)	52 % (N = 42)	79 % (N = 42)	86 % (n = 37)	39 % (n = 31)	57 % (n = 42)
Occitanie	82 % (N = 3)	79 % (N = 3)	79 % (N = 3)	79 % (N = 3)	63 % (N = 27)	38 % (N = 27)	36 % (N = 28)
Océan Indien/Réunion	100 % (N = 28)	67 % (N = 28)	100 % (N = 28)	100 % (N = 28)	100 % (N = 2)	100 % (N = 2)	67 % (N = 3)
Provence Alpes Côte d'Azur	62 % (N = 26)	58 % (N = 26)	58 % (N = 26)	96 % (N = 26)	36 % (N = 25)	43 % (N = 23)	62 % (N = 26)
Pays de Loire	53 % (N = 19)	68 % (N = 19)	47 % (N = 19)	89 % (N = 19)	61 % (N = 18)	60 % (N = 15)	63 % (N = 19)

## **Annexe 4. Analyse détaillée par région des résultats des indicateurs**

- 4.1 Qualité en Auvergne Rhône Alpes
- 4.2 Qualité en Bourgogne Franche Comté
- 4.3 Qualité en Bretagne
- 4.4 Qualité en Centre val de Loire
- 4.5 Qualité en Corse
- 4.6 Qualité en Grand Est
- 4.7 Qualité en Guadeloupe
- 4.8 Qualité en Hauts de France
- 4.9 Qualité en Ile de France
- 4.10 Qualité en Martinique
- 4.11 Qualité en Normandie
- 4.12 Qualité en Nouvelle Aquitaine
- 4.13 Qualité en Occitanie
- 4.14 Qualité à la Réunion/Océan Indien
- 4.15 Qualité en Provence Alpes Côte d'Azur
- 4.16 Qualité en Pays de Loire

## 4.1 Qualité en Auvergne Rhône Alpes

Les résultats des indicateurs<sup>5</sup> mesurés Auvergne Rhône Alpes sont proches des résultats nationaux pour les indicateurs de prise en charge des complications médicales et le projet de vie, inférieurs aux résultats nationaux pour le retour à domicile ou la consultation post AVC (Fig. 4).

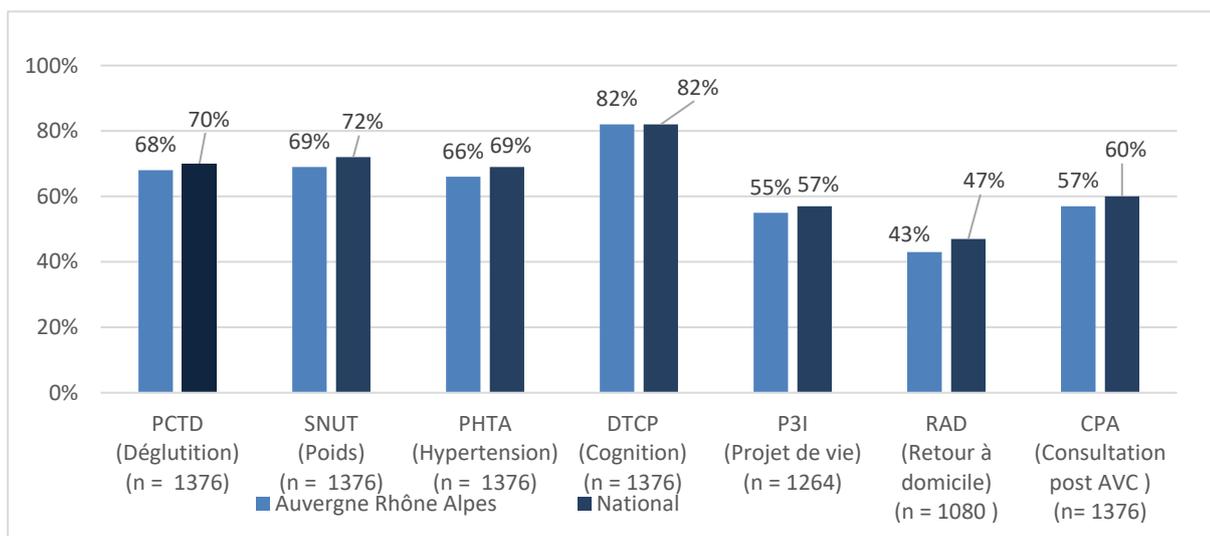


Figure 4. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs d’Auvergne Rhône Alpes en aux résultats nationaux

Le nombre d’établissements en Auvergne Rhône Alpes<sup>5</sup> ayant un niveau de qualité satisfaisant pour les 7 indicateurs est insuffisant. Pour les indicateurs Projet de vie et Consultation post AVC, un établissement sur 2 est classé A ou B. Pour l’indicateur Préparation du retour à domicile, un établissement sur 3 est classé A ou B. (Fig. 5).

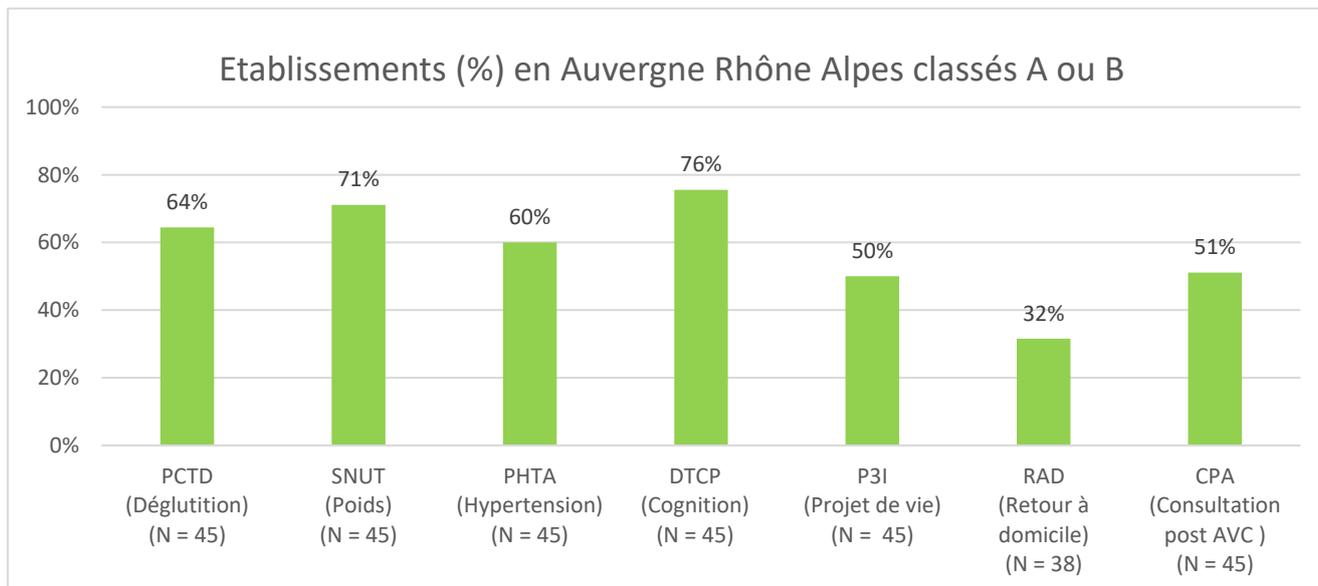


Figure 5. Établissements d’Auvergne Rhône Alpes (%) classés A ou B pour les 7 indicateurs

<sup>5</sup> Mesure effectuée sur 45 établissements d’Auvergne Rhône Alpes ayant au moins 10 séjours cibles en 2022 pour les indicateurs Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD) ou d’une hypertension artérielle (PHTA) ; le suivi pondéral et nutritionnel (SNUT), l’évaluation cognitive et comportementale (DTCP), et la consultation post AVC (CPA), et sur 44 établissements pour le projet de vie (P3I) et 38 pour la préparation du retour à domicile (RAD).

## 4.2 Qualité en Bourgogne Franche Comté

En Bourgogne Franche Comté<sup>6</sup>, les indicateurs sur le projet de vie (P3I), le retour à domicile et le suivi du poids (SNUT) sont comparables aux résultats nationaux. Pour les autres indicateurs, les résultats mesurés en Bourgogne Franche Comté sont inférieurs aux résultats nationaux (Fig. 6).

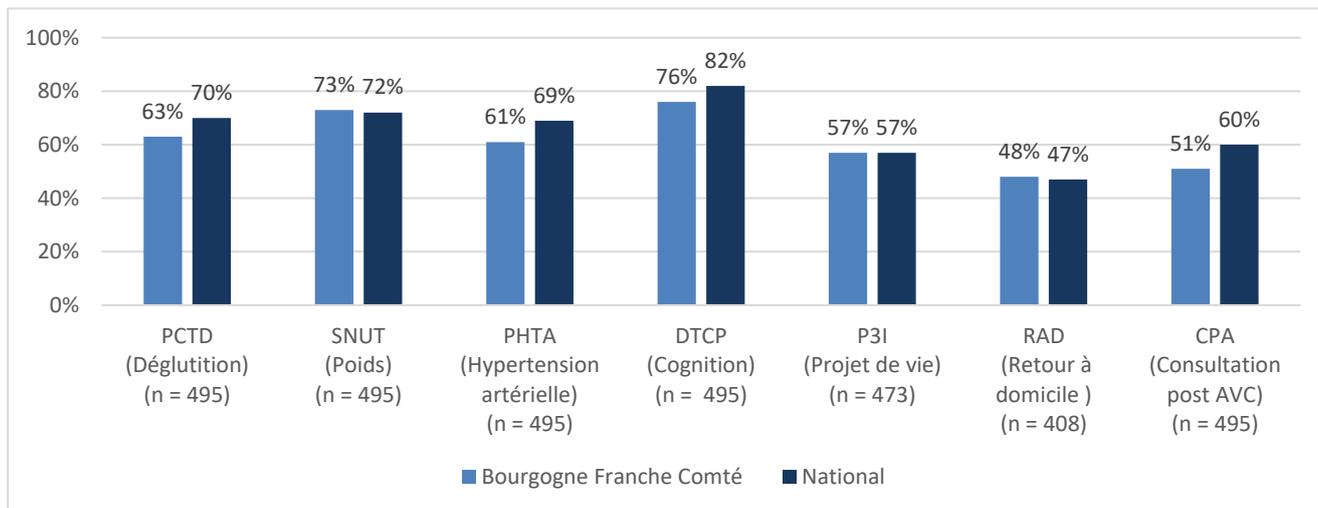


Figure 6. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Bourgogne Franche Comté aux résultats nationaux

En Bourgogne Franche Comté<sup>6</sup>, un établissement sur 2 est classé A ou B pour l'indicateur sur l'hypertension artérielle (PHTA) et moins d'un sur 2 pour l'indicateur déglutition (PCTD). Moins d'un établissement sur 2 est classé A ou B pour l'indicateur continuité des soins (CPA), et moins de 1 sur 2 pour les indicateurs de réinsertion (P3I, RAD). (Fig. 7).

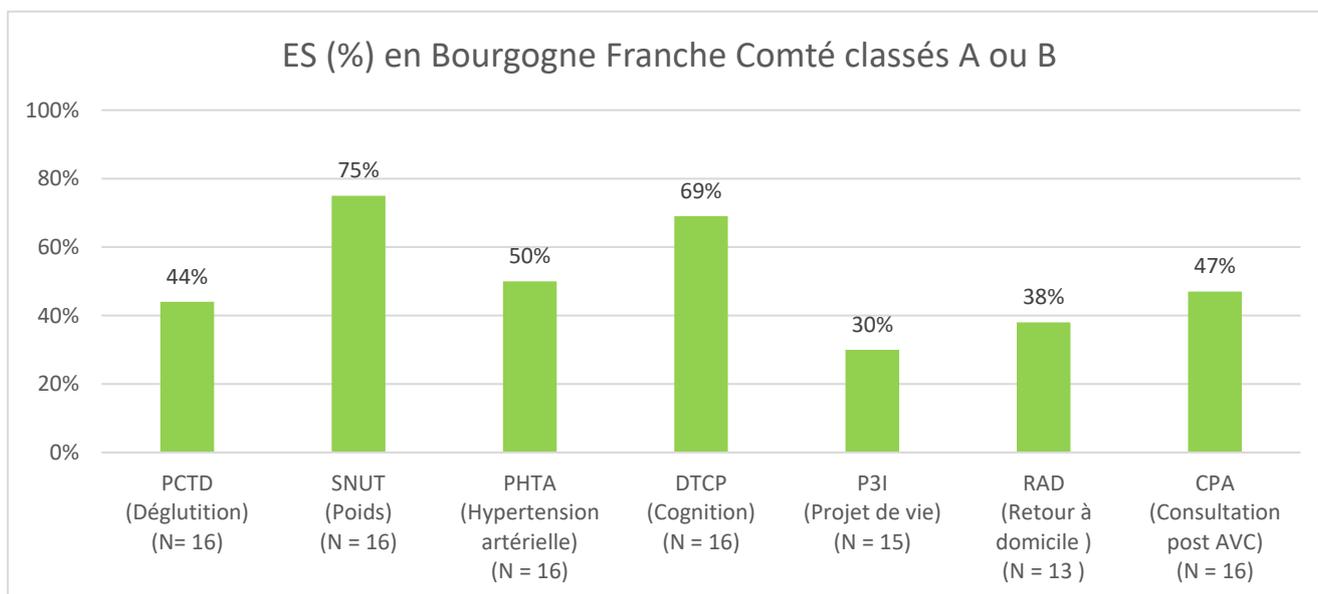


Figure 7. Établissements (%) de Bourgogne Franche Comté classés A ou B pour les 7 indicateurs

<sup>6</sup> Mesure effectuée sur 16 établissements ayant au moins 10 cibles en 2022 en Bourgogne Franche Comté pour les indicateurs Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD) ou d'une hypertension artérielle (PHTA) ; le suivi pondéral et nutritionnel (SNUT), l'évaluation cognitive et comportementale (DTCP), et la consultation post AVC (CPA), et sur 15 établissements pour le projet de vie (P3I) et 13 pour la préparation du retour à domicile (RAD).

### 4.3 Qualité en Bretagne

Les résultats des indicateurs<sup>7</sup> mesurés Bretagne sont inférieurs aux résultats nationaux pour tous les indicateurs sauf l'indicateur sur le retour à domicile (Fig. 8).

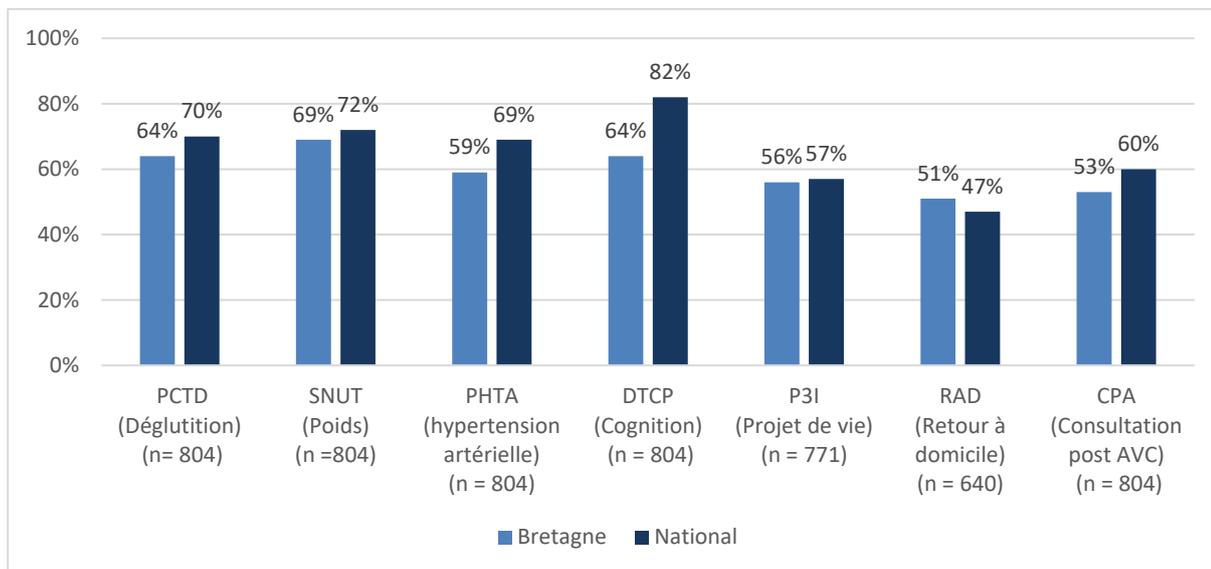


Figure 8. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Bretagne aux résultats nationaux

En Bretagne<sup>7</sup> plus de 2 établissements sur 3 sont classés A ou B pour les indicateurs déglutition (PCTD) et surveillance du poids (SNUT). Moins d'un établissement sur 2 est classé A ou B pour les indicateurs de réinsertion (P3I ou RAD) et pour la continuité des soins (CPA). Comparé au national, le niveau de qualité en Bretagne n'est pas satisfaisant pour les indicateurs sur la cognition et la continuité des soins (Fig. 9).

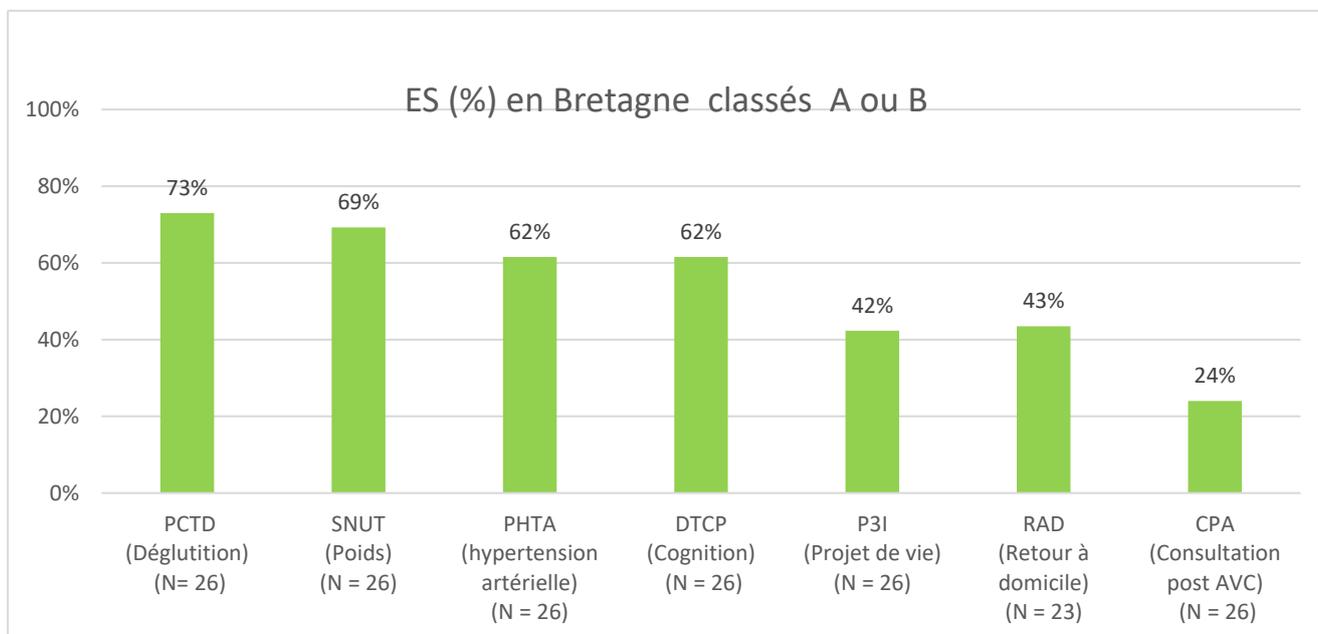


Figure 9. Établissements (%) de Bretagne classés A ou B pour les 7 indicateurs

<sup>7</sup> Mesure effectuée sur 26 établissements de Bretagne ayant au moins 10 cibles en 2022 pour les indicateurs Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD) ou d'une hypertension artérielle (PHTA) ; le suivi pondéral et nutritionnel (SNUT), l'évaluation cognitive et comportementale (DTCP), le projet de vie (P3I) la consultation post AVC (CPA), et 23 pour la préparation du retour à domicile (RAD).

## 4.4 Qualité en Centre Val de Loire

En Centre Val de Loire<sup>8</sup>, les résultats des indicateurs sont inférieurs aux résultats nationaux pour les 4 indicateurs de prise en charge des complications médicales, le projet de vie et la continuité des soins (CPA) (Fig. 10).

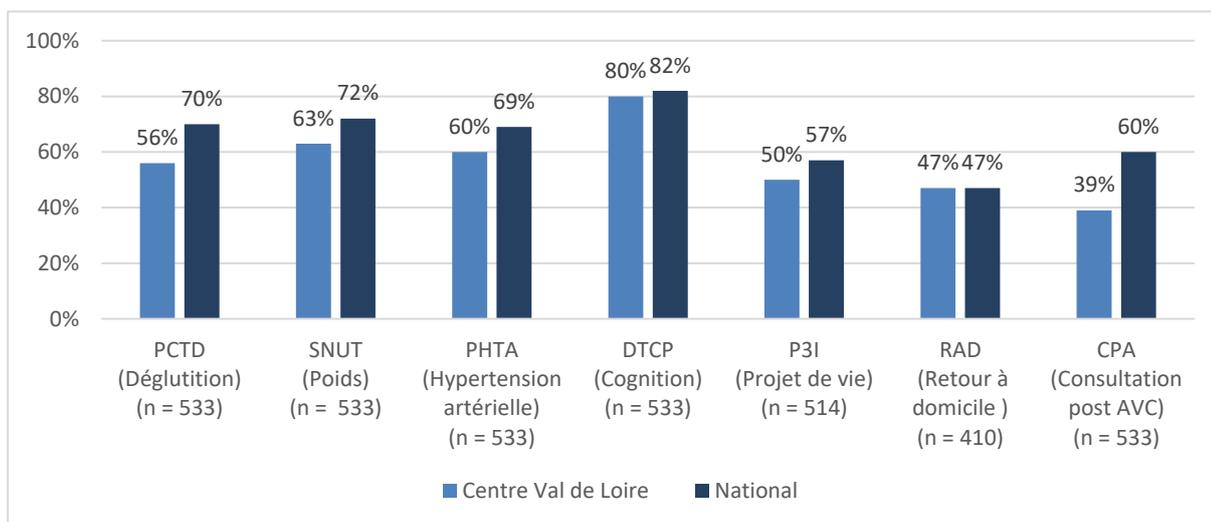


Figure 10. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Centre Val de Loire aux résultats nationaux

En Centre Val de Loire<sup>8</sup>, 9 établissements sur 10 sont classés A ou B pour l'indicateur sur la cognition (DTCP) et 7 sur 10 pour la prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD). Moins d'un sur 2 sont classés A ou B pour l'indicateur sur l'hypertension artérielle, les indicateurs de réinsertion (P3I et RAD) ou celui sur la continuité des soins (CPA). Comparé au national, le niveau de qualité en Centre Val de Loire n'est pas satisfaisant pour les indicateurs sur la cognition et la continuité des soins (Fig. 11).

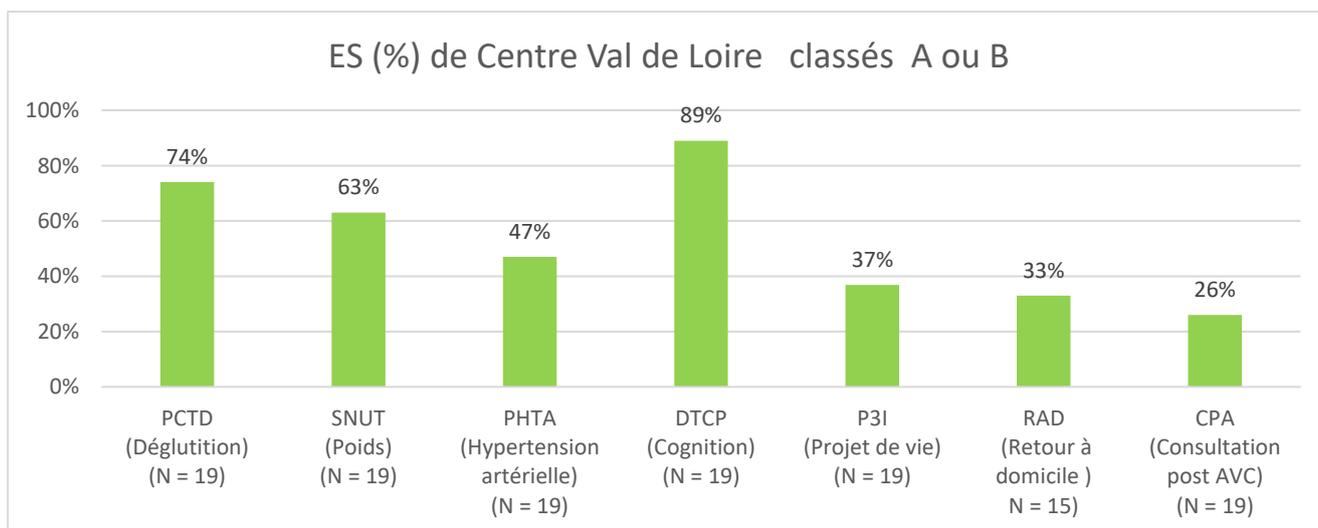


Figure 11. Établissements (%) de Centre Val de Loire classés A ou B pour les 7 indicateurs

<sup>8</sup> Mesure effectuée sur 19 établissements ayant au moins 10 cibles en 2022 en Centre Val de Loire pour les indicateurs Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD) ou d'une hypertension artérielle (PHTA) ; le suivi pondéral et nutritionnel (SNUT), l'évaluation cognitive et comportementale (DTCP), le projet de vie (P3I) la consultation post AVC (CPA), et 15 pour la préparation du retour à domicile (RAD).

## 4.5 Qualité en Corse

En Corse<sup>9</sup>, les résultats des indicateurs sont inférieurs aux résultats nationaux sauf pour les indicateurs sur le suivi pondéral et nutritionnel (SNUT) et la prise en charge d'une hypertension artérielle (PHTA) (Fig. 12).

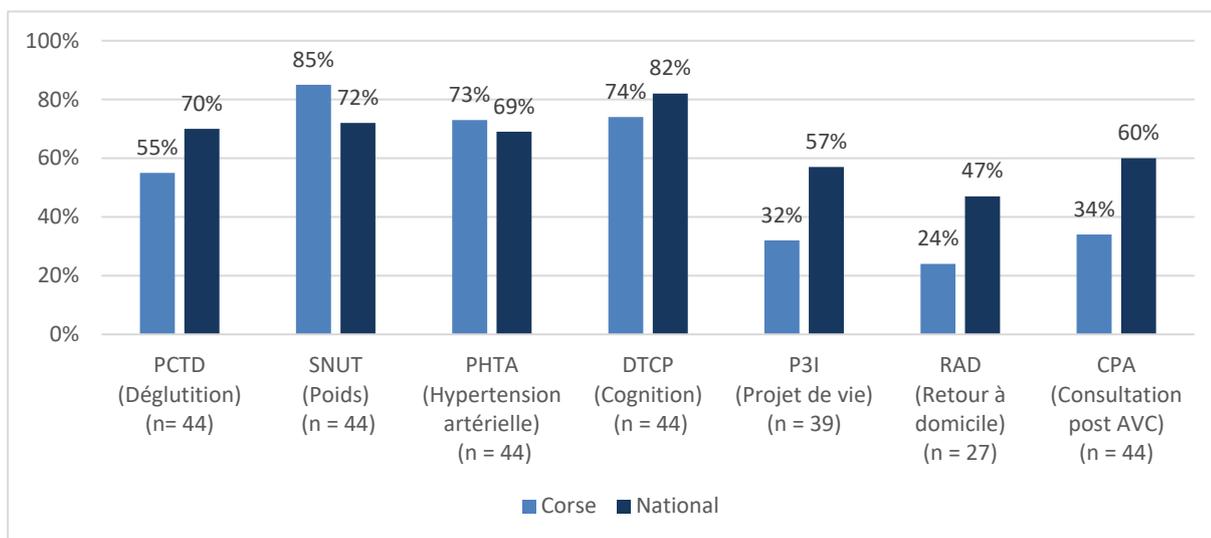


Figure 12. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Corse aux résultats nationaux

En Corse<sup>9</sup>, à l'exception de l'indicateur sur le suivi du poids (SNUT) et l'hypertension artérielle (PHTA), seul un établissement sur 3 est classé A ou B pour les 5 autres indicateurs (Fig. 13). Comparé au national, le niveau de qualité en Corse n'est pas satisfaisant pour les indicateurs sur la déglutition, la cognition, le projet de vie et la continuité des soins.

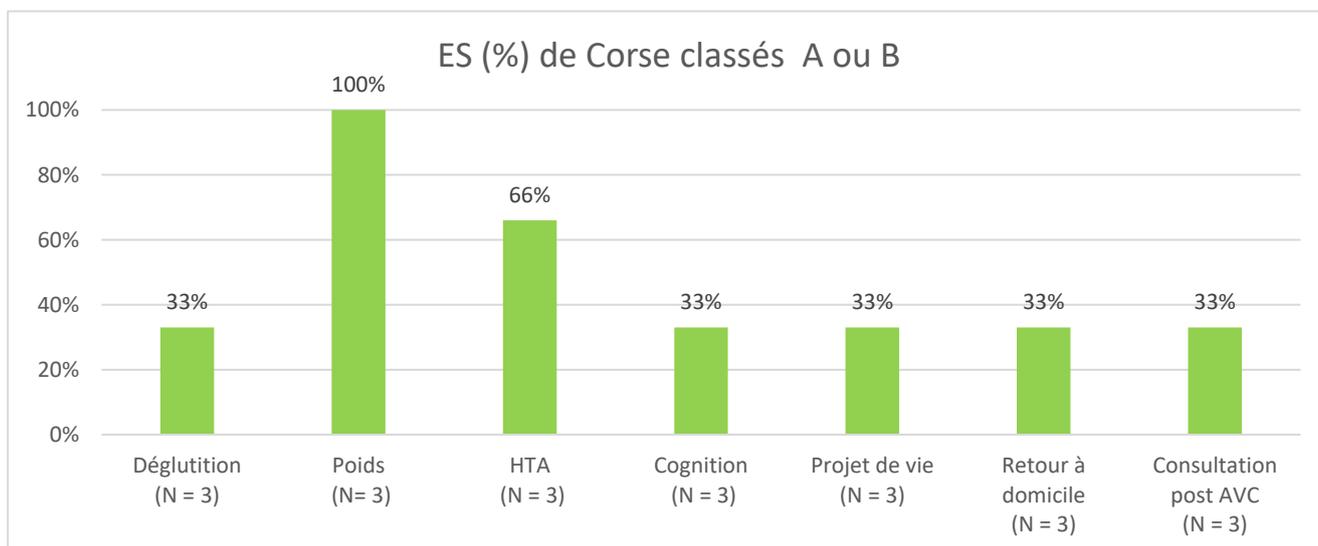


Figure 13. Établissements (%) en Corse classés A ou B pour les 7 indicateurs

<sup>9</sup> Mesure effectuée sur 3 établissements ayant au moins 10 cibles en 2022 en Corse pour les tous indicateurs : Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD) ou d'une hypertension artérielle (PHTA) ; le suivi pondéral et nutritionnel (SNUT), l'évaluation cognitive et comportementale (DTCP), le projet de vie (P3I) la consultation post AVC (CPA), et pour la préparation du retour à domicile (RAD).

## 4.6 Qualité en Grand Est

Les résultats des indicateurs<sup>10</sup> mesurés en Grand Est sont inférieurs aux résultats nationaux pour les 7 indicateurs (Fig. 14).

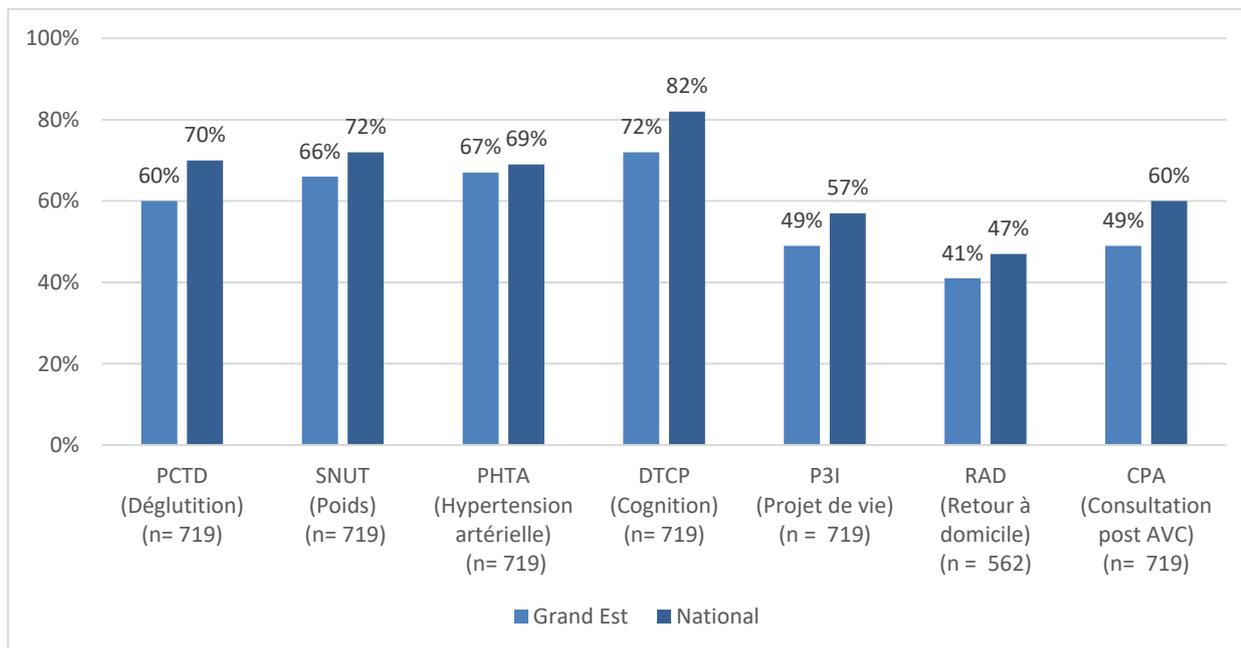


Figure 14. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Grand Est aux résultats nationaux

En région Grand Est<sup>10</sup>, moins de 2 établissements sur 3 sont classés A ou B pour les indicateurs sur le poids (SNUT), l'hypertension artérielle (PHTA) ou la cognition (DTCP) ; un sur 2 pour l'indicateur sur la déglutition. Seul un établissement sur 3 est classé A ou B pour les indicateurs sur le projet de vie (P3I) et la consultation post AVC (CPA) et un sur 5 pour la préparation du retour à domicile (Fig. 15). Comparé au national, le niveau de qualité en Grand Est n'est pas satisfaisant pour tous les indicateurs sauf pour l'indicateur sur l'hypertension.

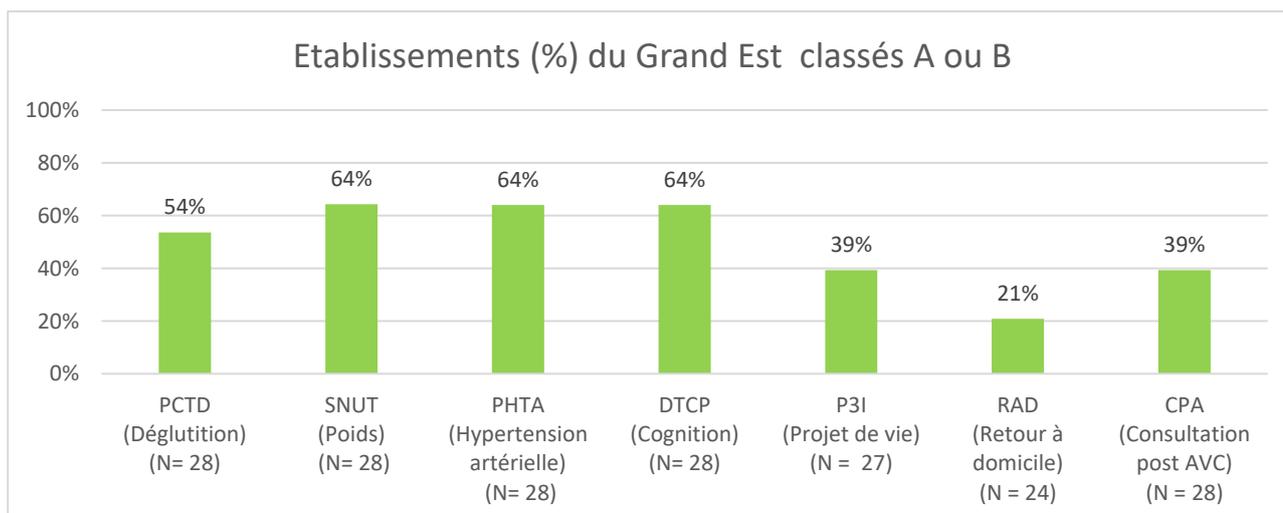


Figure 15. Établissements (%) de Grand Est classés A ou B pour les 7 indicateurs

<sup>10</sup> Mesure effectuée sur 28 établissements ayant au moins 10 cibles en 2022 en Grand Est pour les indicateurs Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD) ou d'une hypertension artérielle (PHTA) ; le suivi pondéral et nutritionnel (SNUT), l'évaluation cognitive et comportementale (DTCP) ; 27 pour le projet de vie et 24 pour la préparation du retour à domicile.

## 4.7 Qualité en Guadeloupe

En Guadeloupe<sup>11</sup>, les résultats des indicateurs sont supérieurs aux résultats nationaux sauf pour le suivi pondéral (SNUT), le projet de vie (P3i) et, la préparation du retour à domicile (RAD) (Fig. 16).

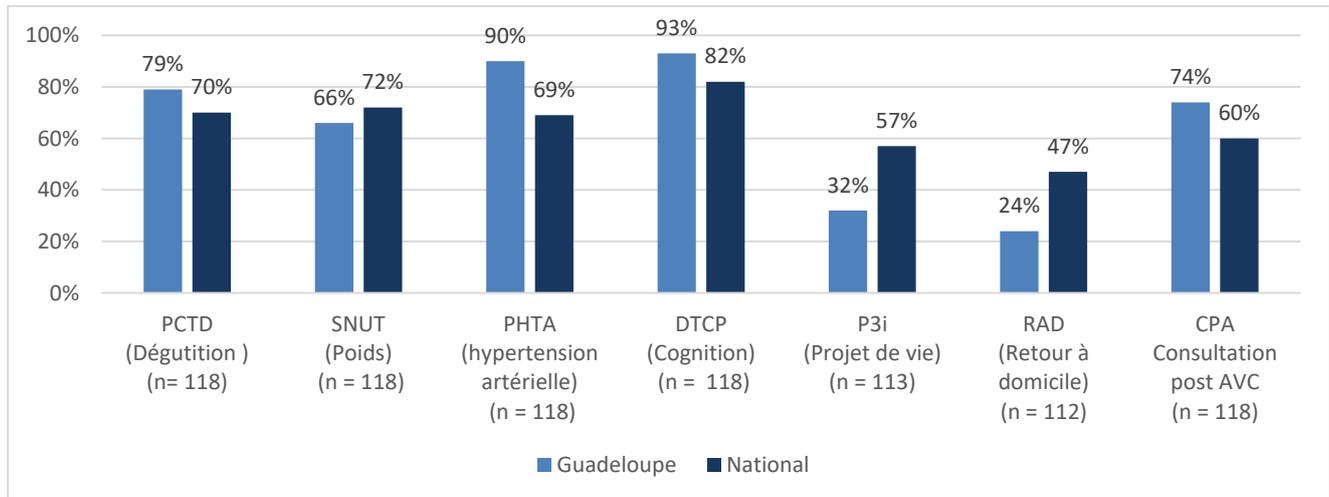


Figure 16. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Guadeloupe aux résultats nationaux

En Guadeloupe<sup>11</sup> tous les établissements sont classés A ou B pour l'indicateur cognition, et 3 établissements sur 4 pour les autres indicateurs de prise en charge des complications médicales (PCTD, SNUT et PHTA). Aucun établissement n'est classé A ou B pour l'indicateur projet de vie (P3i), 1 sur 3 pour la préparation du retour à domicile (RAD) et un sur 2 pour la continuité des soins (CPA). Le niveau de qualité atteint en Guadeloupe est supérieur à celui observé au niveau national pour les 4 indicateurs de prise en charge des complications médicales, le niveau atteint pour les indicateurs de réinsertion est insuffisant (Fig. 17).

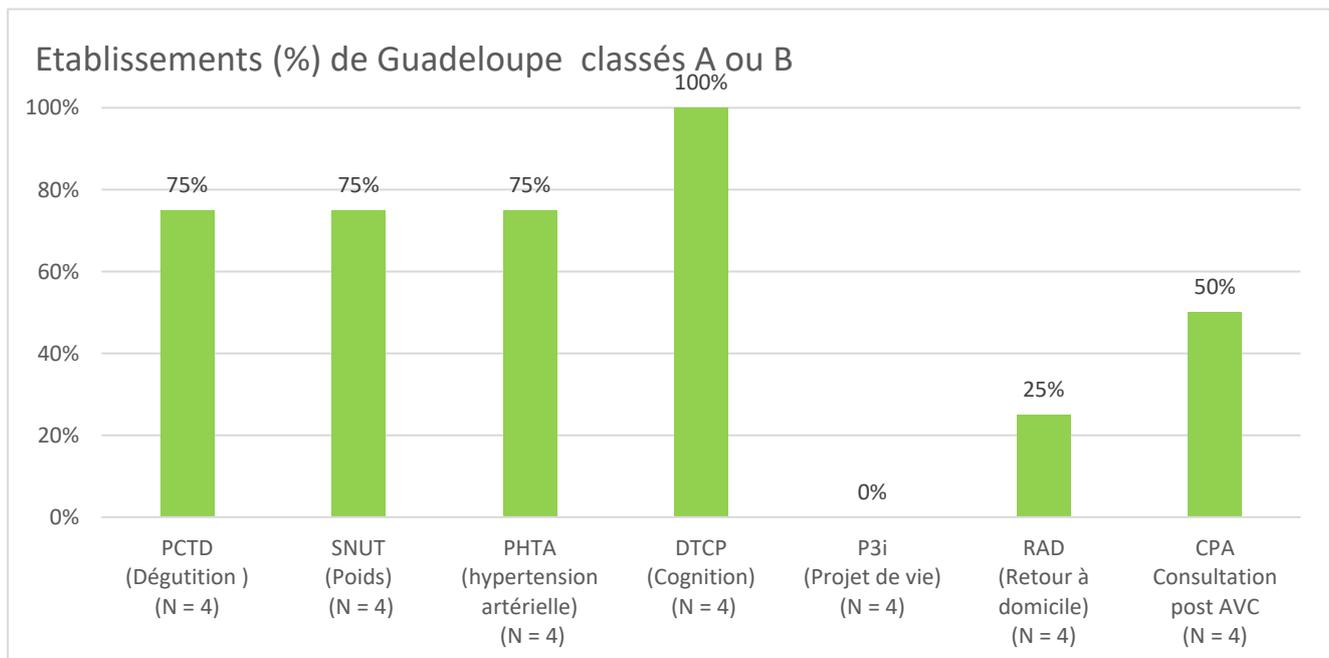
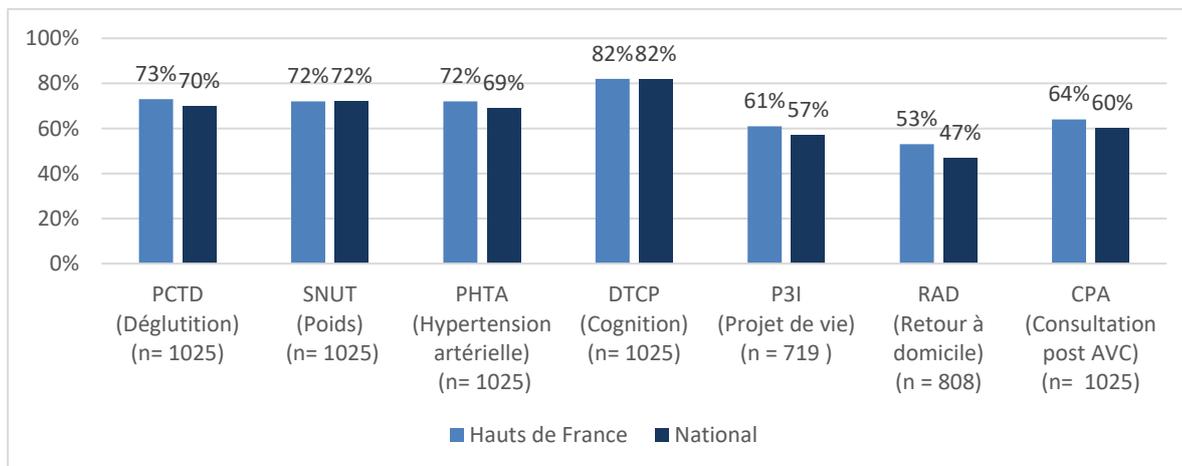


Figure 17. Établissements (%) en classés A ou B pour les 7 indicateurs

<sup>11</sup> Mesure effectuée sur 4 établissements ayant au moins 10 cibles en 2022 en Guadeloupe pour tous les indicateurs.

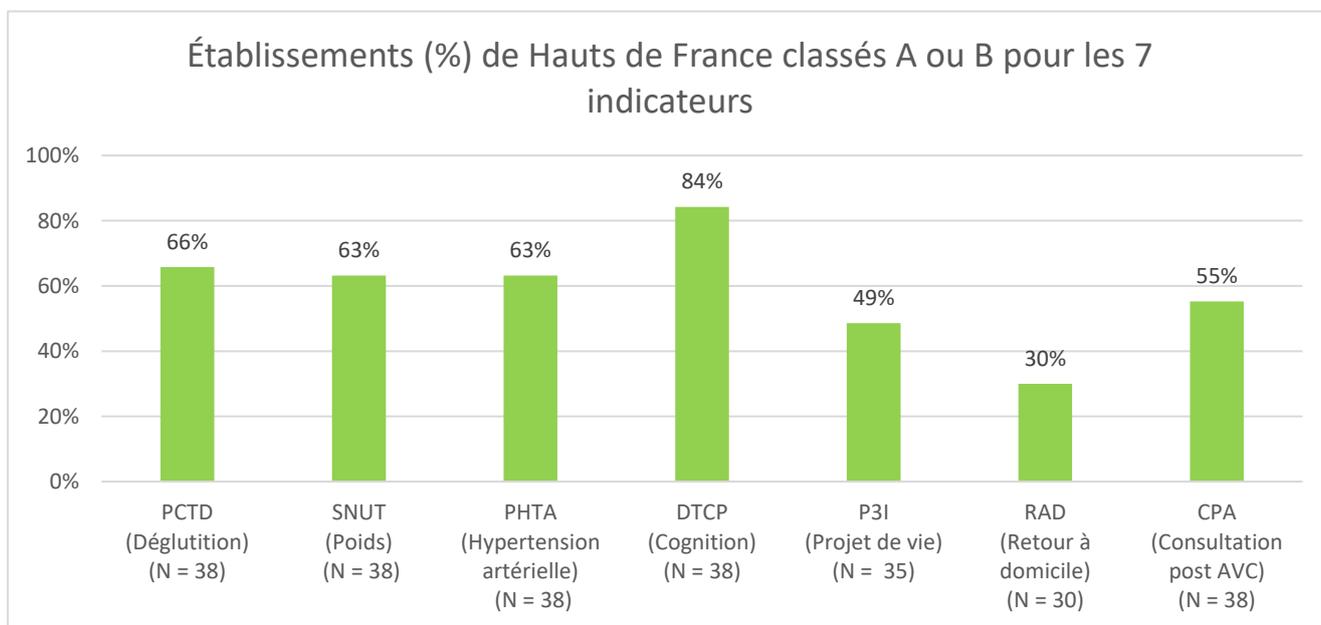
## 4.8 Qualité en Hauts de France

Les résultats des indicateurs<sup>12</sup> mesurés en Hauts de France sont supérieurs ou égaux aux résultats nationaux pour les indicateurs (Fig. 18).



**Figure 18. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs des Hauts de France aux résultats nationaux**

En Hauts de France<sup>12</sup>, 8 établissements sur 10 sont classés A ou B pour l'indicateur cognition (DTCP) 6 sur 10 pour les autres indicateurs de prise en charge médiale (PCTD, SNUT, PHTA). Un établissement sur 2 est classé A ou B pour l'indicateur projet de vie (P3I) et l'indicateur sur la continuité des soins (CPA) et un établissement sur 3 pour l'indicateur retour à domicile (RAD). Le niveau de qualité atteint dans les Hauts de France est comparable à celui du national pour tous les indicateurs sauf l'indicateur sur le poids (Fig. 19).



**Figure 19. Établissements (%) de Hauts de France classés A ou B pour les 7 indicateurs**

<sup>12</sup> Mesure effectuée sur 38 établissements de Hauts de France ayant au moins 10 cibles en 2022 pour les indicateurs Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD) ou d'une hypertension artérielle (PHTA) ; le suivi pondéral et nutritionnel (SNUT), l'évaluation cognitive et comportementale (DTCP), PCTD, SNUT, DTCP, et CPA ; 35 pour le projet de vie et 30 pour la préparation du retour à domicile (RAD).

## 4.9 Qualité en Ile de France

Les résultats des indicateurs<sup>13</sup> de prise en charge médicale et celui de la consultation post AVC mesurés en Ile de France sont supérieurs aux résultats nationaux (Fig. 20).

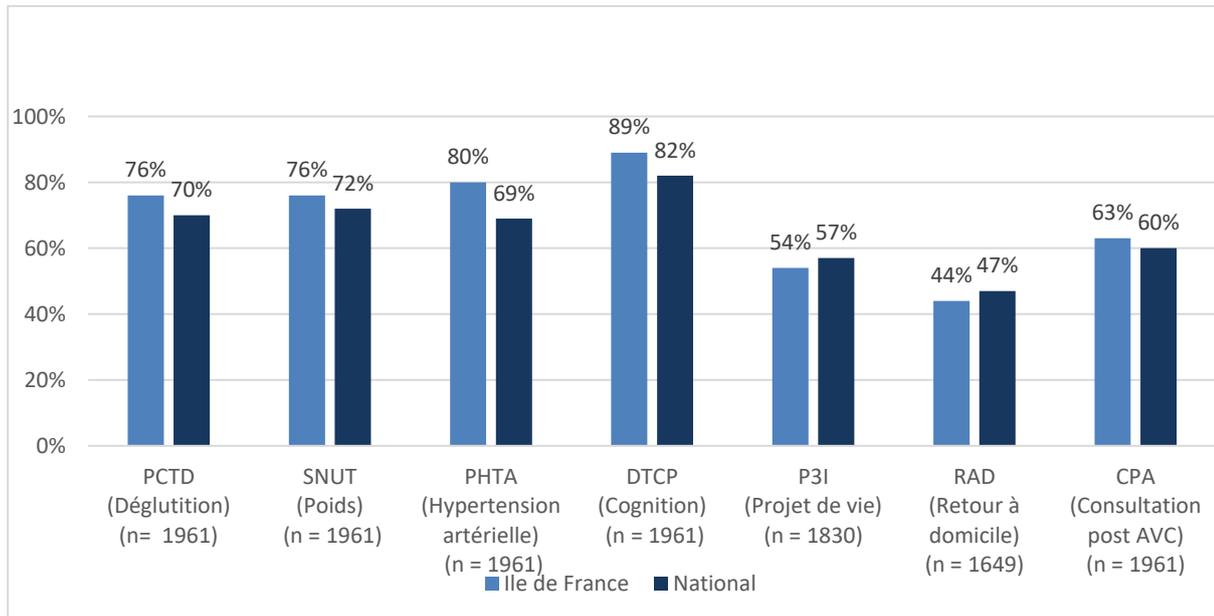


Figure 20. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de l'Ile de France comparés aux résultats nationaux

En l'Ile de France<sup>13</sup>, 3 établissements sur 4 sont classés A ou B pour les indicateurs de prise en charge des complications médicales. Un établissement sur 2 est classé A ou B pour l'indicateur sur la continuité des soins (CPA) et moins d'un établissement sur 2 est classé A ou B pour les indicateurs sur le projet de vie (P3I) et l'indicateur sur la préparation du retour à domicile (RAD) (Fig. 21). Le niveau de qualité atteint en Ile de France est supérieur au national pour les indicateurs de prise en charge des complications médicales sauf celui sur la cognition, la continuité des soins. Le niveau de qualité pour les indicateurs de réinsertion est insuffisant.

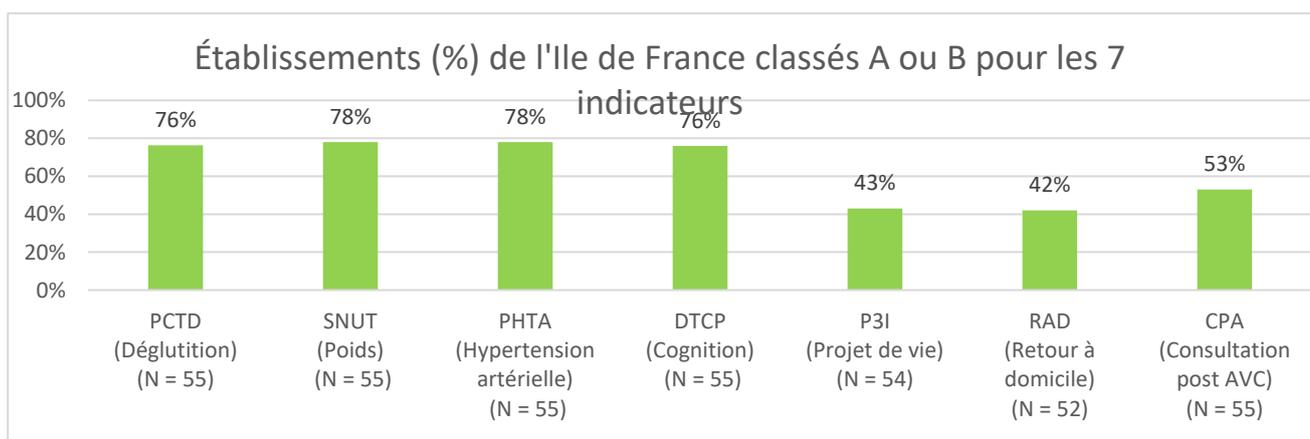


Figure 21. Établissements (%) de l'Ile de France classés A ou B pour les 7 indicateurs

<sup>13</sup> Mesure effectuée sur 55 établissements de l'Ile de France ayant au moins 10 cibles en 2022 pour les indicateurs Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD) ou d'une hypertension artérielle (PHTA) ; le suivi pondéral et nutritionnel (SNUT), l'évaluation cognitive et comportementale (DTCP) ; 54 pour le projet de vie (P3I), et 52 pour la préparation du retour à domicile (RAD).

## 4.10 Qualité en Martinique

En Martinique<sup>14</sup>, à l'exception des indicateurs de la prise en charge d'une hypertension artérielle (PHTA), et de la consultation post AVC (CPA), les résultats des indicateurs sont inférieurs aux résultats nationaux (Fig. 22).

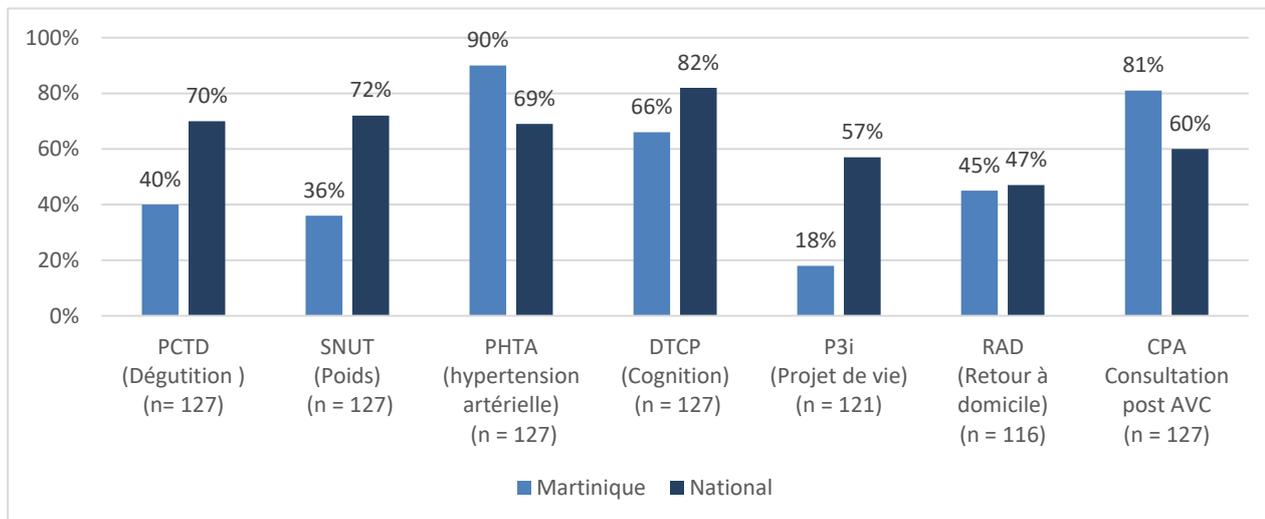


Figure 22. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Martinique aux résultats nationaux

En Martinique<sup>14</sup>, tous les établissements sont classés A ou B pour la prise en charge d'une hypertension artérielle (PHTA). Un établissement sur 4 seulement est classé A ou B pour la prise en charge médicale de la déglutition (PCTD), ou le suivi du poids (SNUT) ; un sur 2 pour l'évaluation cognitive et comportementale (DTCP). Aucun établissement n'est classé A ou B pour les indicateurs sur le projet de vie (P3i) ou sur la préparation du retour à domicile (RAD) (Fig. 23). Le niveau de qualité atteint en Martinique pour les indicateurs sur l'hypertension artérielle ou la consultation post AVC est satisfaisant ; il est insuffisant, très inférieur à celui observé au niveau national pour les autres indicateurs.

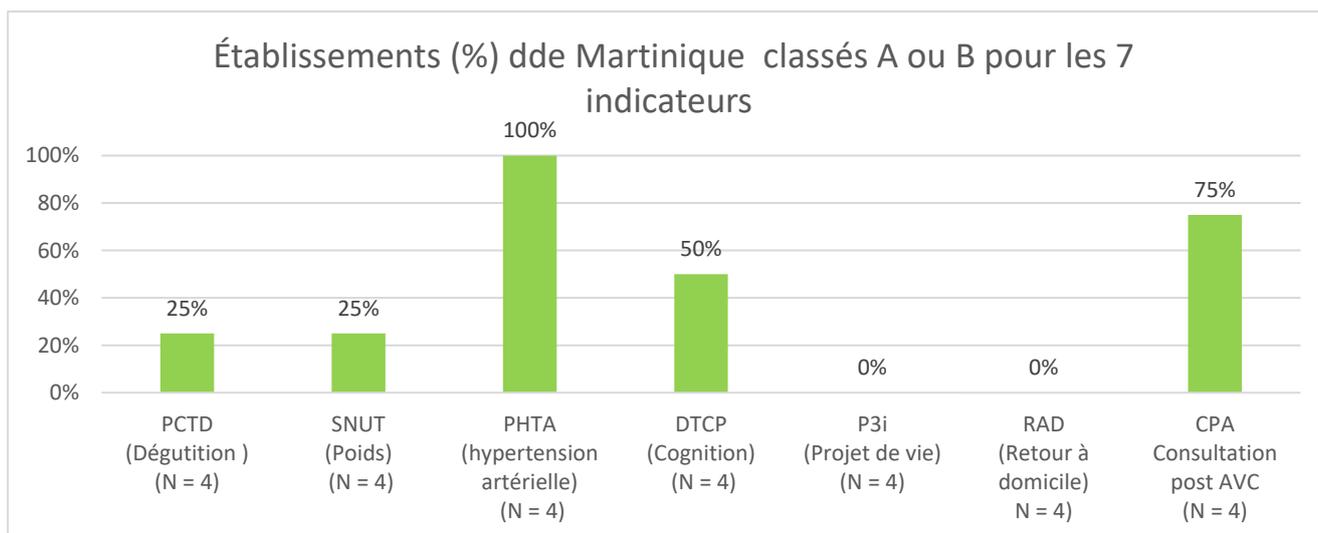


Figure 23. Établissements (%) de Martinique classés A ou B pour les 7 indicateurs

<sup>14</sup> Mesure effectuée sur 4 établissements de Martinique ayant au moins 10 cibles en 2022 pour tous les indicateurs.

## 4.11 Qualité en Normandie

Les résultats des 7 indicateurs de Normandie<sup>15</sup> sont supérieurs aux résultats nationaux (Fig. 24).

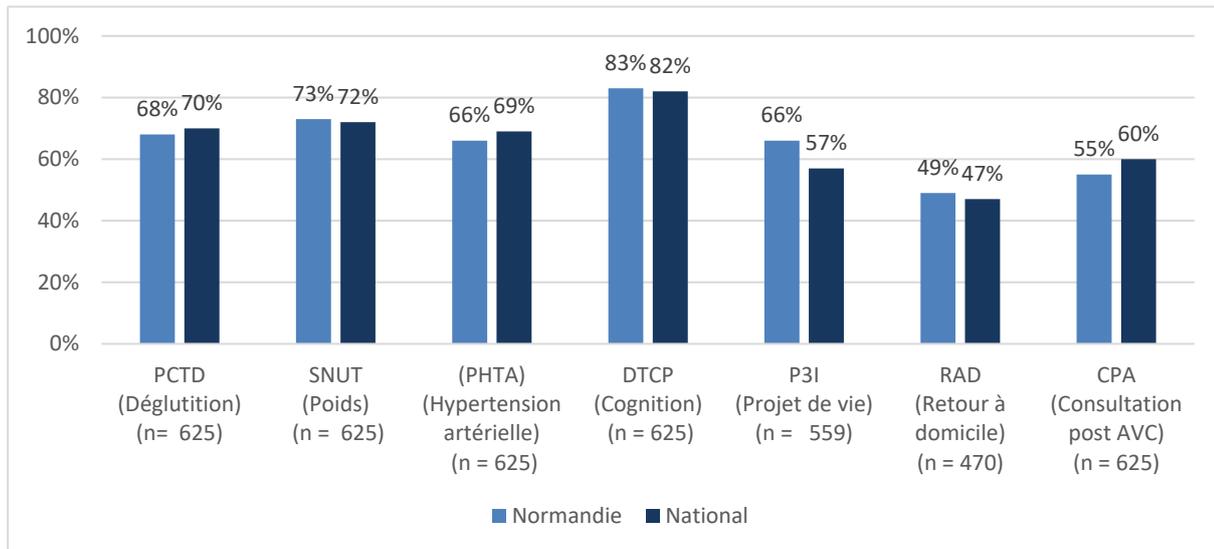


Figure 24. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Normandie aux résultats nationaux

En Normandie<sup>15</sup>, plus de 7 établissements sur 10 sont classés A ou B pour les indicateurs sur la prise en charge des troubles de la déglutition (PTCD) ou l'évaluation des fonctions cognitives et comportementales (DTCP). Six établissements sur 10 sont classés A ou B pour l'indicateur sur le projet de vie (P3I) et moins de 1 sur 2 pour la consultation post AVC (Fig. 25). A l'exception de l'indicateur sur le poids et les indicateurs de réinsertion (RAD et P3i), le niveau de qualité atteint en Normandie est inférieur à celui observé au niveau national.

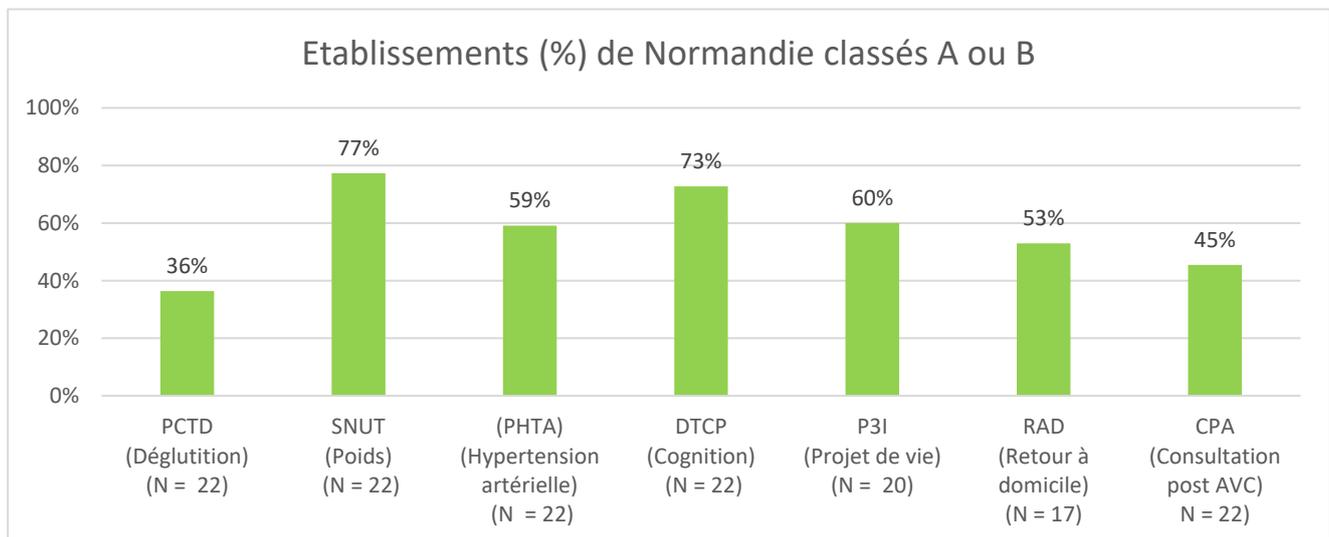


Figure 25. Établissements (%) de Normandie classés A ou B pour les 7 indicateurs

<sup>15</sup> Mesure effectuée sur 22 établissements ayant au moins 10 cibles en 2022 de Normandie pour les indicateurs Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD) ou d'une hypertension artérielle (PHTA) ; le suivi pondéral et nutritionnel (SNUT), l'évaluation cognitive et comportementale (DTCP); 20 pour le projet de vie (P3I), et 17 pour la préparation du retour à domicile (RAD).

## 4.12 Qualité en Nouvelle Aquitaine

En Nouvelle Aquitaine<sup>16</sup>, les indicateurs de réinsertion et de continuité des soins sont supérieurs aux résultats nationaux, les indicateurs sur la prise en charge des troubles de la déglutition ou d'une hypertension artérielle inférieurs (Fig. 26).

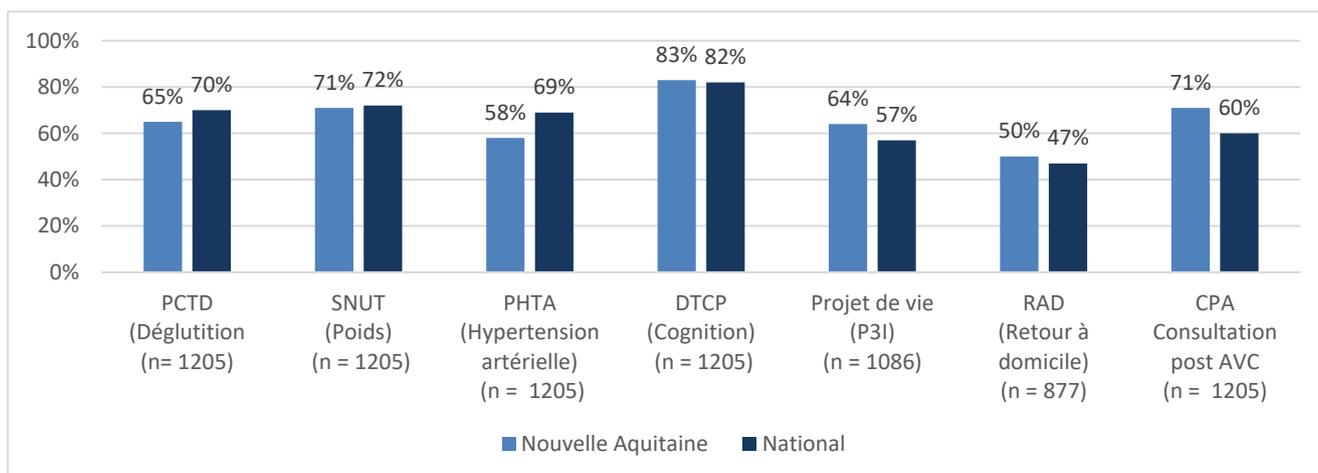


Figure 26. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Nouvelle Aquitaine aux résultats nationaux

En Nouvelle Aquitaine<sup>16</sup>, plus de 8 établissements sur 10 sont classés A ou B pour l'indicateur sur le projet de vie (P3I) ; 8 sur 10 pour l'indicateur sur la cognition (DTCP) et 6 sur 10 seulement pour l'indicateur sur la déglutition (PCTD). Plus de la moitié des établissements sont classés A ou B pour l'indicateur sur la prise en charge de l'hypertension artérielle (PHTA) et l'indicateur sur la continuité des soins (CPA) et plus d'un établissement sur 3 pour l'indicateur sur la préparation du retour à domicile (RAD) (Fig. 27). Le niveau de qualité atteint en Nouvelle Aquitaine est supérieur à celui observé au national pour les indicateurs de réinsertion ou la continuité des soins. A l'inverse, pour les indicateurs de prise en charge des complications médicales, le niveau de qualité atteint n'est pas suffisant sauf pour la cognition.

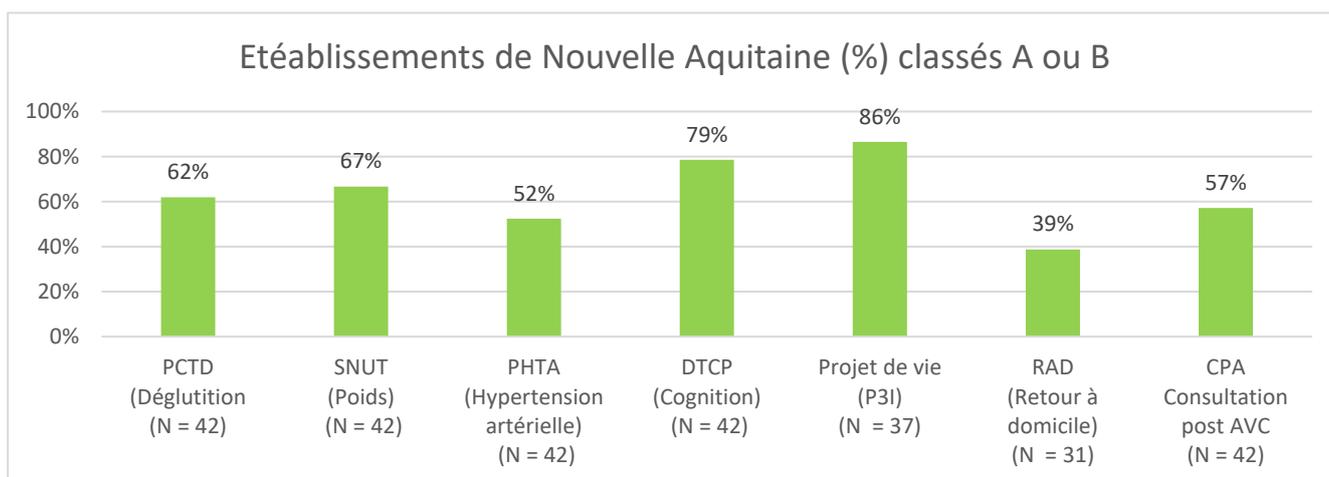


Figure 27. Établissements (%) de Nouvelle Aquitaine classés A ou B pour les 7 indicateurs

<sup>16</sup> Mesure effectuée sur 42 établissements ayant au moins 10 cibles en 2022 de Nouvelle Aquitaine pour les indicateurs Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD) ou d'une hypertension artérielle (PHTA) ; le suivi pondéral et nutritionnel (SNUT), l'évaluation cognitive et comportementale (DTCP) ; 37 pour le projet de vie (P3I), et 31 pour la préparation du retour à domicile (RAD).

## 4.13 Qualité en Occitanie

Les résultats des 7 indicateurs d'Occitanie<sup>17</sup> sont supérieurs aux résultats nationaux pour les 7 indicateurs (Fig. 28).

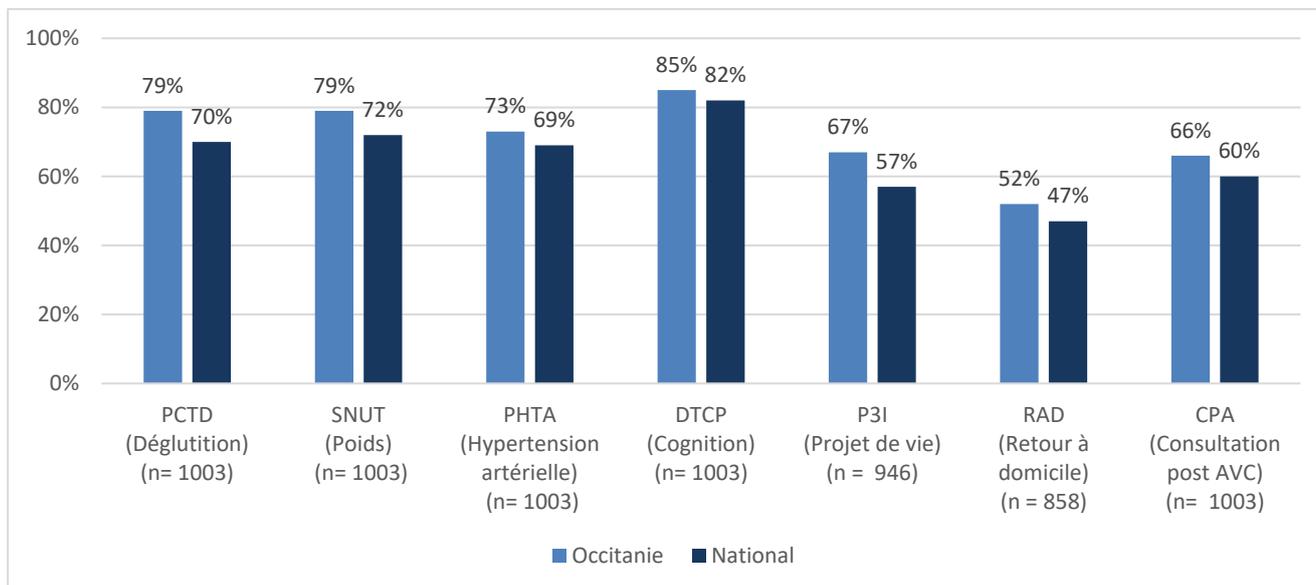


Figure 28. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs d'Occitanie aux résultats nationaux

En Occitanie<sup>17</sup>, 8 établissements sur 10 sont classés A ou B pour les 4 indicateurs de prise en charge des complications médicales (PCTD, SNUT, PHTA, DTCP). Plus de 6 établissements sur 10 sont classés A ou B pour l'indicateur sur le projet de vie (P3I) et plus de 1 établissement sur 3 pour les indicateurs sur la préparation du retour à domicile (RAD) ou la continuité des soins (CPA) (Fig. 29). Le niveau de qualité atteint en Occitanie est comparable à celui observé au national pour tous les indicateurs.

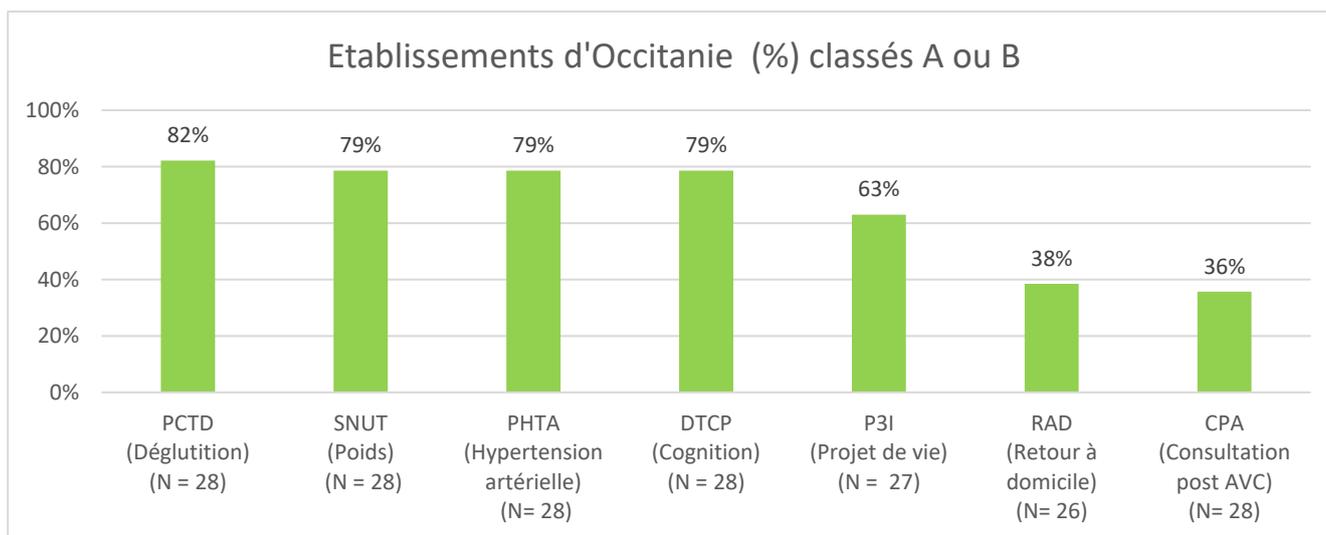


Figure 29. Établissements (%) d'Occitanie classés A ou B pour les 7 indicateurs

<sup>17</sup> Mesure effectuée sur 28 établissements ayant au moins 10 cibles en 2022 d'Occitanie pour les indicateurs Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD) ou d'une hypertension artérielle (PHTA) ; le suivi pondéral et nutritionnel (SNUT), l'évaluation cognitive et comportementale (DTCP); 27 pour le projet de vie (P3I), et 26 pour la préparation du retour à domicile (RAD).

## 4.14 Qualité à la Réunion/Océan Indien

A la Réunion<sup>18</sup>, les résultats de tous les indicateurs sont supérieurs aux résultats nationaux pour tous les indicateurs (Fig. 30).

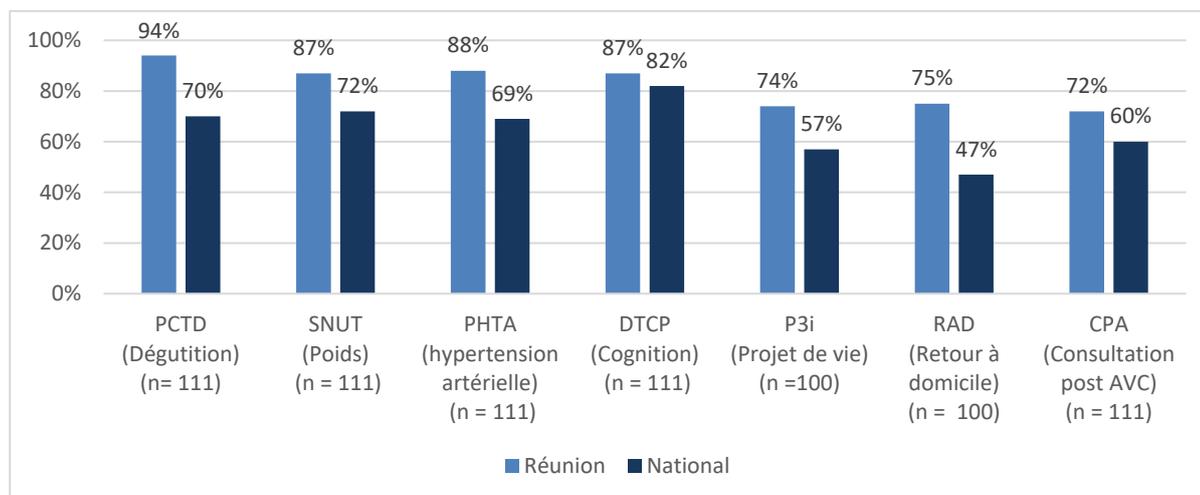


Figure 30. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de la Réunion comparés aux résultats nationaux

A la Réunion<sup>18</sup>, tous les établissements sont classés A ou B pour les indicateurs de prise en charge de la déglutition (PCTD), de l'hypertension artérielle (PHTA), l'évaluation de la cognition (DTCP), l'élaboration du projet de vie (P3i), la préparation du retour à domicile (RAD). Plus de 6 établissements sur 10 sont classés A ou B pour l'indicateur sur le suivi du poids (SNUT) ou la continuité des soins (CPA) (Fig. 31). Le niveau de qualité atteint par les établissements de la Réunion est très supérieur à celui observé au national pour tous les indicateurs, excepté pour l'indicateur sur le poids.

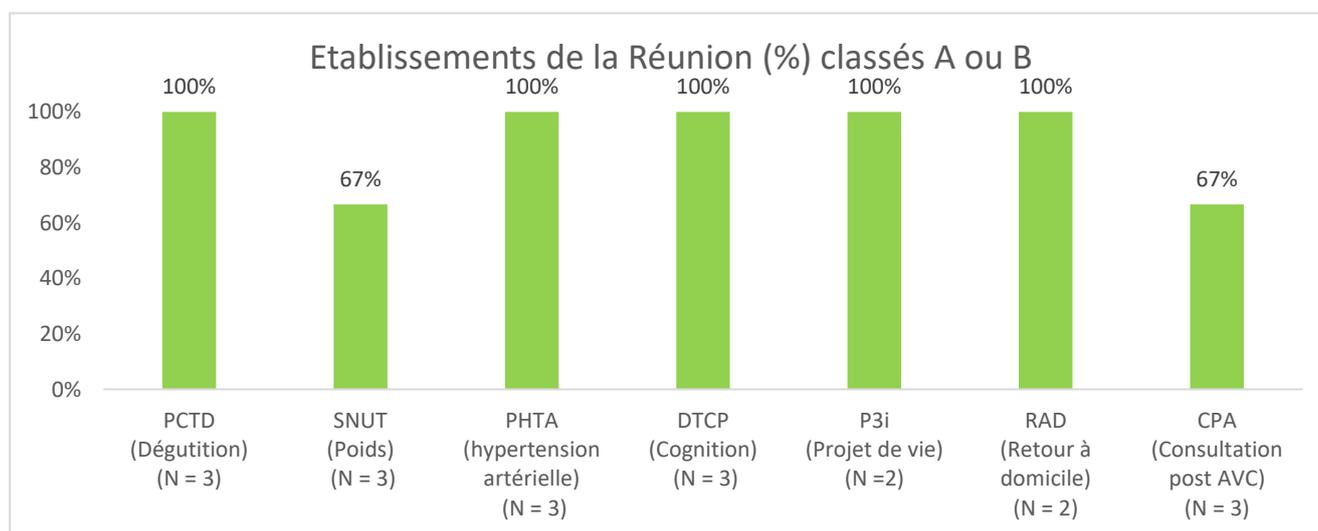


Figure 31. Établissements (%) à la Réunion classés A ou B pour les 7 indicateurs

<sup>18</sup>. Mesure effectuée sur 3 établissements pour tous les indicateurs sauf RAD (2 établissements).

## 4.15 Qualité en Provence Alpes Côte d'Azur

En Provence Alpes Côte d'Azur<sup>19</sup> les résultats des indicateurs de prise en charge des complications médicales<sup>20</sup> sont supérieurs aux résultats nationaux, sauf pour le poids ; les indicateurs de réinsertion inférieurs aux résultats nationaux (Fig. 32).

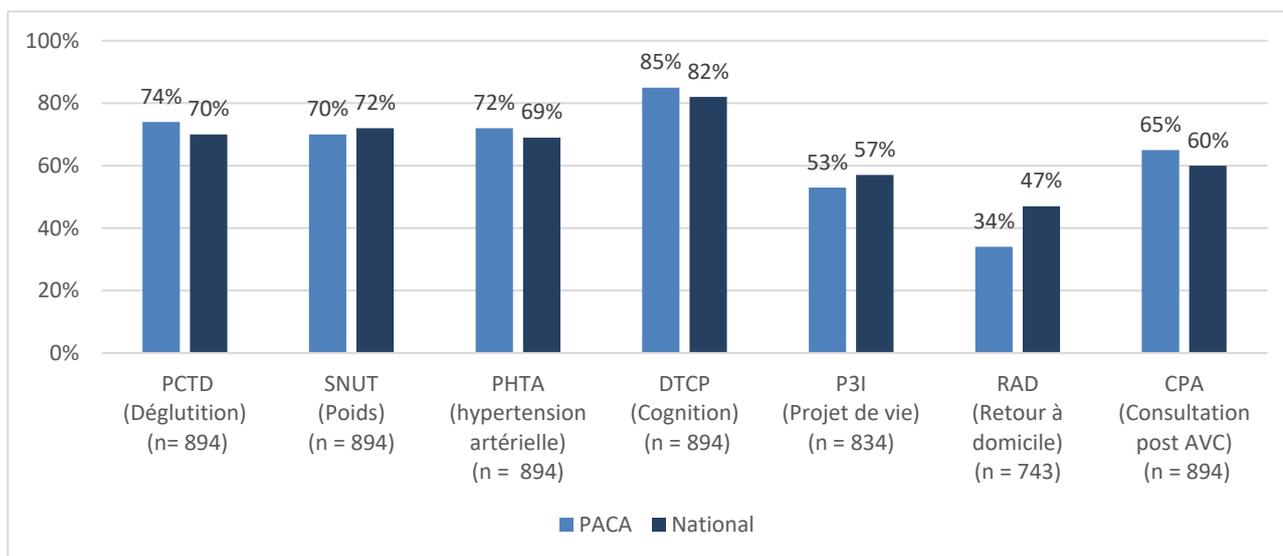


Figure 32. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs mesurés en Provence Alpes Côte d'Azur comparés aux taux nationaux

En Provence Alpes Côte d'Azur<sup>19</sup>, plus de 9 établissements sur 10 sont classés A ou B pour l'indicateur sur la cognition (DTCP), et près de 6 sur 10 pour les indicateurs sur la déglutition (PCTD), sur l'hypertension artérielle (PHTA) ou le suivi du poids (SNUT). Un établissement sur 6 est classé A ou B pour l'indicateur sur la continuité des soins (CPA) et un peu plus d'un sur 3 pour les indicateurs sur le projet de vie (P3I) et la préparation du retour à domicile (RAD) (Fig. 33). A l'exception des indicateurs sur la cognition et la continuité des soins, le niveau de qualité atteint en Provence Alpes de Côte d'Azur est inférieur à celui observé au national.

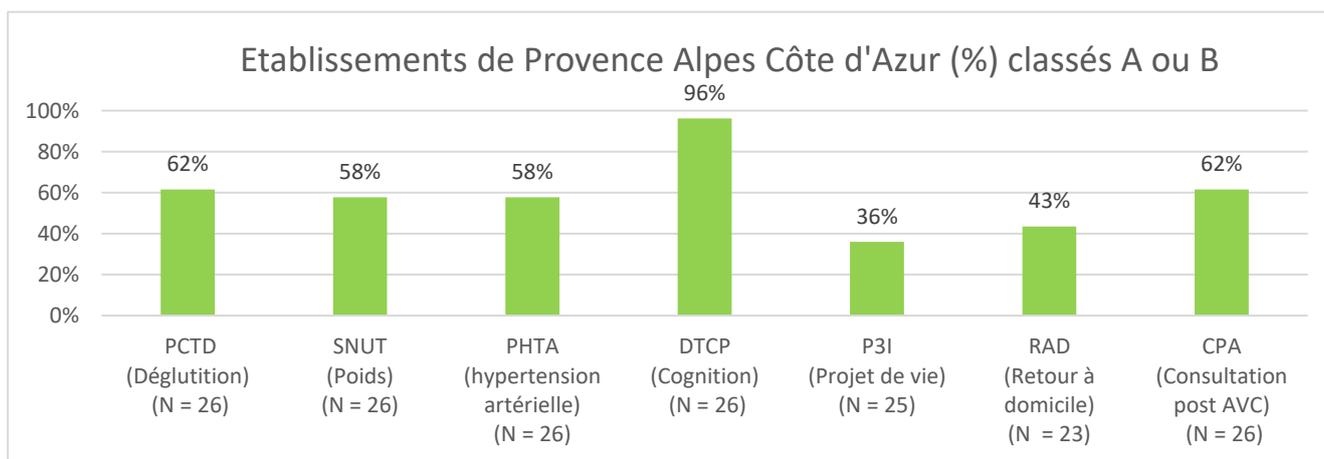
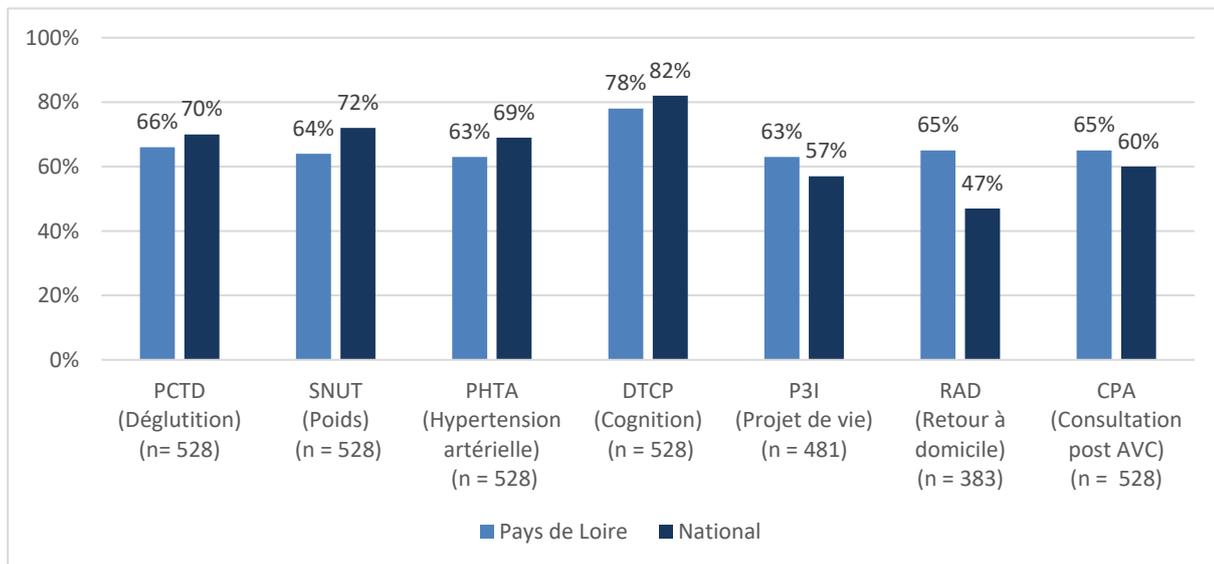


Figure 33. Établissements (%) en Provence Alpes Côte d'Azur classés A ou B

<sup>19</sup> Mesure effectuée sur 26 établissements ayant au moins 10 cibles en 2022 en Provence Alpes Côte d'Azur pour les indicateurs Prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD) ou d'une hypertension artérielle (PHTA) ; le suivi pondéral et nutritionnel (SNUT), l'évaluation cognitive et comportementale (DTCP); 25 pour le projet de vie (P3I) et, 23 pour la préparation du retour à domicile (RAD).

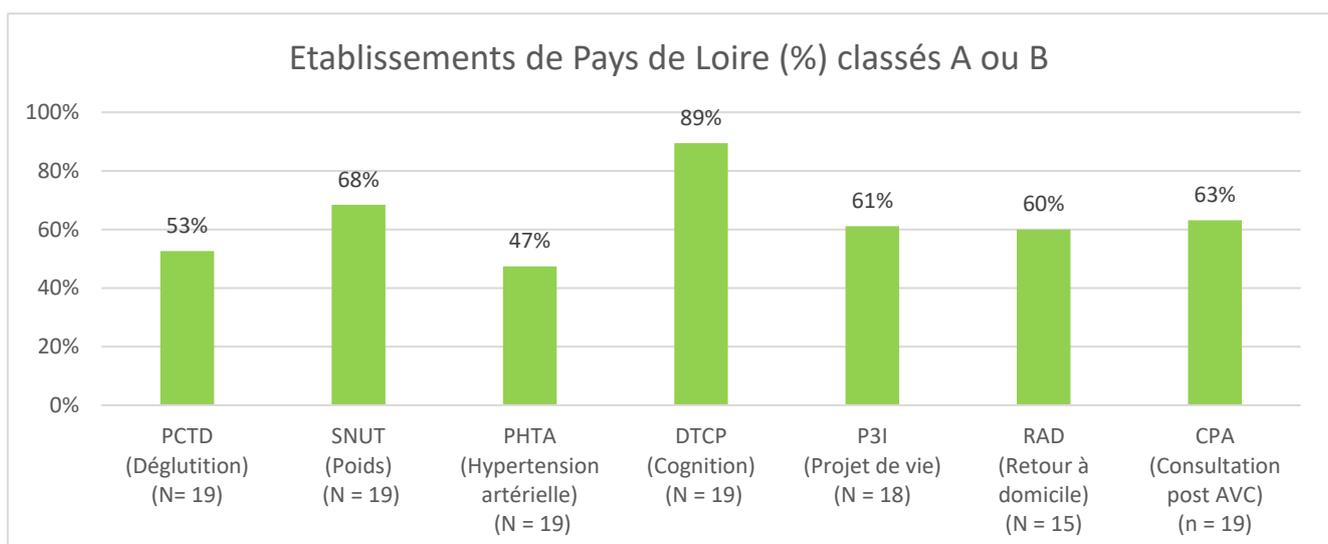
## 4.16 Qualité en Pays de Loire

En Pays de Loire<sup>21</sup>, les résultats des indicateurs de réinsertion (P3I, RAD) et continuité des soins (CPA) sont supérieurs aux résultats nationaux. Tous les indicateurs de prise en charge des complications médicales (PCTD, SNUT, PHTA, DTCP) sont inférieurs aux résultats nationaux (Fig. 34).



**Figure 34. Comparaison des résultats (moyenne pondérée) des 7 indicateurs de Pays de Loire comparés aux résultats nationaux**

En Pays de Loire<sup>21</sup>, pour l'indicateur sur l'évaluation de la cognition, 9 établissements sur 10 sont classés A ou B ; 6 établissements sur 10 sont classés A ou B pour les indicateurs de réinsertion (P3I, RAD) et sur la continuité des soins (CPA). Seule la moitié des établissements est classée A ou B pour les indicateurs de prise en charge des troubles de la déglutition (PCTD) ou d'une hypertension artérielle (PHTA) (Fig. 35). Le niveau de qualité atteint en Pays de Loire pour les indicateurs de réinsertion et de continuité des soins est très supérieur à celui observé au national. A l'inverse, le niveau de qualité atteint pour les indicateurs de prise en charge des complications médicales est insuffisant sauf pour l'indicateur cognition.



**Figure 35. Établissements (%) en Pays de Loire classés A ou B**

<sup>21</sup> Mesure effectuée dans 19 établissements pour les indicateurs PCTD, SNUT, PHTA, DTCP, CPA, 18 pour P3I et 15 pour RAD

# Références bibliographiques

1. Olie V. Surveillance épidémiologique des AVC en France. Tendances épidémiologiques récentes en France et en Alsace. Santé Publique France Colloque AVC. 27 novembre 2018 [www.reseau-environnement-sante.fr/wp-content/uploads/2018/12/colloque\\_AVC\\_Strasbourg\\_RES\\_2018\\_SpFrance.pdf](http://www.reseau-environnement-sante.fr/wp-content/uploads/2018/12/colloque_AVC_Strasbourg_RES_2018_SpFrance.pdf)
2. Lecoffre C, de Peretti C, Gabet A, Grimaud O, Woimant F, Giroud M, Béjot Y, Olié V. National Trends in Patients Hospitalized for Stroke and Stroke Mortality in France, 2008 to 2014. *Stroke*. 2017 Nov;48(11):2939-2945. doi: 10.1161/STROKEAHA.117.017640. Epub 2017 Sep 29. PMID: 28970279.
3. Santé publique France. L'accident vasculaire cérébral. 2019. <https://www.santepublique-france.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral>
4. Daviet J.C., M. Compagnata M, Bernikiera D., Salle J.-Y. 2022. Réadaptation après accident vasculaire cérébral : retour et maintien à domicile, et vie quotidienne <https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.02.015>
5. Roques Latrille C.-F., Prise en charge des suites d'accident vasculaire cérébral ischémique (AVC) : des défis à relever, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, Volume 206, Issue 5, 2022, Pages 591-593, ISSN 0001-4079, <https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.01.028>.
6. HAS 2019 Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC. Note de problématique. PERTINENCE DES SOINS ([has-sante.fr](http://has-sante.fr))
7. Yelnik A. 2022 Récupération de la motricité après accident vasculaire cérébral. Facteurs pronostiques et rééducation, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, Volume 206, Issue 5, 2022, Pages 594-603, ISSN 0001-4079, <https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.02.06.ik>
8. 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>
9. 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
10. Department of Veterans Affairs Department of Defense (2021). Clinical practice for the management of stroke rehabilitation. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/VADoDStroke-RehabCPGFinal8292019.pdf>
11. Winstein, C.J, Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherno R. and al. Adulte Stroke rehabilitation recovery. AHA. <https://www.guidelinecentral.com/guideline/7080/#>. MAJ 22 mars 2022
12. Kwakkel G, Stinear C, Essers B, Munoz-Novoa M, Branscheidt M, Cabanas-Valdés R, Lakičević S, Lampropoulou S, Luft AR, Marque P, Moore SA, Solomon JM, Swinnen E, Turolla A, Alt Murphy M, Verheyden G. Motor rehabilitation after stroke: European Stroke Organisation (ESO) consensus-based definition and guiding framework. *Eur Stroke J*. 2023 Dec;8(4):880-894. doi: 10.1177/23969873231191304. Epub 2023 Aug 7. PMID: 37548025; PMCID: PMC10683740.
13. National Clinical Guideline for Stroke for the UK and Ireland. London: Intercollegiate Stroke Working Party; 2023 May 4. Available at: [www.strokeguideline.org](http://www.strokeguideline.org). 2023 edition-<https://www.strokeguideline.org/>
14. 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 Epidemiol Hebdo 2017;(11):196-207.
15. Prise en charge initiale d'un AVC en MCO résultats de la campagne de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (données 2022)
16. HAS 2023. Parcours AVC. Note de cadrage. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/note\\_de\\_cadrage\\_parcours\\_avc.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/note_de_cadrage_parcours_avc.pdf)
17. Plan European AVC 2018\_2030 <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-french-s.pdf>

# Participants

---

## Groupe de travail

- Louise BASSET, masseur kinésithérapeute. Clinique Orsac, GRASSE (06).
- Dr Myriam CLERIN, médecine de médecine physique et réadaptation. CHU BREST (29).
- Dr Marie Bénédicte COUTE, coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins. CHU BREST (29).
- Dr Clara DEBARLE, médecine de médecine physique et réadaptation. Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Pitié Salpêtrière, PARIS (75).
- Isabelle FLORENTIN, représentant de France AVC 54, LA VALETTE (83).
- Fabien GERVILLA, activité physique adaptée. Maison de santé et sport, St PAIR SUR MER (54).
- Helga GILLES, chargée de missions Information Médicale. Groupe Oc Santé, BOURGES (34).
- Dr Yves GUILHERMET, gériatre. Hospices Civils de Lyon Charpenne, LYON (69).
- Dr Bernard LANGE, neurologue. Pôle de Santé La Reviscolada, MONTEGUT (32).
- Dr Armelle LEPERRE, gériatre. Hospices Civils de Lyon, Charpenne, LYON (69).
- Dr Laurence LUQUEL, interniste gériatre. Hôpital gériatrique, BALLANVILLIERS (91).
- Lisa PAILLAU assistance sociale. Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Raymond Poincaré, GARCHES (92).
- Pr Alexis SCHNITZLER, médecine de médecine physique et réadaptation. Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Lariboisière, PARIS (75).

## Remerciements

La HAS remercie l'ensemble des participants cités ci-dessus.

# Abréviations et acronymes

---

AVC : Accident vasculaire cérébral

CIM 10 : Classification internationale des maladies 10ème révision

CPA : Consultation post AVC

DTCP : Dépistage des fonctions cognitives et comportementales

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EHPA : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées

GHM : Groupement homogène de malades

GHPC : Groupement homogène de prise en charge

GME : Groupement médico-économique

HAS : Haute Autorité de santé

IQSS Indicateurs de qualité et de sécurité des soins

MAS : Maison d'accueil social

MCO : Etablissement médical, chirurgical et obstétrique

PCTD : prise en charge des troubles de la déglutition

PHTA : Prise en charge d'une hypertension artérielle

PMSI Programme de médicalisation des systèmes d'information

P3I : Projet de vie

RAD : Préparation du retour à domicile

RHS : Résumé hebdomadaire standardisé

RSS : Résumé de sortie standardisé

SMR : soins médicaux et de réadaptation

SNUT : Suivi pondéral et nutritionnel

USLD : Unité de Soins de Longue durée

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

