

Introduction

- L'AVC, un enjeu majeur de santé publique
- Un enjeu économique : part importante des dépenses de santé
- Plan d'actions national AVC 2010-2014 : Réduire fréquence et gravité des séquelles
- Le parcours de soins recommandé (HAS) comporte plusieurs étapes :
 - Phase aiguë : alerte, pré hospitalière, hospitalière initiale
 - Post AVC : rééducation
 - Prise en charge à domicile (kiné, MPR) ± Hospitalisation de jour en SSR
 - SSR : soins de suite et de réadaptation (spécialisés en NV si possible)
 - Autres : secteur médico-social (EHPAD, MAS, FAM...)

Objectifs

- Réaliser une **typologie des parcours de soins** et définir les **déterminants** qui influencent le parcours de soins post-AVC

Méthodes

- Données
Cohorte AVC constitués 2012 issue du SNDS (130 000 patients) / Primo-hospitalisation / 18 ans ou plus / hors ALD AVC et séquelles / France entière
- Analyse séquentielle => Typologie des parcours post-MCO en deux étapes
Définition d'états journaliers : MCO, SSR, HAD, Psy, USLD, MS, décès et domicile (spécialistes : neuro, cardio, radio > MG > rééducation [kiné, ortho, MPR]) • 91 jours (3 mois) • Optimal matching / échantillon de 10 000 patients • Typologie : Classification hiérarchique ascendante (CAH)
- Modélisation : Régression logistique multinomiale
Caractéristiques démographiques, cliniques, parcours, offre de soins • Spécification du modèle par méthode stepwise

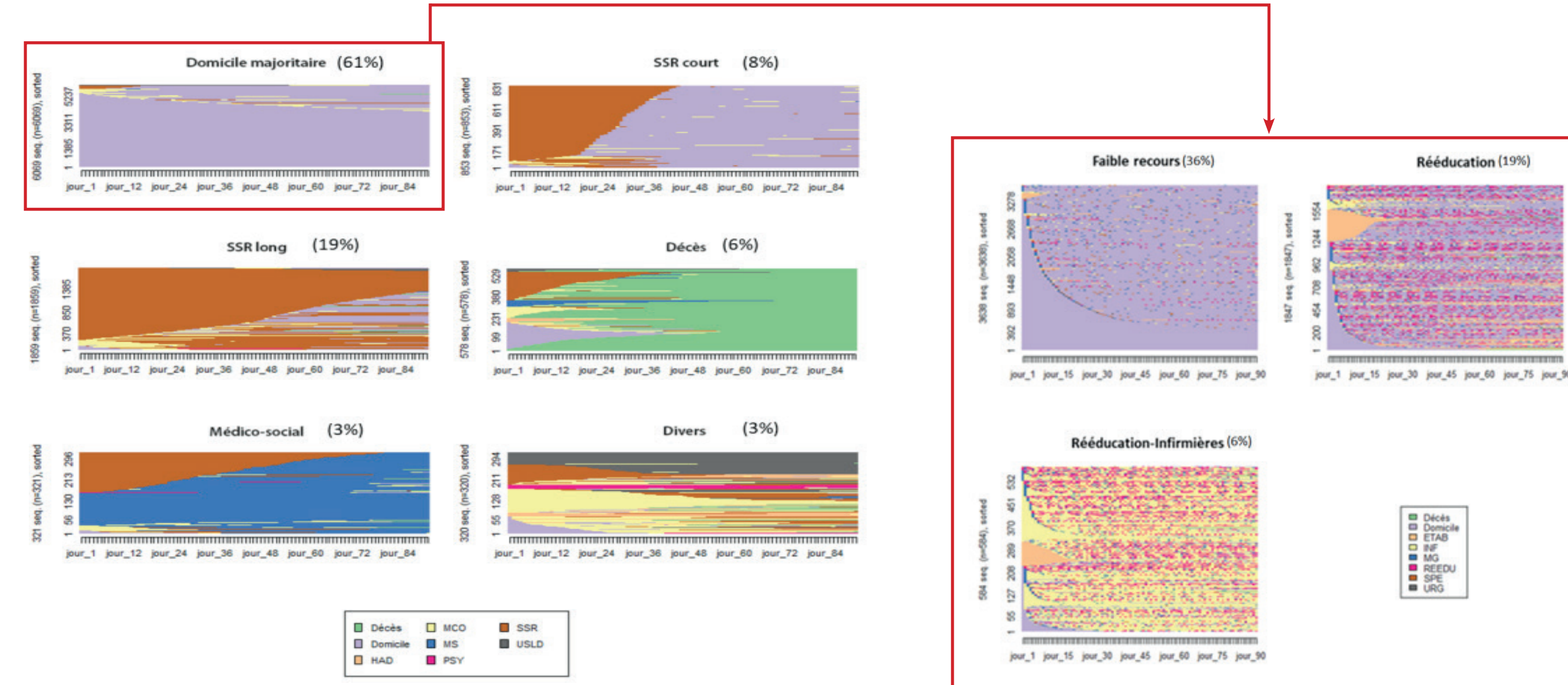
RÉSULTATS

1 Typologie des parcours

La typologie des parcours retient six classes de parcours en phase post-aiguë dans les 3 mois suivant la sortie de MCO.

Classe « Domicile majoritaire » (1) [61 %]

Par rapport à l'ensemble de l'échantillon, sur-représentation des hommes (56 % vs 51 %), des jeunes (69,7 ans vs 72,3 ans), des durées d'hospitalisation en phase aiguë MCO plus courtes (8,9 jours vs 12,4 jours), moindres passages en réanimation (3,8 % vs 5,3 %) et moins de comorbidités (score de Charlson moyen à 1,3 vs 1,7). Cette même classe se partage en 3 sous-classes (1A, 1B, 1C) détaillées ci-dessous :



- **Classe « faible recours » (1A) [36 %]** :
 - Premier contact avec MG : 17,5 jours
 - Sur 3 mois, nombre de contacts avec MG : 2,5 / avec infirmiers : 0,7 / avec intervenant de rééducation : 1,1

- Comparativement à l'ensemble de la classe « Domicile majoritaire », les hommes sont plus nombreux (58 %), les patients plus jeunes (66,8 ans), le score de Charlson (1,1) et la durée moyenne de l'hospitalisation en MCO (7,8 jours) sont plus faibles. Densité de médecins généralistes, de kinésithérapeutes et d'infirmiers plus faible.

- **Classe « Rééducation » (1B) [19 %]** :
 - Premier contact avec MG : 15,0 jours
 - Sur 3 mois, nombre de contacts avec MG : 3,9/ avec infirmiers : 5,5/ avec intervenant de rééducation : 13,1

- Comparativement à l'ensemble de la classe « Domicile majoritaire », les patients sont plus souvent des hommes (54 %), l'âge moyen plus élevé (72,7 ans) ainsi que le score de Charlson (1,6). La durée moyenne de l'hospitalisation en MCO est plus importante (10,3 jours).

- **Classe « Rééducation/actes infirmiers » (1C) [6 %]** :
 - Premier contact avec MG : 12,3 jours

- Sur 3 mois, nombre de contacts avec MG : 4,9/ avec infirmiers : 60,0/ avec intervenant de rééducation : 13,6
- Comparativement à l'ensemble de la classe « Domicile majoritaire », les patients sont plus souvent des femmes (55 %) et l'âge moyen est bien plus élevé (78,6 ans), ainsi que le score de Charlson (2,0) et la durée moyenne de l'hospitalisation en phase aiguë MCO précédente qui s'élève à 11,4 jours. Densité d'infirmiers plus importante.

Classe « SSR court majoritaire » (2) [8 %]

- Premier contact SSR : 2^e jour
- Durée moyenne d'hospitalisation SSR (sur 3 mois) : 29 jours
- Par rapport à l'ensemble de l'échantillon, les patients sont plus souvent des femmes (54 % vs 51 %), l'âge moyen est plus élevé (75,9 ans vs 72,3 ans). Les passages en réanimation sont plus fréquents (6,2 % vs 5,3 %).

Classe « SSR long majoritaire » (3) [19 %]

- Premier contact SSR : 3^e jour
- Durée moyenne d'hospitalisation SSR (sur 3 mois) : 72 jours
- Par rapport à l'ensemble de l'échantillon, les patients de cette classe ont plus souvent un AVC hémorragique (27 % vs 21 %), ont des comorbidités plus lourdes (2,2 vs 1,7). La prise en charge UNV est plus élevée (44 % vs 38 %), ainsi que le passage en réanimation (9,9 % vs 5,3 %). Leurs durées d'hospitalisation en MCO étaient aussi bien plus longues (19,7 jours vs 12,4 jours).

Classe « Décès majoritaire » (4) [6 %]

- Par rapport à l'ensemble de l'échantillon, ces patients sont plus âgés (82,9 ans vs 72,3 ans), les femmes y sont surreprésentées (59 % vs 49 %). L'AVC est plus souvent de nature hémorragique (26 % vs 21 %), l'état de santé est

plus dégradé (2,3 vs 1,7). Ils ont été hospitalisés plus souvent dans un établissement non équipés en UNV (47 % vs 37%), peu d'entre eux ont bénéficié d'une prise en charge en UNV (21 % vs 38 %) mais autant sont passés en service de réanimation (5,42 % vs 5,3 %), pour une durée d'hospitalisation plus élevée que la moyenne (16,4 jours vs 12,4).

Classe « Médico-social majoritaire » (5) [3 %]

Par rapport à l'ensemble de l'échantillon, les femmes sont surreprésentées (76 % vs 49 %), l'âge moyen est plus élevé (85,5 ans vs 72,3 ans). Lors de la phase aiguë, ces patients ont été hospitalisés plus souvent dans un établissement non équipés en UNV (54 % vs 37 %), pour une durée d'hospitalisation élevée (16,1 jours vs 12,4 jours). Peu d'entre eux ont bénéficié d'une prise en charge en UNV (22 % vs 38 %) et rares sont ceux passés en service de réanimation (1,2 % vs 5,3 %).

Classe « Diverses trajectoires hospitalières lourdes » (6) [3 %]

Par rapport à l'ensemble de l'échantillon, les patients de cette classe sont majoritairement des femmes (54 % vs 51 %), l'âge moyen est plus élevé (75,5 ans vs 72,3 ans). Il s'agit bien plus souvent d'un AVC hémorragique (33 % vs 21 %). Leur état de santé est plus dégradé (score de Charlson à 2,3 vs 1,7) et ils sont plus nombreux à être passés en service de réanimation (8,8 % vs 5,3 %). Par contre, ils ont moins souvent bénéficié d'une prise en charge en UNV (30 % vs 38 %). Leur durée moyenne d'hospitalisation en MCO était plus longue (18,3 jours vs 12,4 jours).

2 Déterminants

Quels sont les facteurs qui orientent le patient vers des parcours de rééducation (kinésithérapeutes ou hospitalisation en SSR) ?

Toutes choses égales par ailleurs, comparativement aux autres patients, ceux orientés vers la « rééducation » (1B, 1C, 2, 3) sont plus jeunes, en meilleur état de santé, ont davantage bénéficié d'imagerie diagnostique recommandée et de prise en charge en UNV.

	Réf. : Rééducation (1B, 1C, 2, 3)		
	Faible recours (1A) Coeff.	Décès (4) Coeff.	Soins de long terme (5,6) Coeff.
Sexe (Réf. : Femme)			
- Homme	0,1752 ***	0,0197	-0,3923 ***
Age (+ 1an)	-0,0297 ***	0,0650 ***	0,0356 ***
Type d'AVC constitué (Réf. : Ischémique + inconnu)			
- Hémorragique	-0,1390 **	0,3992 ***	0,3194 ***
Score de Charlson	-0,2141 ***	0,1515 ***	0,1112 ***
Durée moyenne de l'épisode hospitalier (DME)	-0,0905 ***	0,00997 ***	0,0107 ***
Prise en charge en Unité neurovasculaire (UNV) [Réf. : Établissement sans UNV]			
- Établissement UNV, patient UNV	0,00491	-0,4256 ***	-0,3055 ***
- Établissement UNV, patient non UNV	0,0484	0,1159	-0,0148
Imagerie (Réf. : Sans imagerie diagnostique renseignée)			
- Scanner	-0,1663 **	-0,2200 *	-0,1782
- IRM	0,0574	-0,6236 **	-0,4883 **
- Scanner + IRM	-0,0296	-0,8749 ***	-0,8045 ***
APL aux infirmiers (ETP/100 000 hab.)	-0,00151 ***	0,000128	0,000142

Pour les parcours de rééducation, quels sont les facteurs qui expliquent un parcours réalisé par des professionnels de ville plutôt que dans une structure hospitalière ?

Comparativement à la rééducation de ville (1B, 1C), celle réalisée en SSR (2,3) concerne davantage de femmes, de personnes âgées, en moins bon état de santé, ayant bénéficié plus souvent d'un passage en UNV, résidant en territoire mieux doté en SSR.

	Réf. : Rééducation de ville (1B, 1C) Coeff.	
	SSR (2,3) Coeff.	
Sexe (Réf. : Femme)		
- Homme	-0,1393	**
Age (+ 1an)	0,00697	***
Type d'AVC constitué (Réf. : Ischémique + inconnu)		
- Hémorragique	0,4364	***
Score de Charlson	0,0731	***
Durée moyenne de l'épisode hospitalier (DME)	0,0777	***
Prise en charge en Unité neurovasculaire (UNV) [Réf. : Établissement sans UNV]		
- Établissement UNV, patient UNV	0,3332	***
- Établissement UNV, patient non UNV	-0,1938	**
Densité SSR total (Nbre de lits/100 000 hab.)	0,0206	***
APL aux infirmiers (ETP/100 000 hab.)	-0,00197	***

Dans une prise en charge exclusivement réalisée en ville, quels sont les facteurs qui orientent le patient vers les différents parcours (de ville) ?

Comparativement au faible recours en ville (1A), les patients bénéficiant de rééducation en ville (1B) sont plus âgés et en moins bon état de santé ; ceux bénéficiant de beaucoup de soins infirmiers en plus de la rééducation (1C) sont plus souvent des femmes et résident dans des communes à densité d'infirmiers libéraux plus élevée.

	Réf. = Faible recours (1A)	
	Rééducation Coeff.	Rééducation/Infirmiers Coeff.
Sexe (Réf. : Femme)		
- Homme	-0,0836	-0,2909 ***
Age (+ 1an)	0,0229 ***	0,0569 ***
Score de Charlson	0,1430 ***	0,2237 ***
Durée moyenne de l'épisode hospitalier (DME)	0,0404 ***	0,0431 ***
Prise en charge en Unité neurovasculaire (UNV) [Réf. : Établissement sans UNV]		
- Établissement UNV, patient UNV	-0,0763	-0,3649 ***
- Établissement UNV, patient non UNV	0,0197	0,1199
APL aux infirmiers (ETP/100 000 hab.)	0,0011	0,0055 ***

Discussion - Conclusion

- Les parcours de soins sont expliqués par l'intensité de soins requis liée à des facteurs démographiques et cliniques (âge, sexe et état de santé)
- L'offre de soins (lits SSR, densité infirmiers) joue un rôle également
- Les UNV ont un impact fort sur la réduction de la mortalité
- Éléments non observables dans le SNDS : pour mesurer l'impact de la situation socio-économique et familiale (aidants, etc.) sur l'orientation des patients, cela nécessite un recueil de données *ad hoc* complémentaire apparié au SNDS.

Bibliographie

- Béjot Y., Troisgros O., Gremaux V., Lucas B., Jacquin A., Khourimi C., Aboa-Eboulé C., Benaïm C., Casillas J.-M., Giroud M. 2012. « Poststroke Disposition and Associated Factors in a Population-Based Study: The Dijon Stroke Registry ». *Stroke* 43 (8): 2071-77. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.112.658724>.
- Com-Ruelle L., Nestrigue C. 2018. « Parcours de soins des personnes hospitalisées pour un accident vasculaire cérébral. Premiers résultats. » *QES (IRDES)*, no 234 (07): 18.
- Tuppin P., Samson S., Fagot-Campagna A., Woimant F. 2016. « Care pathways and healthcare use of stroke survivors six months after admission to an acute-care hospital in France in 2012 ». *Revue Neurologique* 172 (4): 295-306. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2016.01.398>.