
Intérêts des méthodes d'analyse séquentielle pour comprendre le parcours de soins des victimes d'AVC

Clément Nestrigue^{*1}, Damien Bricard¹, and Laure Com-Ruelle¹

¹Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) – Institut de la Recherche et Documentation en Economie de la Santé – France

Résumé

Avec une incidence de près de 130 000 nouveaux cas par an et une prévalence de près de 800 000 cas présentant un antécédent, dont plus de 400 000 souffrent de séquelles, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent un enjeu majeur de santé publique en France. Sur le plan économique, la prise en charge de l'AVC correspond à 3,5 milliards d'euros, soit 2,5% des remboursements totaux de l'Assurance maladie. Compte tenu des conséquences médicales et du fardeau économique que l'AVC représente, l'amélioration de sa prise en charge est fondamentale. Du point de vue médical, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande que la phase post-aiguë, consacrée à la rééducation et à la réadaptation, débute le plus précocement possible. Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) sont les structures de choix. Lorsque la phase post-aiguë se déroule à domicile, la rééducation peut être assurée par les professionnels de santé exerçant en ville. La présente étude a pour objectif de décrire et d'expliquer les différents parcours de soins empruntés en phase post aiguë par les patients victimes d'un AVC en 2012, avec leur composante dynamique.

La base de données utilisée, extraite du SNDS, est la cohorte de victimes d'un primo-AVC constitué adultes en 2012. L'Optimal matching va permettre de construire une typologie de séquences à l'aide d'une classification ascendante hiérarchique (CAH). Les séquences ou les parcours de soins sont composés des " états quotidiens " durant les 3 mois qui suivent la sortie d'hospitalisation en MCO pour AVC. Ces états sont constitués par les lieux de prise en charge tels que les établissements MCO, SSR, HAD, Psy, USLD et le secteur médico-social, mais également par le retour à domicile ou le décès du patient. Pour le retour à domicile, un focus est effectué en prenant en compte les professionnels de santé exerçant en ville : neurologues, cardiologues, radiologues, kinésithérapeutes, orthophonistes, infirmiers, médecins rééducateur (MPR). Les modèles logistiques multinomiaux vont permettre d'identifier les déterminants (caractéristiques démographiques, cliniques, parcours et offre de soins) des parcours de soins.

La majorité des patients sont pris en charge à domicile (36,4% avec un faible recours aux soins, 18,5% par un kinésithérapeute, 5,8% par un kinésithérapeute et des soins infirmiers). L'orientation en SSR concerne 27,1% des patients (18,6% pour des séjours longs et 8,5% pour des séjours courts). Un dernier ensemble de parcours distingue une prise en charge dans des structures médico-sociales (3,2%), divers parcours hospitaliers lourds (3,2%) ainsi que la majorité des décès de la phase post-aiguë (5,8%). La prise en charge en UNV et la présence d'une offre de SSR sont associées à une prise en charge plus fréquente en SSR et

*Intervenant

la rééducation en ville conjuguée à des soins infirmiers est favorisée par une offre de professionnels de ville plus conséquente. Les patients pris en charge en ville sont en moyenne plus jeunes et comprennent une part plus élevée d'hommes, excepté les patients conjuguant rééducation et soins infirmiers.