

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



MAI
2017
NUMÉRO
1010

Disparités régionales de prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux en 2015

En 2015, près de 116 000 adultes résidant en France ont eu une prise en charge hospitalière pour un accident vasculaire cérébral (AVC) survenu avant l'admission ou, plus rarement, lors d'une hospitalisation pour un autre motif. Parmi eux, 72 % ont eu un infarctus cérébral, près d'un quart un AVC hémorragique et 4 % un AVC de type non précisé.

En court séjour, la moitié des patients ayant eu un infarctus cérébral, une hémorragie cérébrale ou un AVC de type non précisé, qui relèvent plus spécifiquement de ces structures, ont été pris en charge en unité neurovasculaire. Cette proportion diffère selon les régions : de 30 % à 69 % pour les résidents de Métropole et de 1 % à 59 % pour ceux des départements et régions d'outre-mer (DROM).

Il existe aussi des disparités pour les séjours en soins de suite et de réadaptation (SSR) consécutifs aux soins initiaux. La part de patients avec hémiplégié (ou rarement avec tétraplégié) transférés en SSR s'élève à 62 % à trois mois au niveau national et, selon les régions, de 58 % à 67 % en Métropole et de 8 % à 67 % dans les DROM. L'hospitalisation en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux varie, elle, de 23 % à 36 % en Métropole et de 2 % à 45 % dans les DROM.

Christine de Peretti (DREES), Amélie Gabet, Camille Lecoffre, Valérie Olié (Santé publique France) et France Woimant (AP-HP)

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont des événements de santé fréquents et graves. Ils constituent une cause majeure de handicap, la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer et l'une des principales causes de mortalité (DHOS, 2009). Le plan d'actions national AVC 2010-2014 a été instauré pour fédérer les professionnels et les associations de patients autour des enjeux de prévention et de prise en charge, de l'alerte à la phase de réadaptation et au retour au domicile. Ce plan comprend plusieurs axes visant à améliorer la prévention et l'information de la population, mettre en œuvre des filières de prise en charge (DGOS, 2012) et les systèmes d'information adaptés, assurer la formation et l'information des professionnels de santé impliqués dans les parcours de soins des patients victimes d'AVC, veiller aux équilibres démographiques et promouvoir la recherche.

Concernant l'hospitalisation lors de la phase initiale des AVC, la période récente a été marquée par la structuration de filières spécialisées autour des unités neurovasculaires (UNV) dont le nombre a fortement augmenté au cours de la dernière décennie : de 21 en 2005, à 77 début 2009 et 135 UNV actives fin 2015, selon la statistique annuelle des établissements (SAE). Pour la phase post-aiguë, différentes initiatives se développent pour améliorer les

parcours des patients et la coordination entre acteurs de recours et professionnels de proximité, telles que la consultation d'évaluation pluriprofessionnelle post-AVC (DGOS, 2015), l'expérimentation d'équipes mobiles de soins de suite et de réadaptation et la création d'un programme d'accompagnement du retour à domicile « PRADO AVC », de programmes d'éducation thérapeutique, de guides régionaux d'aide à l'orientation des patients et de leurs familles, etc.

Sont abordées ici les disparités régionales de la prise en charge hospitalière en court séjour, puis en soins de suite et de réadaptation des patients victimes d'AVC qui ont été hospitalisés en 2015, au décours du plan d'actions national 2010-2014 (encadré).

En 2015, 116 000 patients ont eu une prise en charge hospitalière pour AVC

En 2015, ce sont près de 116 000 patients adultes qui ont eu une prise en charge hospitalière pour AVC en court séjour. Pour 94 % d'entre eux, l'AVC est le diagnostic principal (DP) c'est-à-dire le motif de l'admission en court séjour ; dans les autres cas (6 %), l'AVC est uniquement notifié comme diagnostic principal d'unité médicale (DPUM), car il est survenu au cours d'une hospitalisation pour un autre motif et a été pris en charge dans une nouvelle unité médicale (tableau complémentaire A sur le site internet de la DREES).

Près de trois quarts des AVC sont des infarctus cérébraux (72 %). Un quart sont des AVC hémorragiques : hémorragie cérébrale le plus souvent (16 %) ou hémorragie méningée (5 %), voire, plus rarement, d'« autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques » (4 %). Et pour 4 % des patients, le type, ischémique ou hémorragique, de l'AVC n'est pas précisé dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Parmi ces 116 000 patients, 5 % ont eu une hémiplegie ayant régressé dans les premières 24 heures et 40 % une atteinte neurologique motrice (paralysie) non rapidement régressive codée dans le PMSI, le plus souvent une hémiplegie (35 %) ou une monoplegie (4 %), et plus rarement une tétraplegie (0,5 %) ou une diplégie (0,2 %). Enfin, 15 % des patients sont



ENCADRÉ

Sources et méthodes

Sources

Les données de cette étude proviennent des bases nationales 2015 du programme de médicalisation des systèmes d'information pour l'activité hospitalière en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) et en soins de suite et de réadaptation (PMSI-SSR) et marginalement d'hospitalisation à domicile (PMSI-HAD) produites par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Dans les bases PMSI, chaque patient se voit attribuer un numéro anonyme qui permet de relier toutes ses hospitalisations en MCO, en SSR, en HAD ou en psychiatrie afin de décrire les parcours de soins. De plus, chaque séjour comporte un numéro permettant d'ordonner les séjours d'un même patient dans le temps.

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de l'année 2015, produite par la DREES, a été exploitée pour déterminer le nombre de lits d'unité neurovasculaire (UNV) par région, ainsi que leurs capacités en lits ou places d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation.

Champ de l'étude

La population étudiée est celle des résidents adultes de Métropole et des départements et régions d'outre-mer, hospitalisés pour accident vasculaire cérébral (AVC) en 2015.

Les hospitalisations pour AVC ont été sélectionnées dans la base nationale 2015 du PMSI-MCO à partir des diagnostics principaux (DP) des résumés de sortie anonyme (RSA), ainsi que de l'ensemble des diagnostics principaux d'unités médicales (DPUM) des séjours avec passage dans plusieurs unités médicales.

Les codes de la classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10) retenus sont les suivants, conformément aux consignes de codage des AVC diffusées par l'ATIH en 2014¹ :

- I60 : hémorragie sous-arachnoïdienne (hémorragie méningée) ;
- I61 : hémorragie intracérébrale ;
- I62 : autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques ;
- I63 : infarctus cérébral ;
- I64 : accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus.

Hospitalisations initiales en MCO

Dans un premier temps, tous les séjours avec DP ou DPUM d'AVC ont été sélectionnés dans la base nationale 2015 du PMSI-MCO. Les RSA avec anomalie du numéro anonyme de patient ont été exclus car ils ne peuvent pas être reliés aux autres séjours de ces patients (1 %) ; les patients avec un séjour sans décès, isolé et très court (0 ou 1 jour) ont également été exclus en raison de leur caractère atypique (peu d'hémiplégie et peu de prise en charge en UNV, notamment). En cas de séjours MCO multiples (en raison, par exemple, de transfert entre établissements), les délais entre les différents séjours d'un même patient ont été calculés ; des épisodes de soins MCO ont ensuite été définis en reliant les séjours espacés de deux jours maximum, avec prise en compte d'informations sur l'ensemble des RSA de l'épisode (durée de prise en charge, décès, atteinte neurologique, passage en UNV, etc.). Pour chaque patient, seul le premier épisode de l'année a été inclus dans l'étude.

Parcours de soins en SSR et en HAD

Les patients des neuf premiers mois de l'année 2015, non décédés durant l'épisode initial, ont ensuite été chaînés dans la base nationale du PMSI-SSR 2015 pour rechercher les hospitalisations SSR commencées au cours des trois mois qui ont suivi la fin de la prise en charge MCO. L'autorisation de l'unité médicale a été étudiée en première semaine de séjour SSR ; en revanche, le nombre de jours de présence en SSR a été calculé en cumulant les éventuels séjours multiples – compte tenu des permissions assez fréquentes en SSR –, tant que les délais entre séjours successifs ne dépassaient pas cinq jours.

Les hospitalisations à domicile des patients victimes d'AVC non hospitalisés en SSR ont ensuite été recherchées dans la base nationale du PMSI HAD dans les mêmes délais (90 jours).

Méthodes d'analyse

Les parcours hospitaliers ont été décrits pour l'ensemble des AVC, puis pour différents sous-ensembles. L'étude des disparités régionales de prise en charge initiale en UNV a été réalisée pour l'ensemble formé par les hémorragies cérébrales, infarctus cérébraux et AVC de type non défini qui relèvent plus spécifiquement de cette structure. En SSR, les différences géographiques ont été étudiées pour les AVC avec séquelles neurologiques motrices importantes (hémiplégie ou tétraplégie) pour lesquelles les besoins de rééducation et réadaptation sont patents. Les disparités régionales de prise en charge ont été caractérisées sous forme de pourcentages bruts et d'indices comparatifs qui permettent de comparer les valeurs régionales à la valeur 100 qui représente la moyenne nationale, en prenant en compte, par standardisation indirecte, la structure d'âge des patients victimes d'AVC de la région.

La capacité régionale en lits (ou places) en UNV et en SSR est rapportée au nombre d'habitants de la région au 1^{er} janvier 2015, diffusé par l'INSEE en janvier 2016, et exprimée en nombre pour 100 000 habitants.

1. http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_avc_2014_0.pdf

décédés pendant leur hospitalisation en court séjour.

En 2015, la moitié des patients avec AVC ont séjourné en unité neurovasculaire

En court séjour, plus de neuf patients sur dix ont été hospitalisés dans le secteur public (tableau complémentaire B sur le site internet de la DREES) : 58 % en centre hospitalier (CH) et 35 % en centre hospitalier régional (CHR). Cette proportion est toutefois plus élevée pour les patients avec hémorragie méningée, qui relèvent souvent d'une prise en charge neurochirurgicale : 65 % d'entre eux ont été hospitalisés en CHR et 42 % en neurochirurgie.

Parmi les patients victimes d'AVC en 2015, 47 % ont effectivement été pris en charge en UNV, dont 84 % en soins intensifs d'UNV (UNV-SI). Pour l'ensemble formé par les hémorragies cérébrales, les infarctus cérébraux et les AVC de type non défini, qui relève plus spécifiquement de cette structure, la part de patients pris en charge en UNV s'élève à 50 % (55 % si l'on prend en compte les passages en réanimation).

La part de patients pris en charge en UNV varie selon les régions...

Malgré les indéniables avancées survenues depuis le début du « plan d'actions accidents vasculaires cérébraux 2010-2014¹ », les disparités régionales de la prise en charge initiale en UNV restent marquées en 2015. Pour les patients relevant plus spécifiquement de ces structures (infarctus cérébraux, hémorragies cérébrales et AVC de type non défini), le taux de passage en UNV est inférieur à 40 % dans les régions Provence - Alpes - Côte d'Azur (PACA) [30 %], Pays de la Loire (34 %) et Bourgogne - Franche-Comté (36 %) [carte 1]; il est en revanche supérieur à 60 % en Occitanie (62 %), en Île-de-France (63 %) et dans les Hauts-de-France (69 %). Il existe également des différences dans les départements et régions d'outre-mer où la prise en charge en UNV est rare en Guyane et à Mayotte, contre 40 % en Martinique, 57 % en Guadeloupe et 59 % à La Réunion.

La prise en compte des passages en réanimation ne fait pas disparaître ces disparités régionales, avec des taux qui varient alors en Métropole de 35 % en région PACA à 73 % dans les Hauts-de-France,

et dans les DROM², de 10 % en Guyane à 63 % à La Réunion (tableau complémentaire B sur le site internet de la DREES).

Ces variations de prise en charge sont corrélées à l'offre de soins ; la statistique annuelle des établissements de santé (SAE 2015) permet de préciser les différences de disponibilité régionale en lits d'UNV, appréhendée ici par le ratio régional du nombre de lits d'UNV pour 100 000 habitants (carte 1). Ce ratio – nul à Mayotte et en Guyane – est presque deux fois moins important que la valeur nationale dans les autres régions à faible prise en charge en UNV : Pays de la Loire (1,7 lit ou place pour 100 000 habitants, contre 3,5 au niveau national), Bourgogne - Franche-Comté (1,9) et PACA (2,0). La structuration des filières de prise en charge initiale des AVC en UNV est, en revanche, plus avancée dans plusieurs régions et particulièrement dans les Hauts-de-France, où le ratio du nombre de lits d'UNV pour 100 000 habitants atteint 5,5 en 2015³.

...et entre départements d'une même région

Il existe, en outre, des variations notables de la prise en charge entre les départements d'une même région en 2015 (carte 2). Les taux départementaux de prise en charge en UNV des infarctus cérébraux, hémorragies cérébrales et AVC de type non défini sont particulièrement bas dans les départements de la Haute-Corse (10 % *versus* 42 % pour l'ensemble de la région Corse), de la Corrèze et de la Creuse (respectivement 12 % et 16 % *versus* 54 % pour la région Nouvelle-Aquitaine), des Alpes de Haute-Provence et des Hautes-Alpes (respectivement 15 % et 16 % *versus* 30 % pour la région PACA), de la Mayenne (16 % *versus* 34 % pour les Pays de la Loire), de l'Orne (18 % *versus* 44 % en Normandie).

C'est également le cas dans les départements de l'Indre (10 %), de la Haute-Loire (15 %), de l'Yonne (15 %), de la Nièvre (15 %), de la Haute-Saône (16 %) et des Ardennes (21 %). La situation devrait pourtant s'y améliorer rapidement, car des UNV sont en cours de création et de labellisation.

La prise en charge des AVC en MCO est en effet évolutive avec, d'une part, la création de nouvelles UNV et l'augmentation des

...

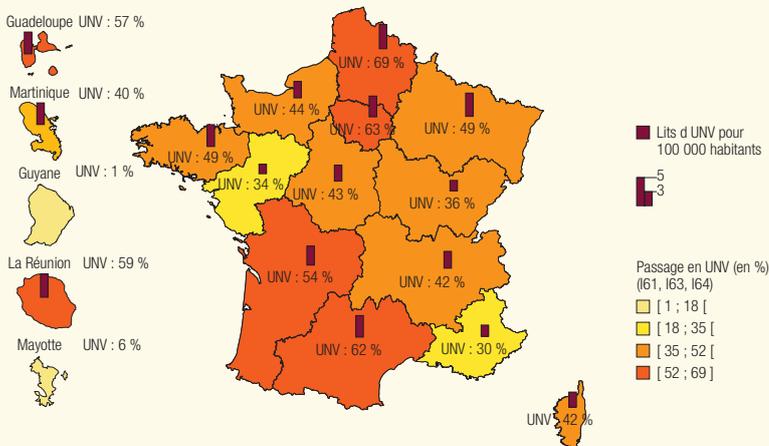
1. 10 % des patients sont pris en charge en UNV en 2007 et 26 % en 2009.

2. Collectivités régies par l'article 73 de la Constitution.

3. Ces observations sur les disparités de prise en charge ne peuvent toutefois pas être mises directement en relation avec les taux régionaux de la mortalité due aux AVC, qui dépendent non seulement de la prise en charge, mais aussi de la fréquence des AVC (taux d'incidence et de survenue), de la répartition entre les différents types d'AVC, de leur gravité initiale et des comorbidités.

CARTE 1

Disparités régionales de la prise en charge des AVC en UNV et du nombre de lits d'UNV en 2015



UNV : unité neurovasculaire.

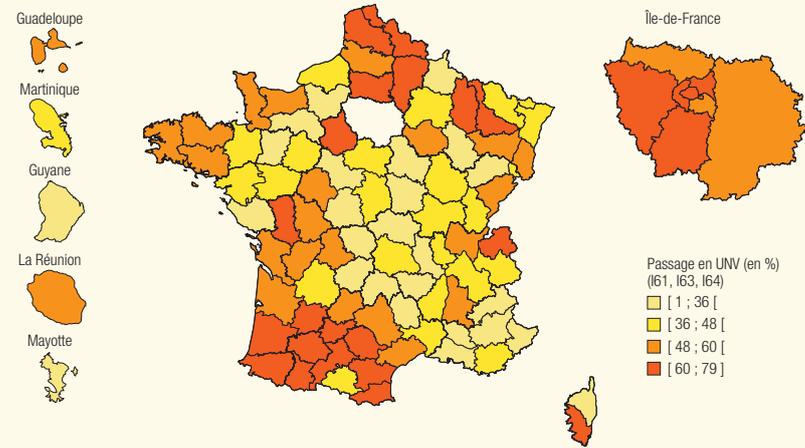
Note • Les couleurs et pourcentages de chaque région représentent la proportion de patients avec AVC (I61, I63, I64) avec passage en UNV ; les barres verticales représentent le nombre de lits d'UNV de la région pour 100 000 habitants.

Champ • Adultes résidant en France (y compris dans les DROM) hospitalisés pour AVC (I61, I63, I64) en 2015.

Sources • PMSI-MCO, base nationale 2015, ATIH, exploitation DREES.

CARTE 2

Prise en charge départementale des AVC en UNV en 2015



UNV : unité neurovasculaire.

Note • Les couleurs de chaque département représentent la proportion de patients avec AVC (I61, I63, I64) avec passage en UNV.

Champ • Adultes résidant en France (y compris dans les DROM) hospitalisés pour AVC (I61, I63, I64) en 2015.

Sources • PMSI-MCO, base nationale 2015, ATIH, exploitation DREES.

capacités des UNV existantes et, d'autre part, la structuration progressive des filières avec mobilisation de la télémédecine qui permet aux urgentistes formés de solliciter l'expertise des neurologues des UNV. Toutefois, la rapidité de l'alerte (l'appel au 15) et de la prise en charge après les premiers symptômes de l'AVC reste un enjeu fondamental, particulièrement pour les infarctus cérébraux afin d'augmenter la possibilité de réaliser une désocclusion artérielle par thrombolyse ou, en cas de thrombus d'une artère de gros et moyen calibre, par les techniques de neuroradiologie interventionnelle *in situ* (« thrombectomie »), actuellement en développement.

Après un AVC, 39 % des patients sont admis en soins de suite et de réadaptation

Selon la Société et la Fédération françaises de médecine physique et de réadaptation, les parcours de soins de rééducation et réadaptation après AVC doivent être adaptés à la sévérité des déficiences et au pronostic fonctionnel, et modulés selon l'environnement familial des patients, la nécessité d'adaptation de l'habitat à la perte d'autonomie, l'offre locale en soins de ville médicaux et de rééducation. D'autres facteurs

interviennent sur l'orientation vers les SSR spécialisés ou polyvalents, tels que l'état cognitif et psychiatrique, le cumul de déficiences, les comorbidités avec incidence fonctionnelle, les difficultés sociales et psychosociales, le potentiel de récupération, la capacité à s'astreindre aux séances de rééducation, la demande des patients, etc. (SOFMER-FEDMER, 2011). Plusieurs catégories de parcours de rééducation-réadaptation ont été définies selon la gravité de l'atteinte neurologique : en libéral typiquement en cas de déficience unique avec maintien de l'autonomie de la marche, ou en milieu hospitalier pour les séquelles plus sévères nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire. Parmi les patients hospitalisés pour AVC entre janvier et septembre 2015⁴ et vivants à la fin de la prise en charge en court séjour, 39 % ont été admis en soins de suite et de réadaptation (SSR) dans les trois mois suivant la sortie du secteur MCO (tableau complémentaire C sur le site internet de la DREES) : 16 % en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux, 9 % en SSR spécialisé pour les affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance, 12 % en SSR polyvalent et 2 % dans d'autres SSR spécialisés.

Ces proportions sont plus élevées pour les patients avec hémiplégie (ou tétraplégie), dont 62 % vont en SSR et 30 % en SSR spécialisé « système nerveux » où le nombre hebdomadaire moyen d'actes de rééducation-réadaptation est plus élevé en première semaine. Pour ces patients, le taux de transfert en SSR est stable jusqu'à 85 ans (64 %), mais diminue légèrement pour les plus âgés (57 %). Par ailleurs, plus l'âge augmente, plus la probabilité d'être admis en SSR neurologique diminue.

De faibles taux d'admission en SSR en Guyane et à Mayotte

Après un AVC, la part des patients hospitalisés en SSR est particulièrement faible pour les résidents de Mayotte et de la Guyane (6 % et 12 %) ; elle est de 33 % en Martinique, contre 39 % à La Réunion et 46 % en Guadeloupe. En Métropole, les taux de transferts en SSR varient entre 33 % et 43 % pour l'ensemble des AVC. Les variations régionales diffèrent de celles qui ont été observées pour la prise en charge initiale en UNV : les taux les plus bas sont observés en Corse (33 %), en Normandie (37 %), dans les Hauts-de-France (37 %) et en Nouvelle-Aquitaine (38 %), avec des indices comparatifs⁵ (IC) significativement inférieurs à la moyenne nationale pour les trois dernières régions. L'étude limitée aux patients avec hémiplégie ou tétraplégie, dont les besoins de rééducation et réadaptation sont patents, montre également une variabilité des taux de transfert en SSR (carte 3). Dans les DROM, ceux-ci restent inférieurs à 20 % à Mayotte et en Guyane, contre 49 % en Martinique, 61 % à La Réunion et 67 % en Guadeloupe. Les indices comparatifs correspondants sont significativement inférieurs à la moyenne nationale à Mayotte, en Guyane et en Martinique (respectivement égaux à 12, 30 et 79) [graphique et graphique complémentaire A sur le site internet de la DREES] ; ils ne diffèrent pas de la moyenne nationale à La Réunion (97) et en Guadeloupe (108). En Métropole, les disparités régionales sont moins importantes, avec des taux de transfert en SSR des patients avec hémiplégie ou tétraplégie allant de 58 % à 67 %. La seule région ayant un taux de transfert en SSR significativement inférieur à la moyenne

- 4. Mois de fin des séjours.
- 5. Indice comparatif par standardisation indirecte sur l'âge, voir paragraphe « Méthodes d'analyse » de l'encadré.

6. <http://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2014> (Le groupe nosologique « accidents vasculaires cérébraux » a été scindé en trois groupes nosologiques à partir de 2015.)

... nationale est la Nouvelle-Aquitaine (58 %, IC = 95).

Il y a, en outre, des contrastes entre départements d'une même région, comme pour le court séjour (tableau complémentaire D sur le site internet de la DREES). Ainsi, le taux global de transfert en SSR des patients hémiplegiques ou tétraplégiques est inférieur à la moyenne nationale dans les départements métropolitains de l'Aube (46 %, IC = 76), de la Gironde (51 %, IC = 83) et du Pas-de-Calais (54 %, IC = 87).

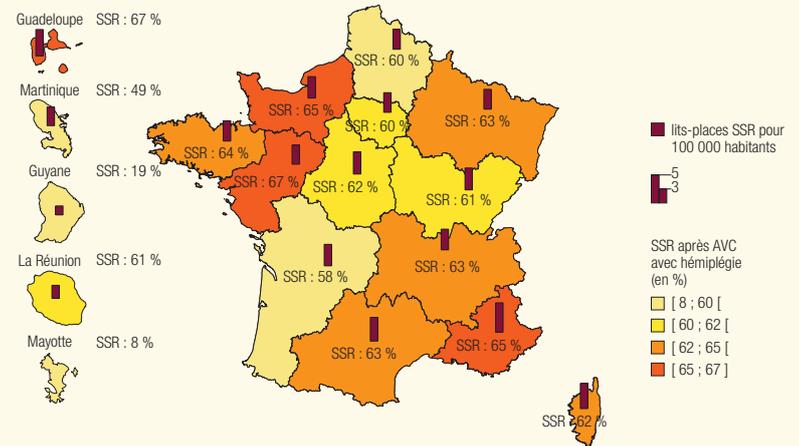
Il existe parallèlement des variations régionales du nombre de lits ou places de SSR rapporté à la population. Mais celles-ci n'expliquent pas totalement les disparités observées pour la prise en charge post-aiguë des AVC, probablement parce que les AVC ne représentent qu'une faible part de l'activité hospitalière SSR, tout en étant la pathologie (ou « groupe nosologique ») la plus fréquente en termes de journées de présence, soit 7 % en 2014 selon l'ATIH⁶. Ainsi, la région Pays de la Loire, pourtant faiblement équipée en places SSR, a un taux de transfert relativement élevé (67 % pour les AVC avec hémiplegie ou tétraplégie). De même, si l'offre SSR dans les DROM (sauf en Guadeloupe) est plus faible qu'en Métropole, le taux de transfert est proche du taux national à La Réunion (61 %, IC = 97).

Des disparités régionales d'admission en SSR spécialisé en neurologie

Pour ces patients avec hémiplegie (ou tétraplégie), les disparités régionales des taux de prise en charge en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux sont toutefois plus marquées. Les indices comparatifs correspondant à la prise en charge dans ces unités spécialisées varient en effet de 5 à 120 dans les DROM et de 75 à 124 en Métropole ; ces indices sont significativement inférieurs à la moyenne nationale pour les résidents des régions Guyane (IC = 5), Mayotte (18), Guadeloupe (29), PACA (75), Pays de la Loire (83), Hauts-de-France (85), Centre - Val de Loire (88) et Nouvelle-Aquitaine (88).

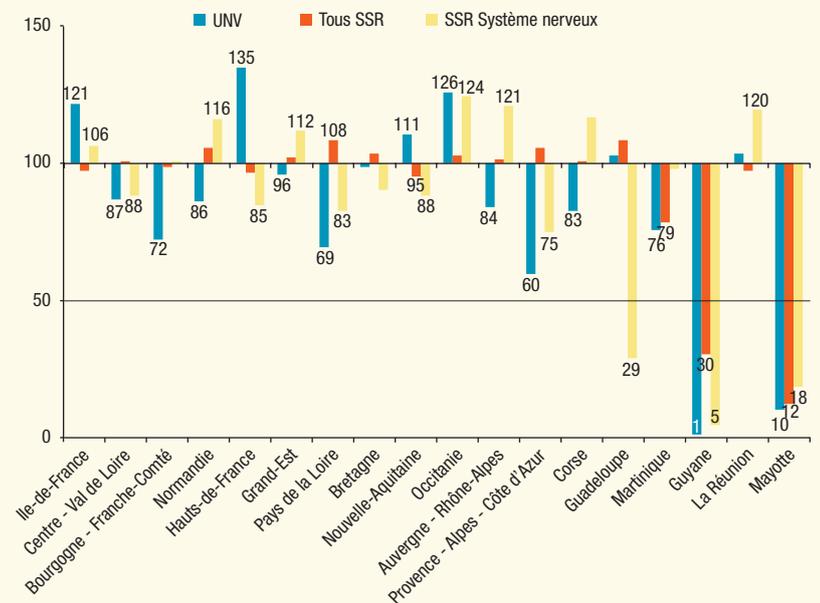
De plus, il y a des disparités des taux départementaux de transfert en SSR spécialisés pour les affections du système nerveux dans la quasi-totalité

CARTE 3 Hospitalisations en SSR des patients après un AVC avec hémiplegie et nombre de lits ou places de SSR en 2015



Champ • Population adulte résidant en France, hospitalisée en court séjour en 2015 (9 premiers mois de l'année) pour AVC (DP ou DPUM) avec hémiplegie non régressive dans les premières 24 heures ou tétraplégie, et non décédée à l'issue de la prise en charge initiale.
Sources • PMSI-MCO 2015 et PMSI-SSR 2015, ATIH, SAE 2015, DREES. Exploitation DREES.

GRAPHIQUE Prise en charge des patients avec AVC en UNV et en SSR en 2015 : indices comparatifs



UNV : unité neurovasculaire.
Note • Ce graphique représente les indices comparatifs des indicateurs régionaux de prise en charge des AVC, après prise en compte de l'âge des patients ayant eu un AVC. Seules les valeurs significativement différentes de la valeur 100 qui représente la moyenne nationale sont reportées sur le graphique.
Lecture • En Île-de-France, l'indice comparatif de prise en charge en UNV, égal à 121, indique un taux d'hospitalisation en UNV plus élevé que la moyenne nationale. En revanche, les valeurs inférieures à 100 observées, par exemple, en Centre - Val de Loire (87) sont inférieures à la moyenne nationale.
Champs • 1) Passage en UNV : population adulte résidant en France et hospitalisée en court séjour en 2015 pour AVC (I61, I63, I64).
 2) Passage en SSR : patients AVC avec hémiplegie non régressive dans les premières 24 heures ou tétraplégie, et non décédés à l'issue de la prise en charge initiale en court séjour.
Sources • PMSI MCO 2015 et PMSI SSR 2015, ATIH ; exploitation DREES.

des régions : les taux départementaux en Métropole varient entre 8 % (en Haute-Loire) et 58 % (dans les Pyrénées-Orientales) et les indices comparatifs correspondants, entre 27 et 205. Ces indices sont significativement inférieurs à la moyenne nationale dans vingt départements métropolitains. Ces

données hospitalières ne donnent pas d'information sur la prise en charge ambulatoire par des professionnels de la rééducation (et notamment par les kinésithérapeutes, orthophonistes, neuropsychologues et ergothérapeutes) des patients AVC hémiplegiques (ou tétraplégiques) sans hospitalisation

SSR. Les approches multidisciplinaires coordonnées dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, comme alternative au SSR, sont toutefois peu fréquentes : ainsi, en 2015, la part de patients AVC hospitalisés à domicile après le court séjour, et sans prise en charge SSR⁷, n'est que de 4 %.

•••
7. Voir encadré, paragraphe sur les parcours de soins en SSR et en HAD.

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Brilhaut G.** (dir), 2016, *Les établissements de santé*, DREES, coll. « Panoramas de la Drees - santé ».
- **Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)**, 2009, La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France : rapport à Madame la ministre de la Santé et des Sports, présenté par la docteure Élisabeth Fery-Lemonnier, juin.
- **Direction générale de l'organisation des soins (DGOS)**, 2010, Plan d'actions national accidents vasculaires cérébraux 2010-2014, avril.
- **Direction générale de l'organisation des soins (DGOS)**, 2012, Circulaire n° DGOS/R4/R3/PF3/2012/106 du 6 mars 2012 relative à la prise en charge des patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC).
- **Direction générale de l'organisation des soins (DGOS)**, 2015, Instruction n° DGOS/R4/2015/262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri professionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et du suivi des AVC.
- **DREES**, 2015, *L'état de santé de la population en France - rapport 2015*, chap. « Accidents vasculaires cérébraux », coll. « Études et Statistiques », février, p. 222-224.
- **Gabet A., Peretti de C., Woimant F., Giroud M., Béjot Y., Schnitzler A., Olié V.**, 2017, « Évolution de l'admission en soins de suite et de réadaptation des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral en France, 2010-2014 », *BEH*, n° 11, p.196-207, à paraître.
- **Groupe SOFMER-FEDMER**, 2011, Parcours de soins en MPR « le patient après AVC ». Disponible en ligne sur : http://sofmer.com/download/Parcours_MPR_AVC_site.pdf
- **Haute Autorité de santé (HAS)**, 2015, Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (AVC) ; Résultats nationaux de la campagne 2015 ; Données 2014. Disponibles en ligne sur : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/synthese_avc_2015_vd.pdf
- **Lecoffre C., Peretti de C., Gabet A., Grimaud O., Woimant F., Giroud M., Béjot Y., Olié V.**, 2017, « L'accident vasculaire cérébral en France : patients hospitalisés pour AVC », *BEH*, n° 5, février, p. 84-94.
- **Peretti de C., Nicolau J., Tuppin P., Schnitzler A., Woimant F.**, 2012, « Évolutions de la prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux en court séjour et en soins de suite et de réadaptation entre 2007 et 2009 en France », *La Presse Médicale*, vol. 41, n° 5, mai, p. 491-503.
- **Peretti de C.**, 2015, « Les risques de décès un an après un accident vasculaire cérébral », *Études et Résultats*, DREES, n° 939, octobre.
- **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*, March, 172, p. 295-306.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site
drees.social-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur
www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution
drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Franck von Lennep

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Secrétaires de rédaction : Sabine Boulanger, Fabienne Brifault et Mathilde Deprez

Composition et mise en pages : NDBD

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384