

# 27<sup>ES</sup> JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE NEURO-VASCULAIRE

16-18 NOV. 2022  
PALAIS DES CONGRÈS D'ISSY

- ▶ Inégalités sociales dans la prise en charge des AVC en France

*Diane Naouri (DREES)*

# Pourquoi s'intéresser à l'AVC ?

- 123 000 en 2019 en France
- Cause importante de handicap
- 2eme cause de démence
- Une des principales causes de mortalité

# AVC : quelles améliorations possibles ?

- Données 2016 - 2017

- Seulement la moitié pris en charge en UNV : entre 30% et 69 % en fonction des régions *(De Peretti, et al., 2020)*
- Thrombolyse pour 14,2 % des AVC ischémiques (contre 1% en 2010) *(HAS 2017)*
- Parmi les patients avec hémiplégie, seulement 62% de transferts en SSR *(De Peretti, et al., 2020)*

# Quel lien avec les inégalités sociales de santé?

- Inégalités dans les facteurs de risques (*Tuppin, et al., 2014 ; Marshall, et al., 2015*)
- Plus fréquents (*Lecoffre, et al., 2016*) et plus graves (*Kleindorfer, et al., 2012*)
- Lien entre commune défavorisée et mortalité
  - pour causes neurovasculaires (*Lecoffre, et al., 2016*)
  - 30 jours après un AVC (*Gabet, et al., 2019*)

# Objectif

- Lien entre déterminants **individuels** (niveau de vie) et :
  - Survenue d'un AVC
  - Prise en charge en UNV
  - Séquelles
  - Mortalité
  - Transfert en SSR

# METHODE

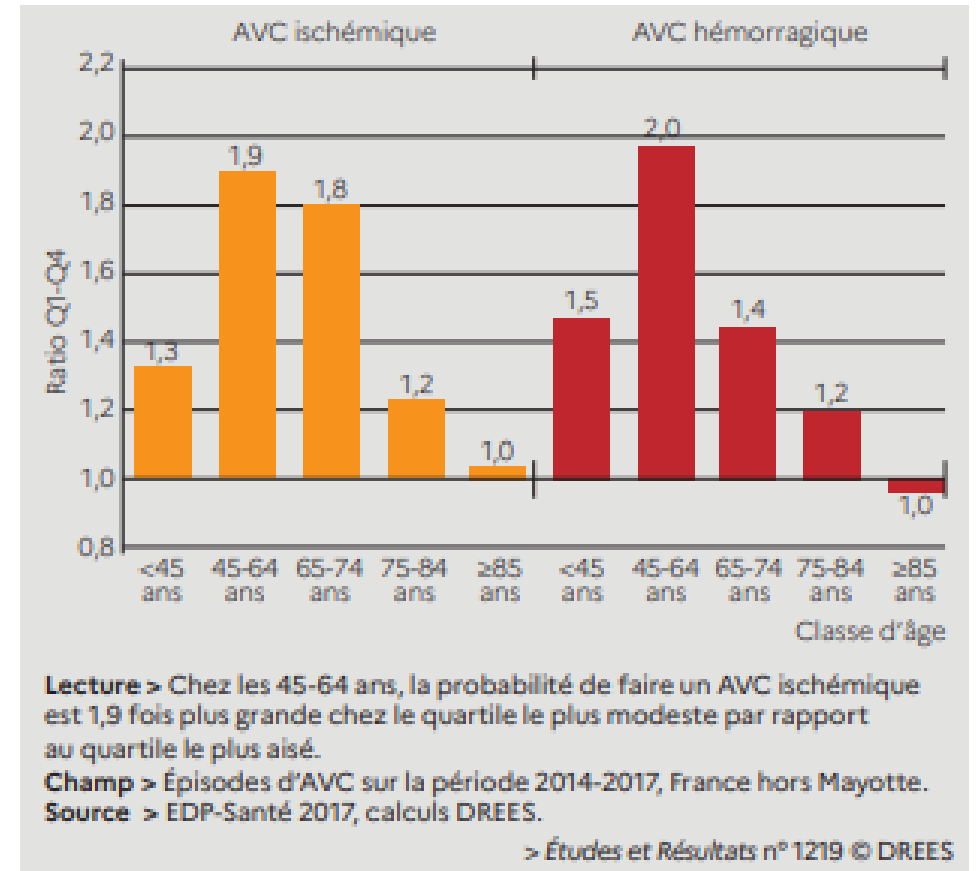
- Source:
  - Echantillon démographie permanent (EDP)
  - SNDS
- Population d'étude: tous les patients hospitalisés pour AVC entre 2014-2017

# RESULTATS

- 19 000 épisodes d'AVC ont été considérés
- Représentant 444 000 épisodes en population générale
- $\frac{3}{4}$  AVC ischémiques

# Taux de survenue

- Deux mesures importantes : taux standardisé et ratio Q1/Q4
- Taux standardisé multiplié par 1,4 pour Q1 par rapport à Q4
- Pour les AVC ischémiques comme hémorragiques, le ratio Q1/Q4 est plus important entre 45 et 64 ans puis décroît avec l'âge, pour être proche de 1 chez les 85 ans ou plus
- Équivalent chez les hommes et les femmes





# Prise en charge en UNV

- 52,9 % des AVC ischémiques
- 27,3 % des AVC hémorragiques  
(le reste étant en soins critiques ou neurochirurgie)
- Moindre niveau de vie = 10 % de chances en moins d'aller en UNV

Variable	UNV
<b>Classe d'âge</b>	
Moins de 45 ans	Réf.
45-64 ans	0,91 (0,84 ; 0,97)
65-74 ans	0,84 (0,78 ; 0,91)
75-84 ans	0,72 (0,65 ; 0,78)
85 ans ou plus	0,46 (0,40 ; 0,53)
<b>Sexe</b>	
Femme	Réf.
Homme	1,05 (1,01 ; 1,09)
<b>Quartile de niveau de vie</b>	
Niveau de vie (Q1)	0,90 (0,85 ; 0,94)
Niveau de vie (Q2)	0,92 (0,87 ; 0,96)
Niveau de vie (Q3)	0,95 (0,91 ; 1,00)
Niveau de vie (Q4)	Réf.
<b>Vivre seul(e)</b>	
Non	Réf.
Oui	0,95 (0,92 ; 0,99)
Charlson modifié <sup>2</sup>	0,97 <sup>1</sup> (0,95 ; 0,99)
<b>Type d'AVC</b>	
AVC ischémique	
AVC hémorragique	
<b>Passage en UNV</b>	
Non	
Oui	
Nombre de lits de SSR <sup>2</sup>	
Nombre de lits d'UNV <sup>2</sup>	1,09 <sup>2</sup> (1,08 ; 1,10)

- Effet de l'âge

- Les chances d'aller en UNV diminuent avec l'âge
- Écart jeunes-vieux plus important dans les départements les moins bien dotés

- Effet du sexe

- Les femmes vont moins souvent en UNV
- Effet résiduel malgré ajustement sur l'âge et le fait de vivre seul (Turtzo, et al., 2008)
- Présentation atypique ? Retard diagnostique ? (Labiche, et al., 2002)

Variable	UNV
<b>Classe d'âge</b>	
Moins de 45 ans	Réf.
45-64 ans	0,91 (0,84 ; 0,97)
65-74 ans	0,84 (0,78 ; 0,91)
75-84 ans	0,72 (0,65 ; 0,78)
85 ans ou plus	0,46 (0,40 ; 0,53)
<b>Sexe</b>	
Femme	Réf.
Homme	1,05 (1,01 ; 1,09)
<b>Quartile de niveau de vie</b>	
Niveau de vie (Q1)	0,90 (0,85 ; 0,94)
Niveau de vie (Q2)	0,92 (0,87 ; 0,96)
Niveau de vie (Q3)	0,95 (0,91 ; 1,00)
Niveau de vie (Q4)	Réf.
<b>Vivre seul(e)</b>	
Non	Réf.
Oui	0,95 (0,92 ; 0,99)
Charlson modifié <sup>1</sup>	0,97 <sup>1</sup> (0,95 ; 0,99)
<b>Type d'AVC</b>	
AVC ischémique	
AVC hémorragique	
<b>Passage en UNV</b>	
Non	
Oui	
Nombre de lits de SSR <sup>2</sup>	
Nombre de lits d'UNV <sup>2</sup>	1,09 <sup>2</sup> (1,08 ; 1,10)

# Déficits neurologiques

- Parmi les patients sortis vivants d'hospitalisation:
  - 37.9 % ont présenté une paralysie (le plus souvent une hémiplégie)
  - 32.1 % de troubles du langage
- Plus de paralysie et troubles du langage parmi les AVC ischémiques par rapport aux hémorragiques
- +22% risque de paralysie
- +11% risque de troubles du langage

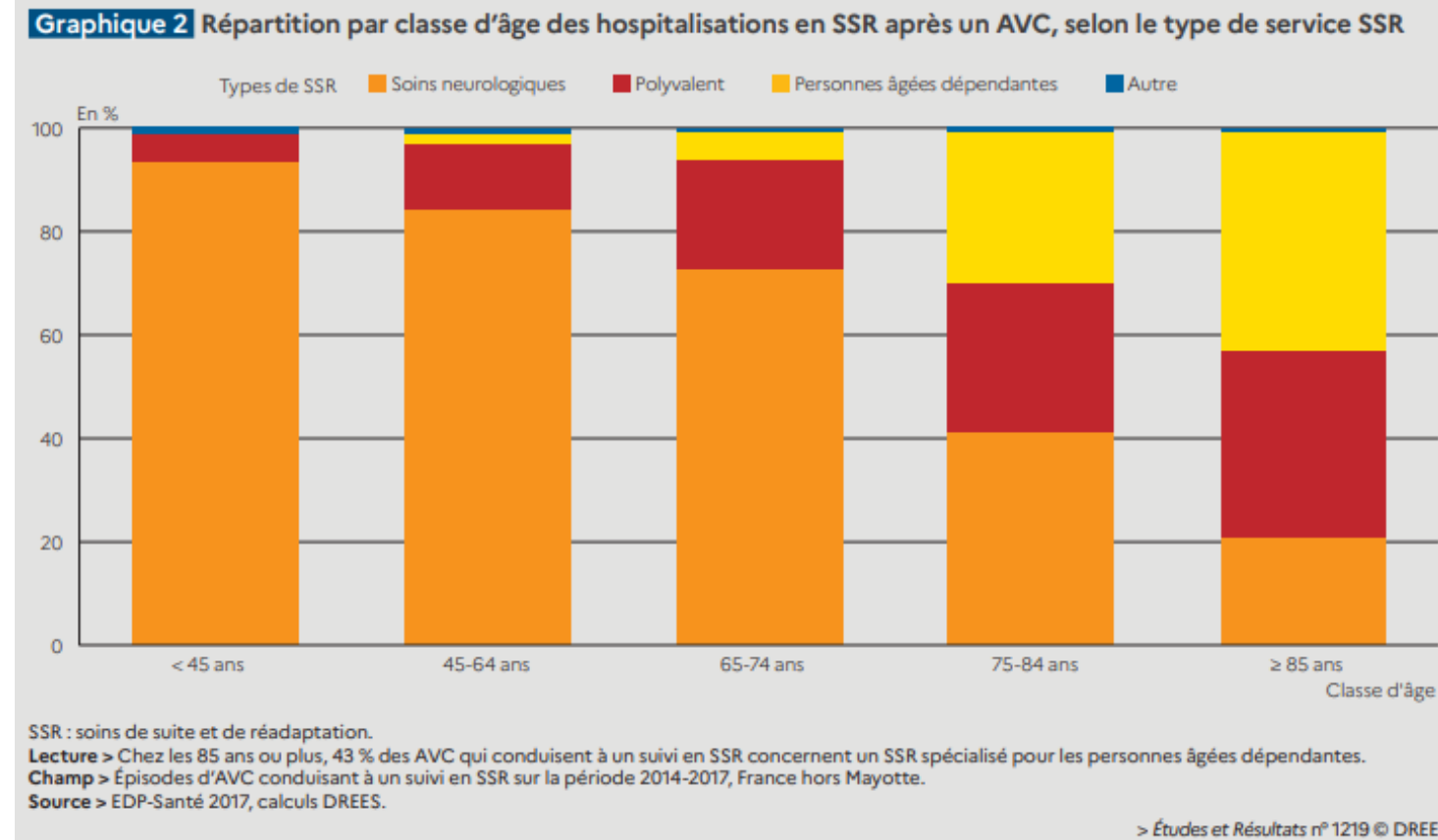
Variable	Paralysie	Troubles du langage
<b>Classe d'âge</b>		
Moins de 45 ans	Réf.	Réf.
45-64 ans	1,22 (1,10 ; 1,36)	1,18 (1,04 ; 1,33)
65-74 ans	1,28 (1,15 ; 1,41)	1,33 (1,18 ; 1,50)
75-84 ans	1,31 (1,18 ; 1,45)	1,35 (1,20 ; 1,51)
85 ans ou plus	1,40 (1,27 ; 1,54)	1,34 (1,19 ; 1,51)
<b>Sexe</b>		
Femme	Réf.	Réf.
Homme	1,01 (0,97 ; 1,05)	0,97 (0,93 ; 1,02)
<b>Quartile de niveau de vie</b>		
Niveau de vie (Q1)	1,22 (1,15 ; 1,29)	1,11 (1,04 ; 1,18)
Niveau de vie (Q2)	1,15 (1,09 ; 1,22)	1,03 (0,96 ; 1,10)
Niveau de vie (Q3)	1,08 (1,02 ; 1,15)	1,06 (0,99 ; 1,13)
Niveau de vie (Q4)	Réf.	Réf.
<b>Vivre seul(e)</b>		
Non	Réf.	Réf.
Oui	1,03 (0,98 ; 1,07)	1,02 (0,97 ; 1,07)
<b>Charlson modifié<sup>1</sup></b>	1,07 <sup>1</sup> (1,04 ; 1,09)	1,06 <sup>1</sup> (1,04 ; 1,08)
<b>Type d'AVC</b>		
AVC ischémique	Réf.	Réf.
AVC hémorragique	0,89 (0,85 ; 0,94)	0,70 (0,65 ; 0,75)
<b>Passage en UNV</b>		
Non		
Oui		
<b>Nombre de lits de SSR<sup>2</sup></b>		
<b>Nombre de lits d'UNV<sup>2</sup></b>		

# Mortalité

- 15,2 % des patients hospitalisés pour AVC sont décédés dans les 30 jours suivant leur admission et 27,0 % dans l'année suivante
- Mortalité plus importante parmi les AVC hémorragiques
- Pas d'effet du niveau de vie sur la mortalité à 30 jours
- Niveau de vie élevé : -11% de risque de décès à un an

# Transfert en SSR

- Parmi les patients sortis en vie d'hospitalisation et avec une paralysie
  - 57 % de transfert en SSR
  - 55 % AVC ischémiques contre 66 % AVC hémorragiques
- Le type de SSR dépend de l'âge
- Pas d'effet du niveau de vie
- Mais effet « passage en UNV »



# CONCLUSION

- Parmi les plus pauvres
  - Taux de survenue plus important
  - Moins bon accès à l'UNV
  - Plus de déficits neurologiques
- Pas d'effet sur la mortalité à 30 jours
- Pas d'effet sur les transferts en SSR
- Quelques pistes de réflexion...

Certaines études internationales ont suggéré que la prise en charge spécialisée des AVC à la phase aiguë était moins bonne pour les personnes les plus défavorisées (*Langagergaard, et al., 2011; Niklasson, et al., 2019*)

- les signes d'AVC sont plus rarement reconnus => retard à l'appel des secours
- les signes pourraient également être moins bien décrits => allongement des délais