

Parcours de soins des accidents vasculaires cérébraux selon le contexte rural ou urbain de résidence et l'affiliation à la mutualité sociale agricole

O. GRIMAUD (1), L. MENANT (1), N. LE MEUR (1), S. KERBRAT, (2) V. OLIE (3), S. TIMSIT (4)

(1) Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), CNRS, INSERM, Arène – UMR 6051 ; (2) DAMAD ; (3) Santé Publique France ; (4) CHU BREST



Contexte et Objectifs

L'**accident vasculaire cérébral** (AVC) est une pathologie traceuse de la performance du système de santé, nécessitant une coordination de l'ensemble de ses composantes (de la prévention à la rééducation). Dans le contexte français, une étude de 2019 a montré **une incidence supérieure, mais une létalité moindre dans les territoires ruraux** couverts par le Registre des AVC du Pays de Brest [1]. Ce résultat va à l'inverse de ce qui a été observé dans une seconde étude portant sur le territoire national [2].

Les **objectifs** étaient **1** - de caractériser les parcours de soins des patients atteints d'AVC et **2** - d'étudier l'association avec le contexte de résidence (densité, en tant qu'indicateur de ruralité) et l'affiliation à la mutualité sociale agricole (MSA).

Méthodes



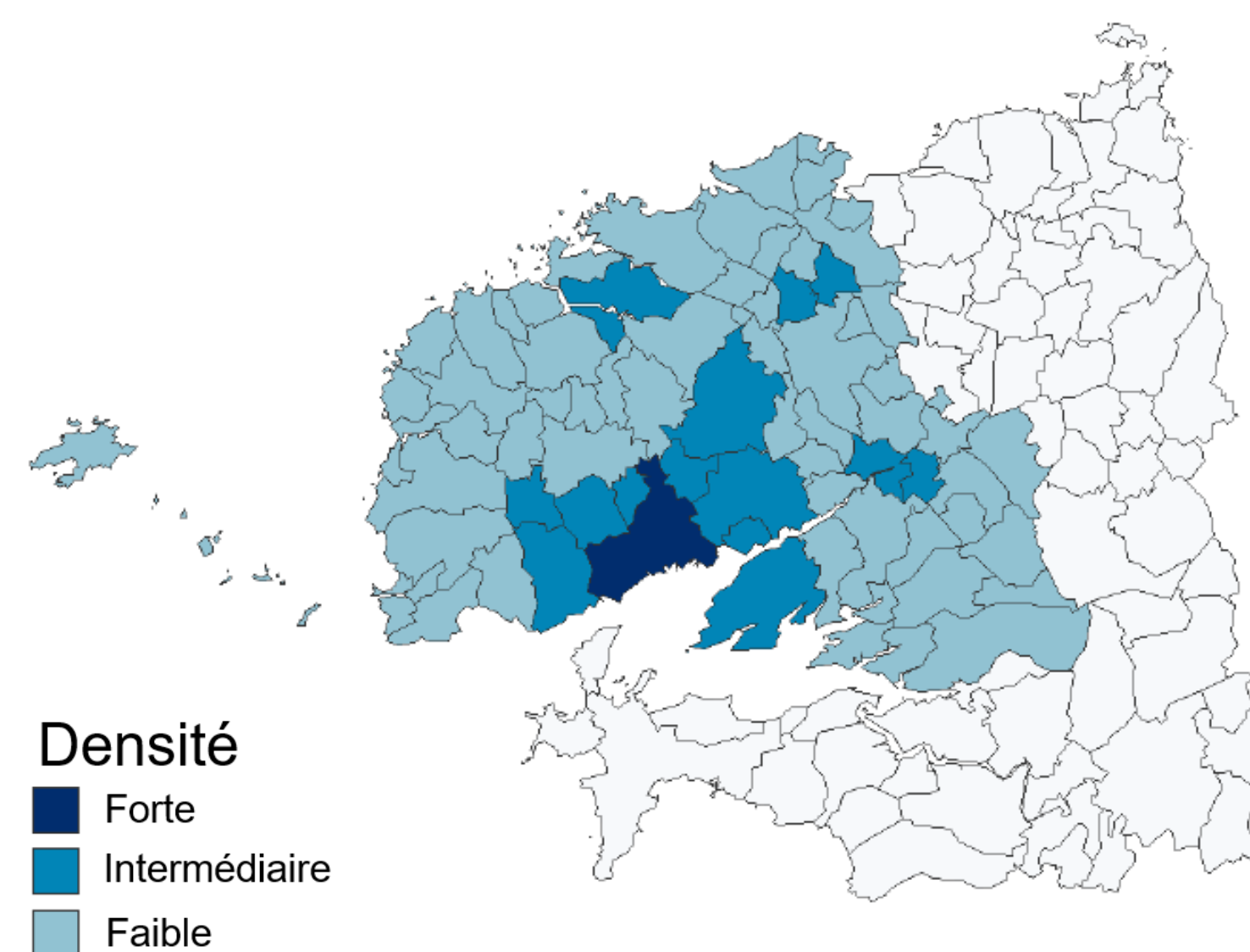
Registre des AVC du Pays de Brest - AVC ischémique entre 2010 et 2013 (données cliniques)

Appariement



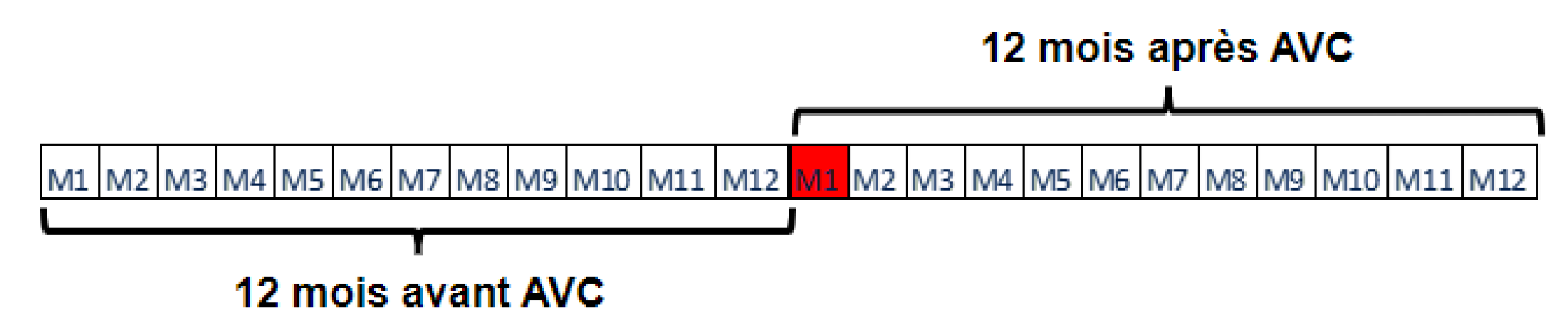
Système National des Données de Santé (SNDS) (consommation de soins)

Classification INSEE de 2012



1 - Typologie des parcours

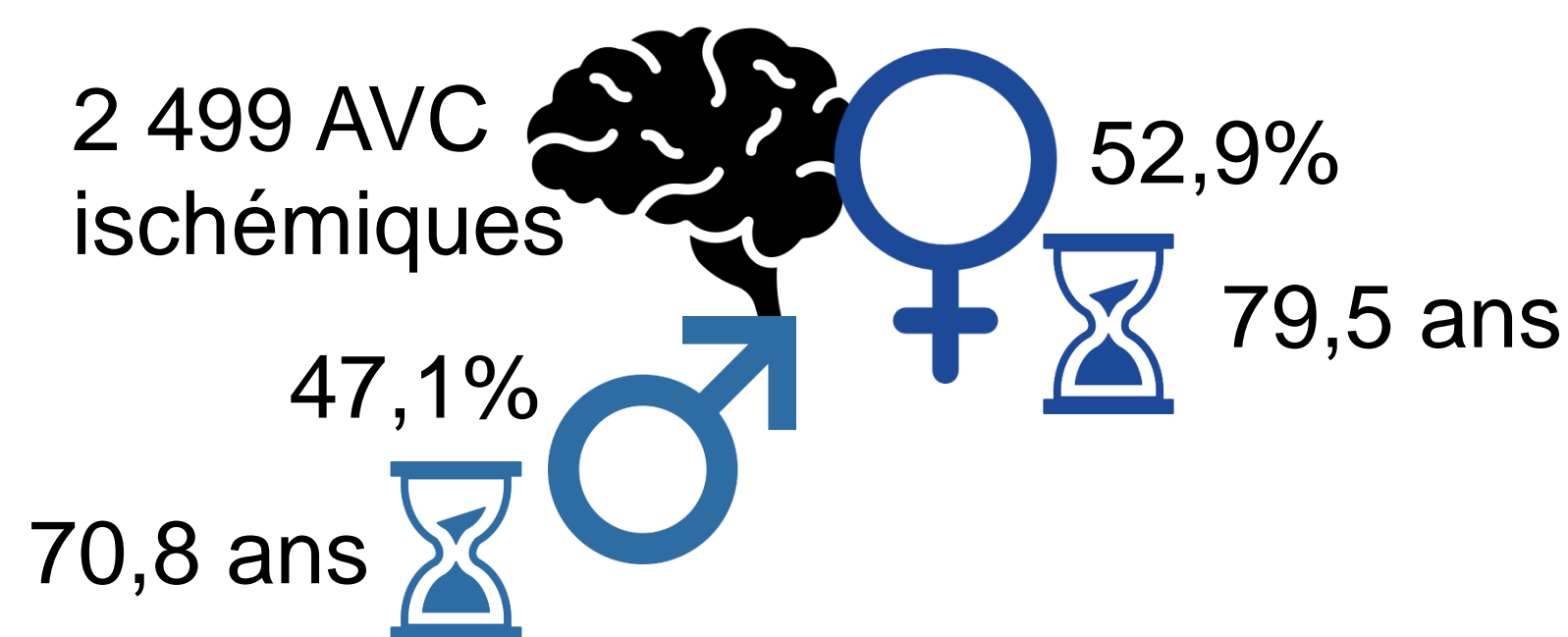
Analyse de séquence multichannel (MCSA) + Classification Ascendante Hiérarchique (CAH), Ward



2 - Identification des facteurs associés à la typologie des parcours

Modèles de régression logistique multinomial incluant les **caractéristiques des patients**

Résultats



Selon la densité

- Peu de contrastes concernant le risque cardiovasculaire préalable, la sévérité de l'AVC (selon NIHSS) ou l'accès aux soins aigus (imagerie, UNV),
- Recours moindre aux soins dans les zones à densité intermédiaire ; recours plus élevé (76 vs 64%) et fatalité moindre (20 vs 24%) dans les zones à faible densité en période post soins aigüe.

Selon l'affiliation MSA

- Âge plus élevé et des prévalences moindre des cancers et du diabète à la survenue de l'AVC.

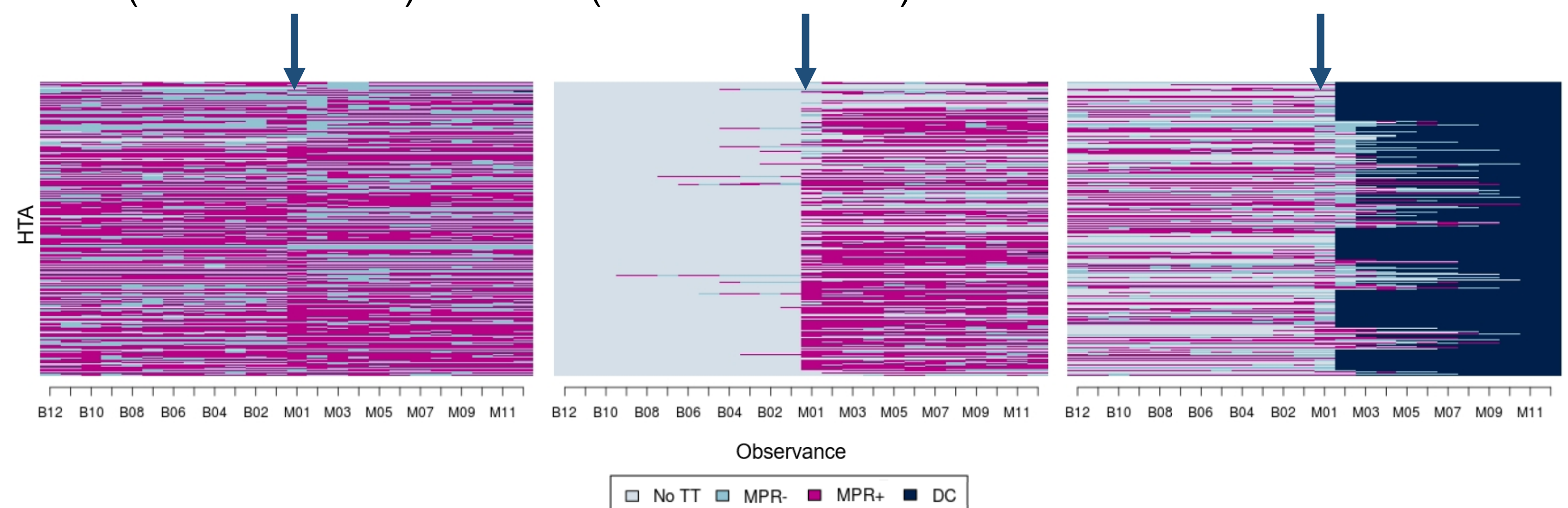
Trois groupes de parcours

(Illustré ci-dessous selon l'indicateur de consommation d'antihypertenseur)

Prévention du risque vasculaire (n = 843 - 34%)

Faible consommation de soins pré- AVC (n = 1 117 - 47%)

Décès post AVC (n = 539 - 22%)



- Pas d'association entre densité et typologie des parcours,
- L'affiliation MSA est significativement associée faible consommation de soins pré-AVC.

Conclusion

- Près d'un AVC sur deux survient chez une personne ne bénéficiant pas d'un traitement préventif cardiovasculaire,
- Les parcours de soins ne varient pas significativement selon la densité de la commune de résidence, suggérant une équité de la prise en charge,
- L'âge plus élevé des patients affiliés à la MSA reflète vraisemblablement une incidence moindre dans ce groupe pour lequel la prévalence de comorbidités est également moins élevée.