

Inégalités sociales dans la prise en charge des AVC ischémiques en France

D. Naouri¹, S. Allain¹, E. Ferry-Lemonier¹, P. Raynaud¹, V. Costemalle¹
(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Paris, France

Introduction

Il existe des disparités régionales dans l'accès aux unités neuro-vasculaires (UNV) en France. Plusieurs études ont montré que vivre dans des zones défavorisées est associé à une fréquence plus élevée d'accident vasculaire cérébral (AVC) et lorsque

celui-ci survient à un niveau de gravité plus important. Cependant, peu d'études ont exploré l'association entre les caractéristiques socio-économiques individuelles (et non du lieu de vie) et la prise en charge des AVC.

Méthodologie

Cette étude est basée sur les données de l'EDP-Santé qui correspond à la réunion de deux sources de données : l'échantillon démographique permanent (EDP) qui rassemble les données socio-démographiques et économiques d'un échantillon représentatif de la population générale, et les données du Système nationale des données de santé (SNDS). Nous avons sélectionné tous les patients admis à l'hôpital pour

AVC ischémique aigu entre 2014 et 2017. Les taux annuels de survenue ont été standardisés afin de neutraliser l'effet de l'âge et du sexe. Une régression logistique multivariée a été utilisée pour déterminer si le niveau de vie était associé à la probabilité d'être admis en UNV. Après application des pondérations spécifiques à l'EDP-Santé, les informations étaient ramenées à l'échelle de la population générale.

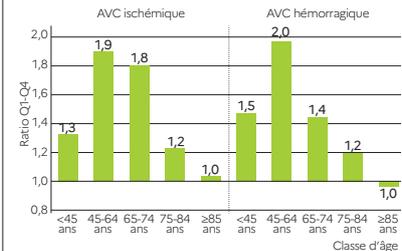
Résultats

Nous avons identifié 14,123 AVC dans notre échantillon, correspondant à 335,273 AVC dans la population générale après prise en compte des pondérations.

Entre 2014 et 2017, le taux standardisé de survenue des AVC dans l'année est inversement proportionnel

au niveau de vie, avec un taux multiplié par 1,4 pour les personnes du premier quartile de niveau de vie (les 25 % des personnes au niveau de vie le plus faible, ou Q1) comparativement au dernier quartile de niveau de vie (les 25 % des personnes au niveau de vie le plus élevé, ou Q4).

Inégalités de survenue d'un AVC selon l'âge



Lecture > Chez les 45-64 ans, la probabilité de faire un AVC ischémique est 1,9 fois plus grande chez le quartile le plus modeste par rapport au quartile le plus aisé.
Champ > Épisodes d'AVC sur la période 2014-2017, France hors Mayotte.
Source > EDP-Santé 2017, calculs DREES.
> Études et Résultats n° 1219 © DREES

Parmi ceux-ci, 52,9 % ont été admis en UNV. Le fait d'être dans le premier quartile de niveau de vie était associé à une probabilité plus faible d'admission en UNV par rapport au quatrième quartile, et était associé à une probabilité plus élevée de paralysie, de trouble du langage et de décès à 1 an.

Modélisation de la probabilité d'aller en UNV, d'avoir une paralysie, d'avoir des troubles du langage, de décéder, d'aller en SSR

Variable	UNV	Paralysie	Troubles du langage	Décès (30 jours)	Décès (1 an)	SSR
Classe d'âge						
Moins de 45 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
45-64 ans	0,91 (0,84 ; 0,97)	1,22 (1,10 ; 1,36)	1,18 (1,04 ; 1,33)	2,08 (1,51 ; 2,85)	2,01 (1,55 ; 2,58)	1,04 (0,91 ; 1,16)
65-74 ans	0,84 (0,78 ; 0,91)	1,28 (1,15 ; 1,41)	1,33 (1,18 ; 1,50)	2,85 (2,09 ; 3,84)	3,04 (2,39 ; 3,82)	1,08 (0,95 ; 1,20)
75-84 ans	0,72 (0,65 ; 0,78)	1,31 (1,18 ; 1,45)	1,35 (1,20 ; 1,51)	4,88 (3,71 ; 6,31)	5,43 (4,46 ; 6,49)	1,12 (1,00 ; 1,24)
85 ans ou plus	0,46 (0,40 ; 0,53)	1,40 (1,27 ; 1,54)	1,34 (1,19 ; 1,51)	7,75 (6,11 ; 9,59)	8,58 (7,41 ; 9,73)	1,04 (0,91 ; 1,17)
Sexe						
Femme	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Homme	1,05 (1,01 ; 1,09)	1,01 (0,97 ; 1,05)	0,97 (0,93 ; 1,02)	0,91 (0,84 ; 0,99)	0,98 (0,93 ; 1,04)	0,95 (0,90 ; 1,00)
Quartile de niveau de vie						
Niveau de vie (Q1)	0,90 (0,85 ; 0,94)	1,22 (1,15 ; 1,29)	1,11 (1,04 ; 1,18)	1,06 (0,95 ; 1,19)	1,12 (1,04 ; 1,21)	1,02 (0,95 ; 1,09)
Niveau de vie (Q2)	0,92 (0,87 ; 0,96)	1,15 (1,09 ; 1,22)	1,03 (0,96 ; 1,10)	1,12 (1,01 ; 1,24)	1,09 (1,02 ; 1,18)	1,05 (0,98 ; 1,12)
Niveau de vie (Q3)	0,95 (0,91 ; 1,00)	1,08 (1,02 ; 1,15)	1,06 (0,99 ; 1,13)	1,10 (0,98 ; 1,22)	1,10 (1,02 ; 1,19)	1,03 (0,96 ; 1,10)
Niveau de vie (Q4)	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Vivre seul(e)						
Non	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Oui	0,95 (0,92 ; 0,99)	1,03 (0,98 ; 1,07)	1,02 (0,97 ; 1,07)	1,01 (0,93 ; 1,09)	1,07 (1,01 ; 1,14)	1,08 (1,03 ; 1,13)
Charlson modifié	0,97 ¹ (0,95 ; 0,99)	1,07 ¹ (1,04 ; 1,09)	1,06 ¹ (1,04 ; 1,08)	1,08 ¹ (1,05 ; 1,11)	1,27 ¹ (1,24 ; 1,30)	0,97 ¹ (0,93 ; 1,00)
Type d'AVC						
AVC ischémique		Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
AVC hémorragique		0,89 (0,85 ; 0,94)	0,70 (0,65 ; 0,75)	3,03 (2,85 ; 3,22)	2,04 (1,95 ; 2,14)	1,23 (1,17 ; 1,29)
Passage en UNV						
Non				Réf.	Réf.	Réf.
Oui				0,55 (0,51 ; 0,60)	0,66 (0,62 ; 0,70)	1,11 (1,06 ; 1,16)
Nombre de lits de SSR ²						0,97 ² (0,94 ; 1,00)
Nombre de lits d'UNV ²	1,09 ² (1,08 ; 1,10)					

UNV : unités neuro-vasculaires ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

1. Le score de Charlson est un score de comorbidité utilisé ici comme reflet de l'état de santé des patients.

Le score de Charlson a été modifié en retirant les points associés à la paralysie.

2. Les nombres de lits d'UNV et de lits de SSR sont rapportés au nombre d'habitants de 50 ans ou plus par département.

Notes > Le passage en UNV n'est pas intégré dans les trois premiers modèles pour des raisons d'endogénéité ; l'admission en UNV est fortement conditionnée par la présence initiale de troubles neurologiques définitaires : paralysie ou trouble du langage.

Pour les variables catégorielles, les risques relatifs ont été approximés à partir des rapports de cotes (odds ratios) afin de faciliter l'interprétation (Zhang et Yu, 1998). Pour les variables continues, les rapports de cotes sont présentés. Un intervalle de confiance à 95 % est indiqué entre parenthèses sous chaque valeur.

Lecture > Toutes choses étant égales par ailleurs, les personnes appartenant au quartile de niveau de vie le plus modeste (Q1) ont un risque d'avoir une paralysie non régressive 22 % supérieur par rapport aux personnes du quartile le plus modeste (Q4, référence).

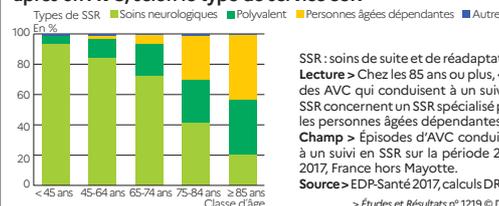
Champ > Tous les modèles ont été estimés sur la période 2014-2017 et pour la France hors Mayotte. Champ du modèle UNV : épisodes d'AVC ischémiques. Champ du modèle Paralysie et Troubles du langage : épisodes d'AVC en excluant les personnes décédées à l'issue du séjour. Champ du modèle Décès : épisodes d'AVC. Champ du modèle SSR : épisodes d'AVC avec séquelle de paralysie non régressive, en excluant les personnes réhospitalisées en MCO ou décédées dans les 30 jours.

Source > EDP-Santé 2017, calculs DREES.

> Études et Résultats n° 1219 © DREES

Les chances d'être pris en charge en UNV diminuent avec l'âge et augmentent avec le nombre de lits d'UNV par département. L'écart de prise en charge en UNV entre les patients jeunes et les plus âgés est plus important dans les départements à faible taux de lits d'UNV. Enfin, parmi les patients présentant une paralysie non régressive à la sortie d'hospitalisation, 57 % ont été pris en charge en SSR dans le mois suivant l'hospitalisation aiguë : 55 % des patients ayant fait un AVC ischémique et 66 % de ceux ayant fait un AVC hémorragique.

Répartition par classe d'âge des hospitalisations en SSR après un AVC, selon le type de service SSR



SSR : soins de suite et de réadaptation.
Lecture > Chez les 85 ans ou plus, 43 % des AVC qui conduisent à un suivi en SSR concernent un SSR spécialisé pour les personnes âgées dépendantes.

Champ > Épisodes d'AVC conduisant à un suivi en SSR sur la période 2014-2017, France hors Mayotte.

Source > EDP-Santé 2017, calculs DREES.
> Études et Résultats n° 1219 © DREES

Conclusion

Un faible niveau de vie était associé à une probabilité plus faible d'admission en UNV ainsi qu'à un risque plus élevé de paralysie et d'aphasie à la fin de l'hospitalisation et à un risque plus élevé de décès un an après l'AVC.

