



**HAL**  
open science

## Défaveur sociale et accès aux stratégies de reperfusion: étude de cohorte populationnelle

Adèle Perrin, Julie Freyssenge, Anne Termoz, Marie Viprey, Julie Haesebaert,  
Laurent Derex, Anne-Marie Schott

### ► To cite this version:

Adèle Perrin, Julie Freyssenge, Anne Termoz, Marie Viprey, Julie Haesebaert, et al.. Défaveur sociale et accès aux stratégies de reperfusion: étude de cohorte populationnelle. 23èmes journées de la Société Française Neuro-Vasculaire, Nov 2018, Paris, France. hal-02705166

**HAL Id: hal-02705166**

**<https://hal.science/hal-02705166>**

Submitted on 8 Dec 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Défaveur sociale et accès aux stratégies de reperfusion: Etude de cohorte populationnelle



A. Perrin<sup>1</sup>, J. Freyssenge<sup>1,3,4</sup>, A. Termoz<sup>1,2</sup>, M. Viprey<sup>1,2</sup>, J. Haesebaert<sup>1,2</sup>, L. Derex<sup>1,5</sup>, A.M. Schott<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Université Claude Bernard Lyon 1, Laboratoire HESPER EA 7425 - Lyon (France), <sup>2</sup>Pôle santé Publique - Hospices Civils de Lyon - Lyon (France), <sup>3</sup>Réseau RESCUE-RESUVal, <sup>4</sup>UMR5600 Environnement Ville Société CNRS, Université Jean Moulin Lyon 3, <sup>5</sup>Service de Neurologie, Hospices Civils de Lyon – Bron (France)

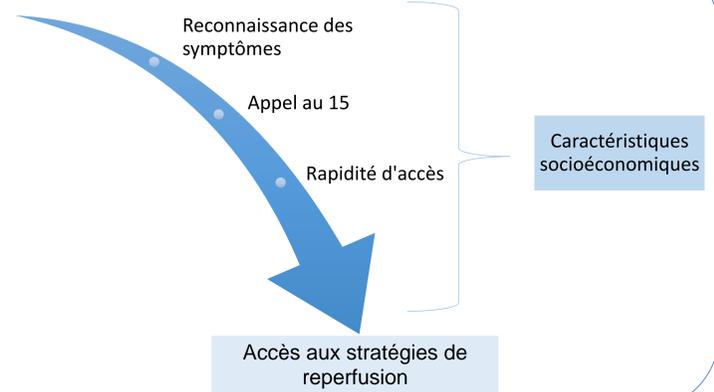
## Contexte

Nombre d'études ont étudié l'association entre faible niveau socioéconomique et augmentation de l'incidence ou de la mortalité. L'évaluation du niveau socioéconomique des patients peut également être un outil de mesure des inégalités d'accès aux stratégies de reperfusion. (Chen et al, 2014)

Mesurer la défaveur sociale est un des moyens d'étudier les inégalités. La défaveur peut être définie comme un « état de désavantage observable et démontrable relatif à la communauté locale ou plus largement à la société à laquelle appartient une personne, une famille ou un groupe » (Townsend P et al, 1987)

## Objectif

Rechercher l'existence d'une **association entre défaveur sociale et accès à une stratégie de reperfusion** chez des patients victimes d'un AVC ischémique au sein d'une cohorte en population générale.



## Méthode

**STROKE 69:** Etude de **cohorte prospective populationnelle** de Novembre 2015 à Décembre 2016 **dans le Rhône.**

**Population:** Patients > 18ans admis dans un service d'urgences (n=6) ou UNV (n=2) avec suspicion d'AVC ischémique dans les 24 heures après apparition des symptômes

**Résultat clinique:** Accès à une stratégie de reperfusion : thrombolyse et/ou thrombectomie

**Variable prédictive:**

- Mesurée par **IDE : Indice Européen de Défavorisation** (C. Pernet et al, 2012), validé à l'échelle Européenne
- A partir de: Base de données de **l'INSEE 2014** (Institut National de Statistiques et d'Etudes Economiques)
- A l'échelle de: **l'IRIS** (Ilots Regroupés pour l'Information Statistique)

- Les IRIS ont été divisés en **quintiles**  
**Q1** → **Q5**  
 - défavorisé → + défavorisé

$$IDE = 0,11 \times \text{« Surpeuplement »} + 0,34 \times \text{« Pas d'accès au chauffage central ou électrique »} + 0,55 \times \text{« Non propriétaires »} + 0,47 \times \text{« Chômage »} + 0,23 \times \text{« Nationalité étrangère »} + 0,52 \times \text{« Pas d'accès à une voiture »} + 0,37 \times \text{« Ouvriers non qualifiés, ouvriers agricoles »} + 0,45 \times \text{« Ménages avec au moins 6 personnes »} + 0,19 \times \text{« Faible niveau d'étude »} + 0,41 \times \text{« Familles monoparentales »}$$

## Résultats

Stroke 69 comprend **1231 patients ischémiques** (figure 1) dont **31% sont défavorisés** (figure 2) et **19,6% ont accès à une stratégie de reperfusion**. Des variables socioéconomiques (sexe, âge, défaveur), organisationnelles (lieu de 1<sup>ère</sup> hospitalisation, lieu de provenance, moyen de transport, appel au 15, délais de prise en charge) et cliniques (NIHSS, antécédents..) ont été étudiées (tableau 1). Les caractéristiques démographiques, le parcours de soins à la phase aiguë et la gravité initiale étaient significativement associés à l'accès aux stratégies de reperfusion contrairement au niveau de défaveur, non significatif après ajustement sur ces facteurs.

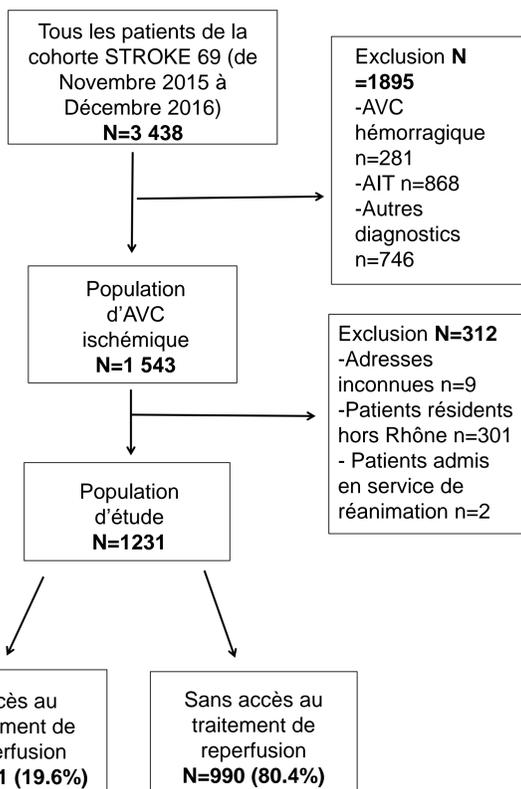


Figure 1: Flow chart de l'étude

N = 1231	Stratégie de reperfusion N=241 (19,6%)	Pas de stratégie de reperfusion N=990 (80,4%)	P-value	OR (IC 95%)	OR ajusté (IC 95%)
<b>Sexe (n,%)</b>					
Femme	114 (47,3)	515 (52,0)	0,19	0,83 (0,63-1,10)	1,12 (1,67-1,87)
<b>Age (années, moy, SD)</b>					
18-49 (n,%)	26 (10,8)	45 (4,6)	<0,0001	1,00	1,00
50-64 (n,%)	41 (17,0)	147 (14,9)		0,48 (0,27-0,87)	0,44 (0,14-1,39)
65-80 (n,%)	87 (36,1)	284 (28,7)		0,53 (0,31-0,91)	0,50 (0,17-1,44)
>80 (n,%)	87 (36,1)	514 (51,9)		0,29 (0,17-0,50)	0,32 (0,11-0,92)
<b>Défaveur sociale (n, %)</b>					
Moins défavorisés	176 (73,0)	678 (68,3)	0,16	1,00	1,00
Défavorisés	65 (27,0)	314 (31,7)		0,80 (0,58-1,09)	0,98 (0,58-1,66)
<b>Antécédents d'AVC (n, %)</b>					
<5	31 (12,9)	262 (26,5)	<0,0001	0,41 (0,27-0,61)	0,34 (0,18-0,67)
<b>NIHSS (n, %)</b>					
<5	53 (22,2)	523 (53,6)	<0,0001	1,00	1,00
5-14	103 (43,1)	331 (34,0)		3,07 (2,15-4,40)	3,05 (1,68-5,53)
15-20	43 (18,0)	83 (8,5)		5,11 (3,21-8,13)	2,51 (1,20-5,23)
>20	40 (16,7)	38 (3,9)		10,39 (6,14-17,58)	3,42 (1,49-7,87)
<b>Lieu de 1<sup>ère</sup> hospitalisation (n, %)</b>					
Urgences	62 (25,7)	852 (86,1)	<0,0001	1,00	1,00
UNV	179 (74,3)	138 (13,9)		17,83 (12,68-25,05)	2,85 (1,51-5,39)
<b>Délai admission-imagerie (minutes, moy, SD)</b>					
	26 (29)	192 (170)	<0,0001		0,98 (0,97-0,99)

Tableau 1: Caractéristiques des patients et analyses uni et multivariées en fonction de l'accès aux stratégies de reperfusion

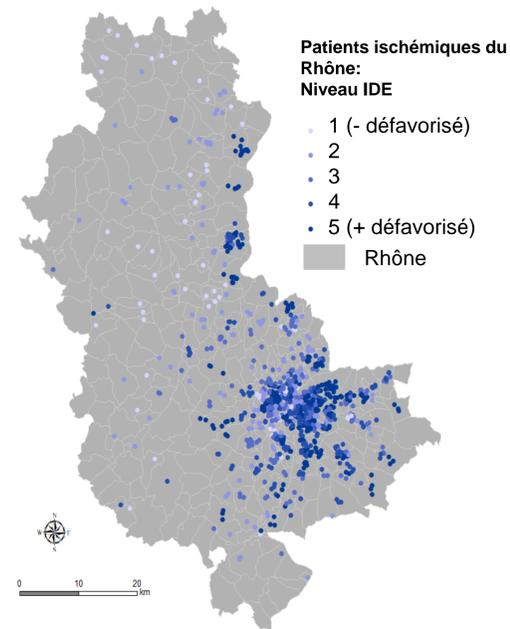


Figure 2: Répartition géographique et indice de défaveur des 1231 patients ischémiques de notre population d'étude à travers le Rhône

## Discussion

**Cette étude ne met pas en évidence d'association entre le niveau de défaveur et l'accès aux stratégies de reperfusion.**

L'indice de défaveur sociale est un indice populationnel à l'échelle de l'IRIS et non à l'échelle individuelle. A partir des données de l'INSEE, cet indice est facilement calculable et disponible, cependant le niveau de défaveur n'est pas calculé à l'échelle individuelle. Les liens sociaux et la desserte en services de proximités sont par exemple des facteurs non pris en compte. Par ailleurs, il peut également exister une inadéquation entre niveau de défaveur sociale et prise en compte rural-urbain.

Ces résultats sont encourageants et permettent de présumer que les actions du plan AVC 2014 et les politiques publiques notamment pour réduire les inégalités sociales de santé sont efficaces. En effet, le parcours de prise en charge en aiguë des patients qui ont un AVC ischémique semble identique quelque soit le niveau de défaveur sociale.