



Apport de l'utilisation des données médico-administratives pour une politique de santé territorialisée : l'exemple de la mortalité hospitalière des accidents vasculaires cérébraux, 2008 – 2011

Adrien Roussot, Jonathan Cottenet, Maryse Gadreau, Maurice Giroud, Yannick Béjot, Catherine Quantin

Contexte de l'étude et objectifs

- Déploiement du Plan National AVC
- Exploration et utilisation des BDD médico-administratives...
- ... et leur cartographie

- Objectifs :
 - connaître le nombre de patients pris en charge pour AVC en France à partir du PMSI (MAJ De Peretti 2012...)
 - établir une cartographie de la mortalité hospitalière par AVC en lien avec des données socio-professionnelles

Sources de données

- Sélection des patients :

Bases nationales du PMSI (2008 – 2012) :

I60, I61, I62.9 :AVC hémorragiques

I63, I64, G46 :AVC ischémiques

DS \geq 0 jour

Tous âges

Patients décédés :

Mode de sortie = 9

Dans les 30 jours après 1^{ère} hospitalisation

- Données populationnelles et socio-professionnelles
INSEE :

Base emploi – population active (communal)

Base populationnelle, âges quinquennaux (communal)

Méthodes employées

- Calculs des taux de mortalité hospitalière :
Effectifs de décès cumulés 2008 – 2011 ; Standardisation directe, bases populationnelles de référence : nationale et codes géographiques PMSI
- Analyse en Composantes Principales puis Classification Ascendante Hiérarchique

Variables :

- % CSP dans la pop active
- % chômeurs dans la pop active
- % retraités ou pré-retraités de 15 à 64 ans dans la pop active
- % de moins de 20 ans
- % de 20 à 59 ans
- % de plus de 60 ans
- Taux de mortalité hospitalière par AVC pour 100 000 habitants

Outils utilisés

- SAS 9.2 pour le traitement des données et les analyses
- SIG MapInfo 11.0 pour la cartographie

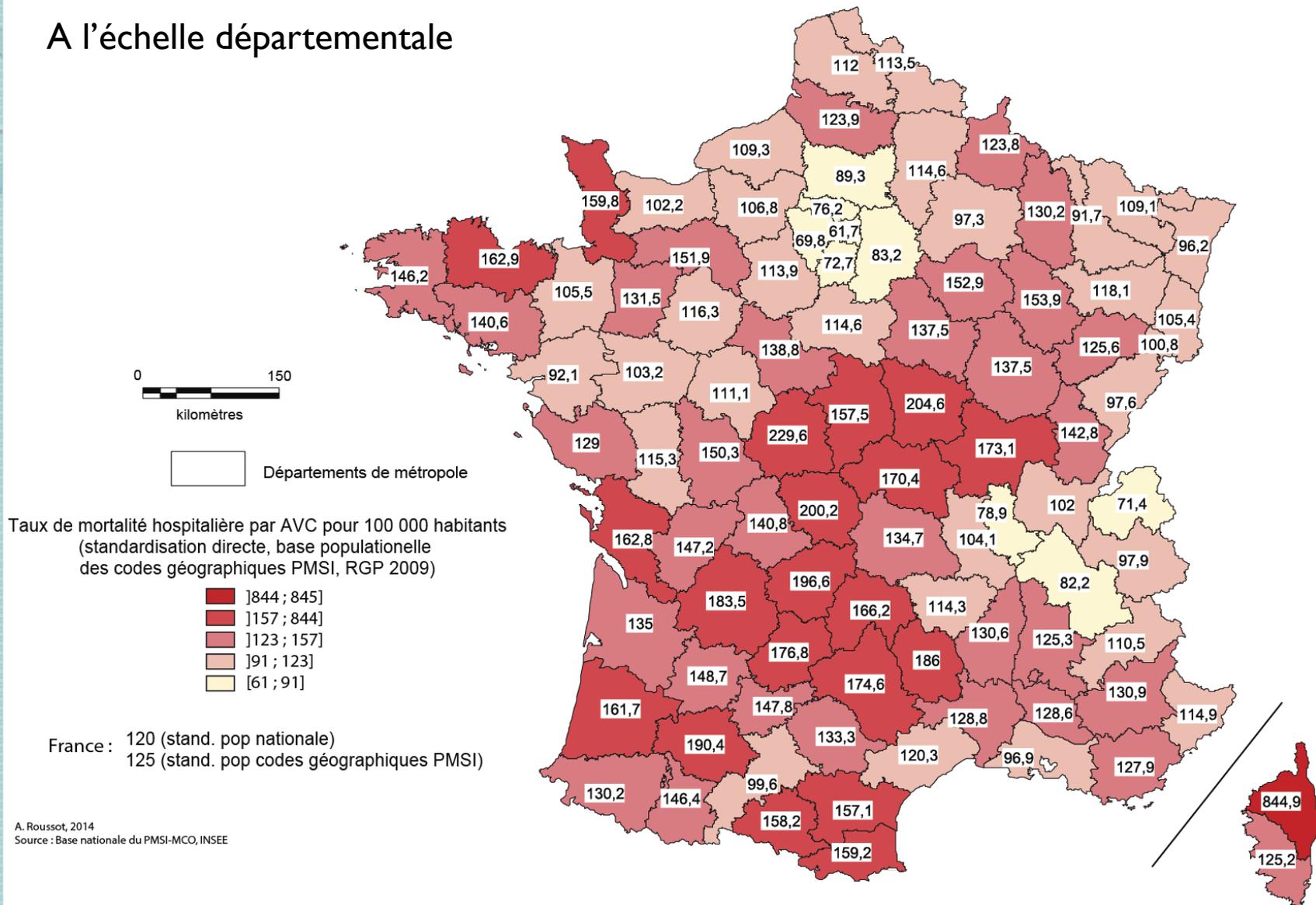
Résultats (I) : augmentation générale des patients pris en charge (2008 – 2011)

- + 3,85 % (96 695 → 100 420 patients)
- Baisse générale du nombre de moins de 55 ans, mais légère augmentation des hospitalisations chez les 36 – 55 ans
- Répartitions par sexe et classes d'âge hétérogènes

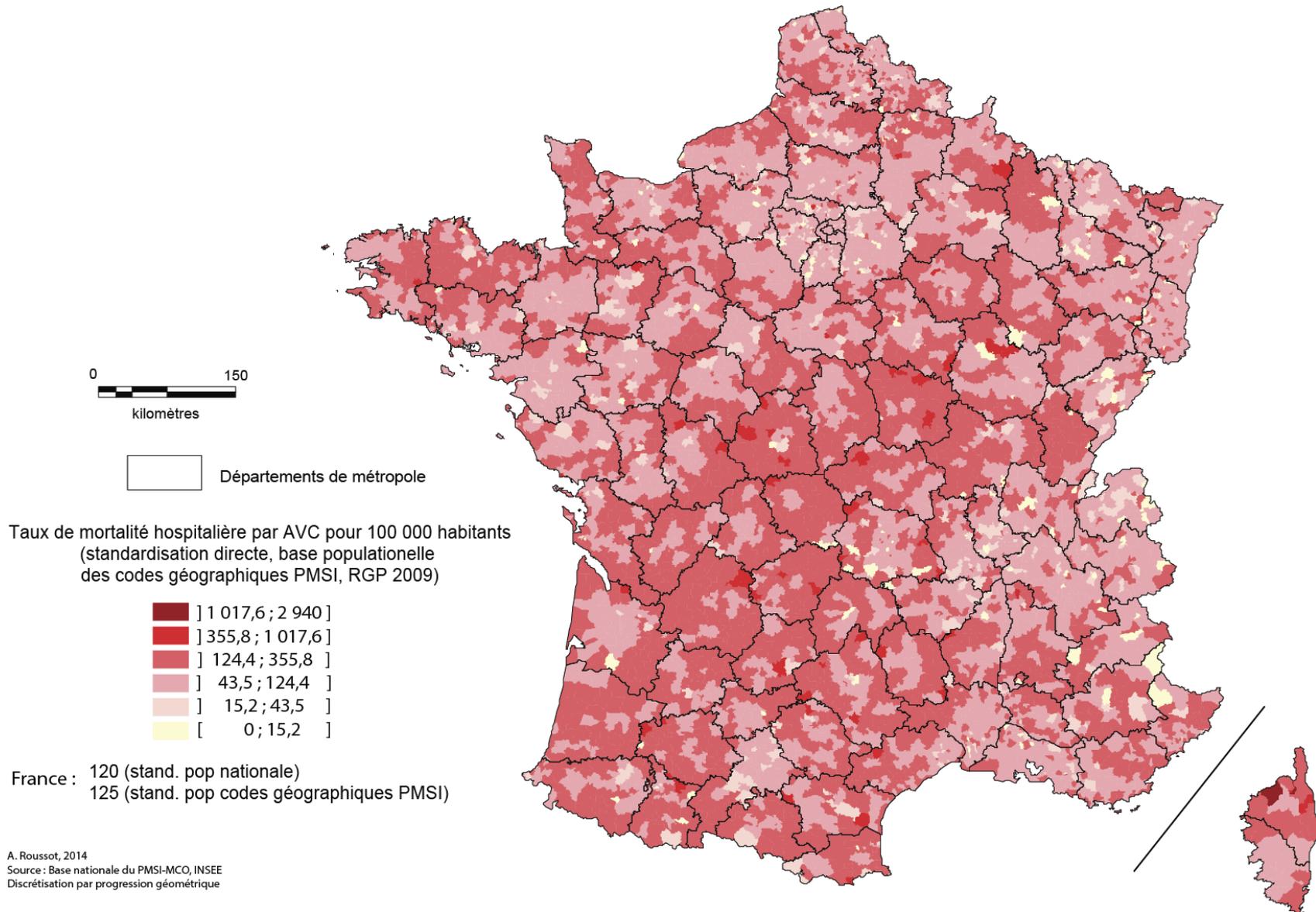
	2011			2010			2009			2008		
	<=35	36-55	>55	<=35	36-55	>55	<=35	36-55	>55	<=35	36-55	>55
AVC (hors AIT) n	2 296	11 592	86 532	2 568	11 898	87 249	2 467	11 293	84 797	2 456	11 344	82 895
Sexe												
Homme	48,9	60,1	47,7	51,6	58,8	47,8	48,2	59,0	47,8	49,2	59,2	48,1
Femme	51,1	39,9	52,3	48,4	41,2	52,2	51,8	41,0	52,2	50,8	40,8	51,9
Décès intrahospitalier (à 30 jours)	109 (4,7%)	923 (8,0%)	15 033 (17,4%)	132 (5,1%)	932 (7,8%)	15 423 (17,7%)	123 (5,0%)	951 (8,4%)	14 959 (17,6%)	145 (5,9%)	939 (8,3%)	14 873 (17,9%)

Résultats (2) : la diagonale de sur-mortalité par AVC

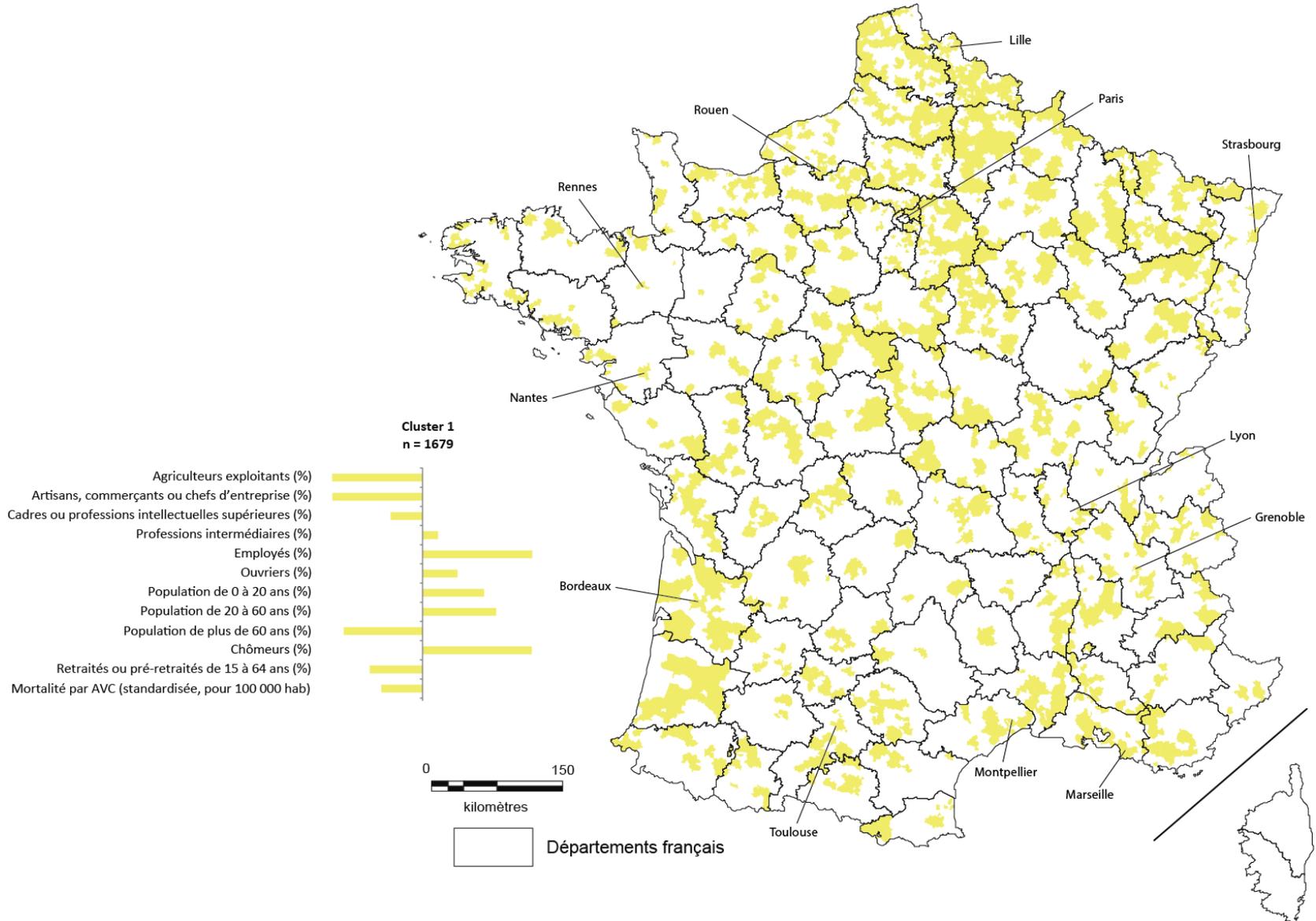
A l'échelle départementale



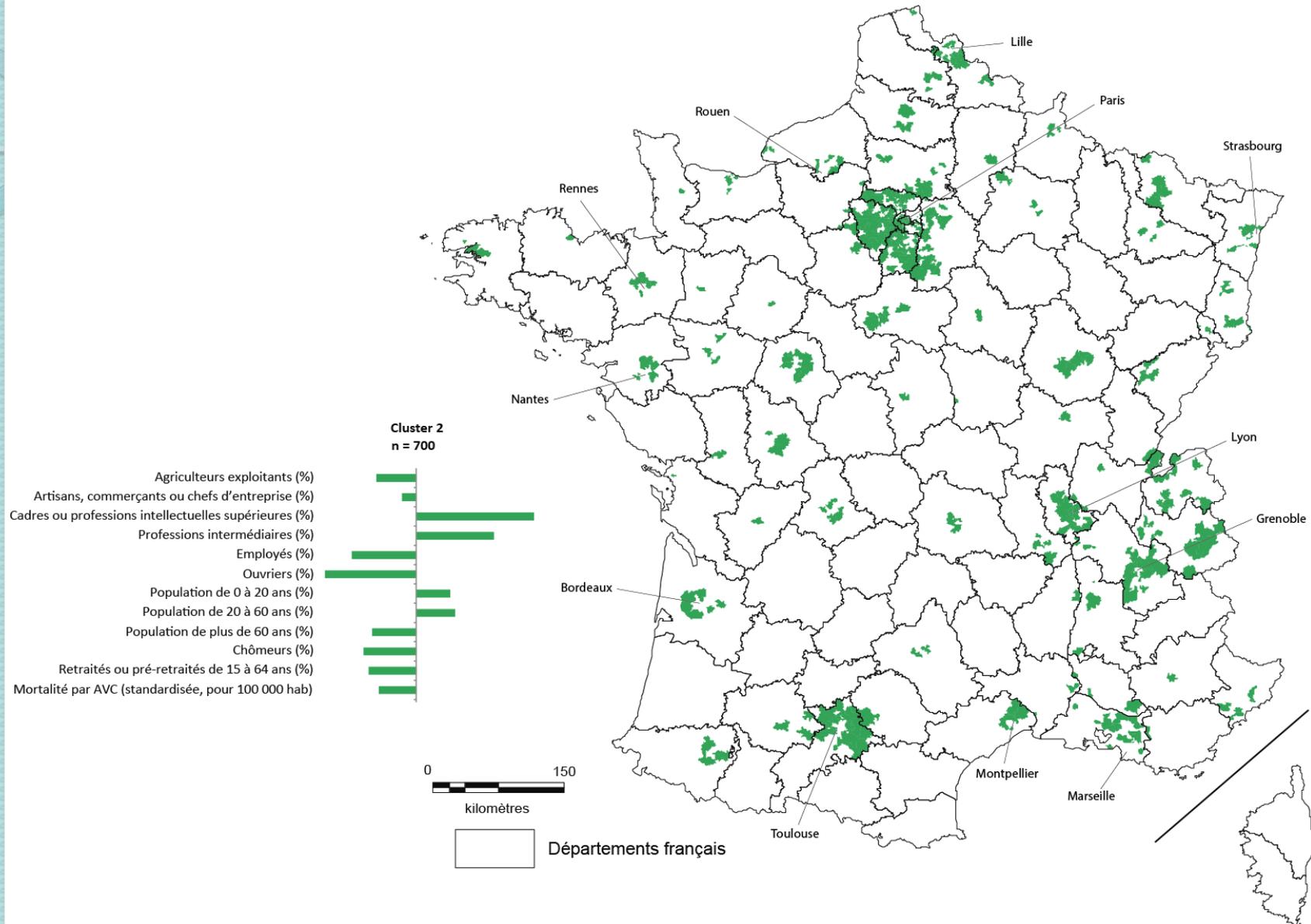
A l'échelle des codes géographiques



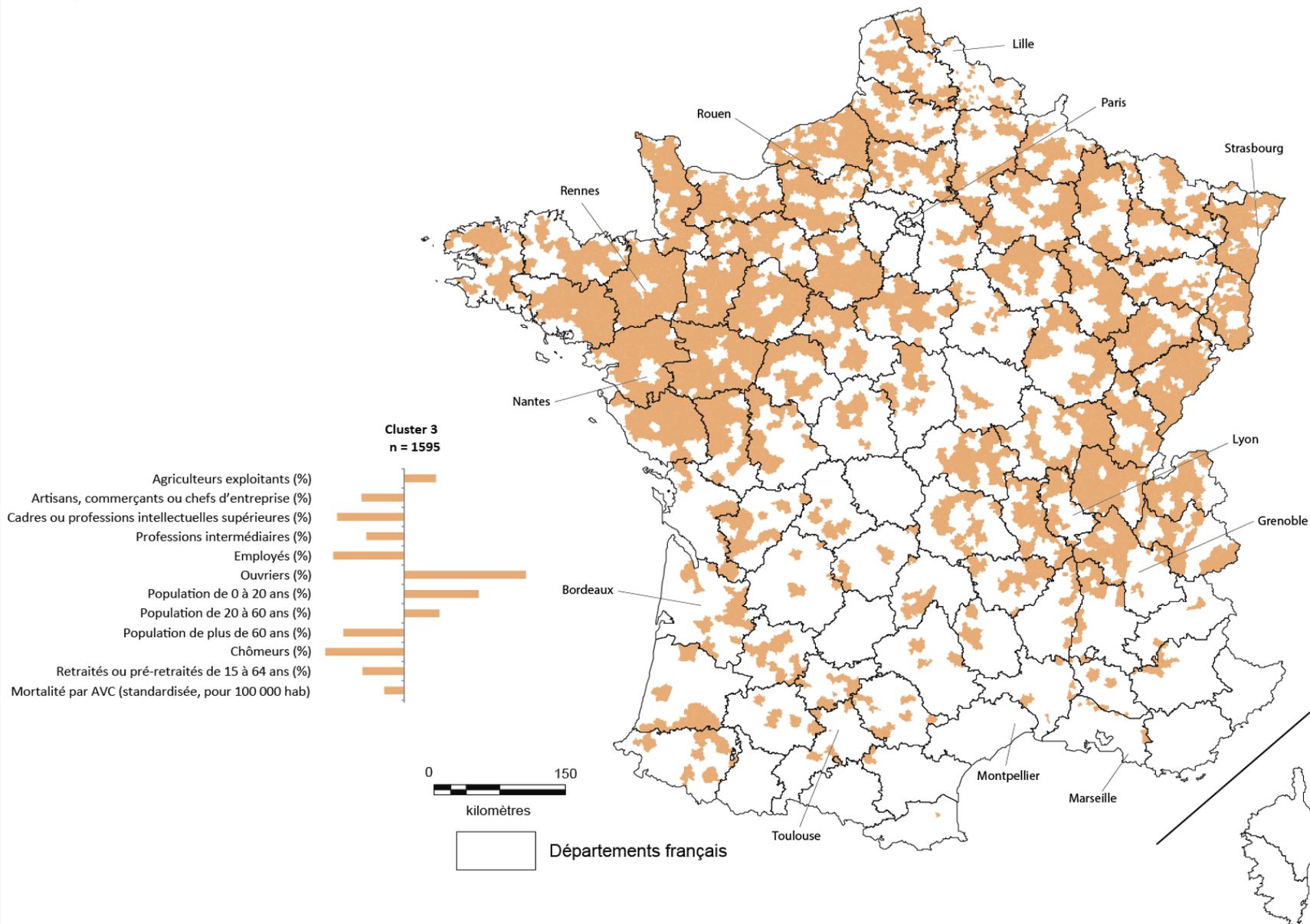
Cluster I : la France des villes et des territoires jeunes, avec une faible mortalité par AVC



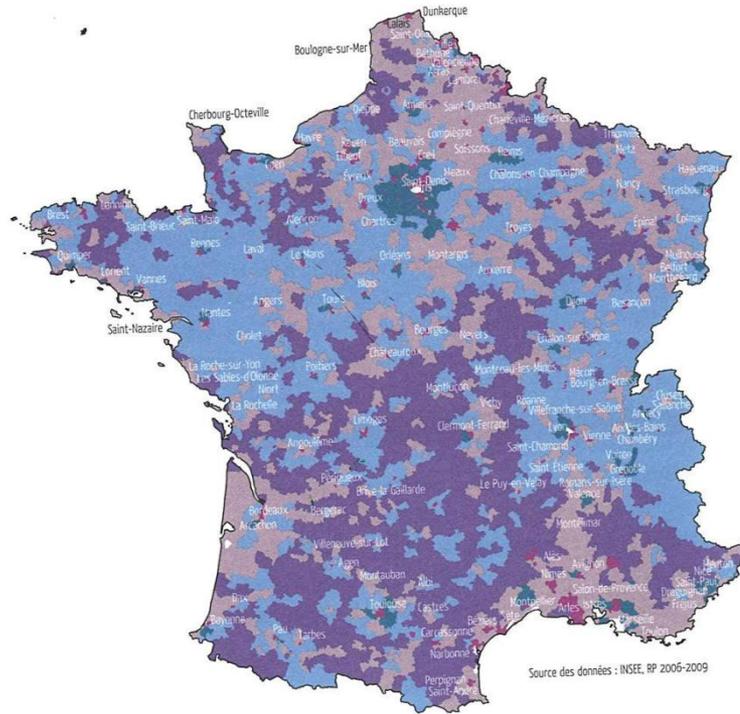
Cluster 2 : les territoires périurbains aisés



Cluster 3 : « la France douce des équilibres » (E.Vigneron in *Les inégalités de santé dans les territoires français, 2011*)



La France des fragilités et des dynamismes socio-économiques en 2009



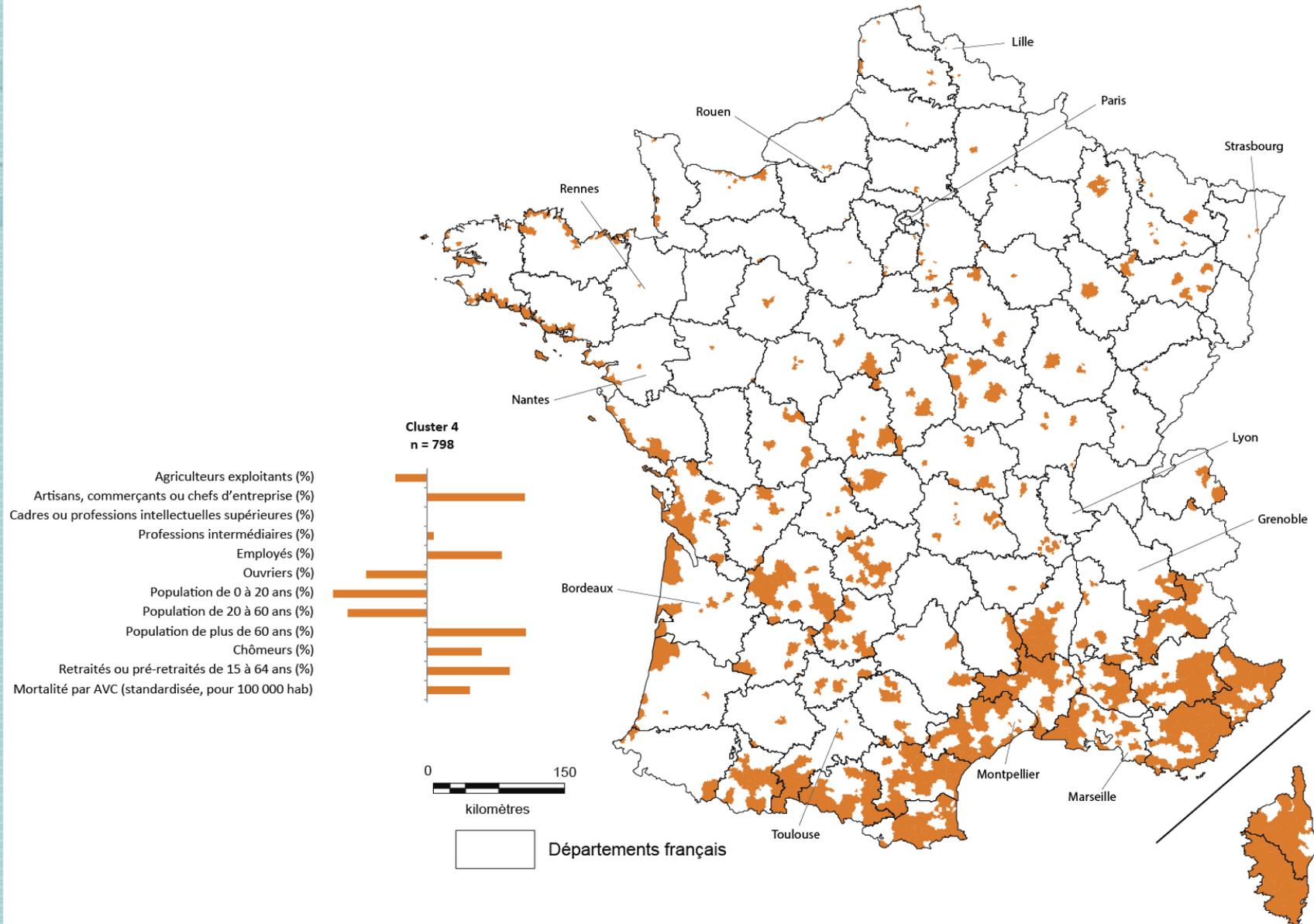
Source des données : INSEE, RP 2006-2009



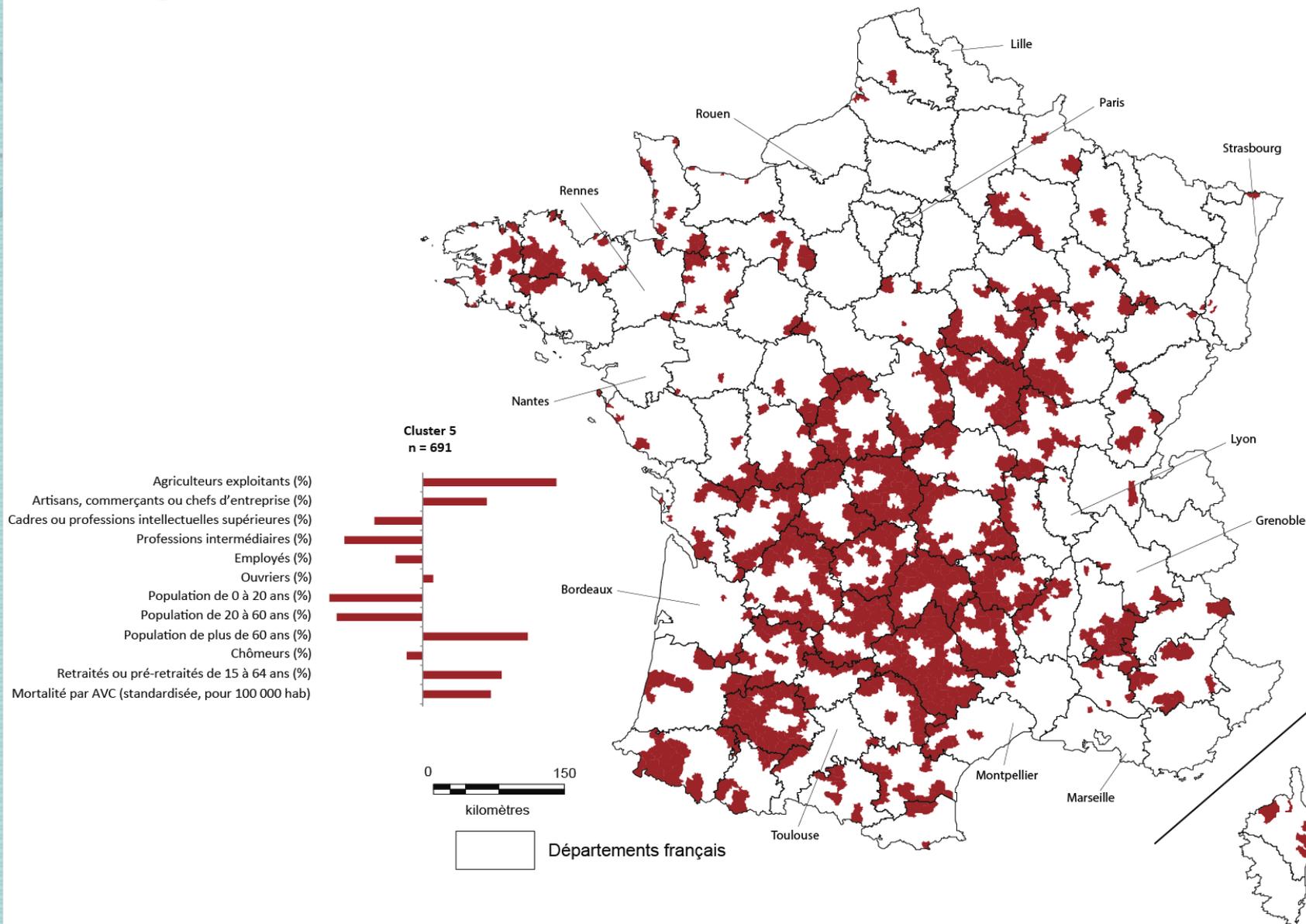
- Types de cantons
- 1A La France des "beaux quartiers"
 - 1B La France douce des équilibres
 - 2A La France qui se débrouille... mal...
 - 2B La France des "cités"
 - 2C La France moyenne

Résultats de la typologie de E.Vignerou, établie à partir de 24 variables de revenus, d'emploi, d'éducation et de modes de vie à l'échelle des cantons

Cluster 4 : les territoires littoraux et montagneux en voie de vieillissement



Cluster 5 : les territoires marginalisés qui cumulent les difficultés, la « diagonale de surmortalité »



Discussion (I)

- Un état des lieux des hospitalisations pour AVC en France et de la mortalité associée
- Une diminution de la mortalité hospitalière qui rejoint d'autres études sur des données hospitalières (De Peretti, 2012) ou en population générale (CepiDc, 2011)
- Importance des facteurs de risque, danger d'une augmentation de l'incidence chez les hommes « jeunes »
- Analyses complémentaires nécessaires

Discussion (2)

- Utilité de l'outil cartographique pour représenter les inégalités socio-sanitaires
- Intérêt d'un traitement territorialisé du PMSI-MCO à petite échelle
- Nouvelle mise en avant d'enclaves de sur-mortalité, dans des territoires défavorisés par ailleurs
- Intérêt des autres sources de données pour effectuer des observations à des échelles plus fines
- Croisement avec d'autres pathologies et/ou facteurs de risques pour une nouvelle typologie du paysage sanitaire national

Conclusion

- Le nombre de PEC d'AVC augmente mais la mortalité diminue
- Une diminution nette de la mortalité pour les AVC ischémiques
- Un territoire national fragmenté, avec des espaces marginalisés → intérêt du déploiement de la télé-médecine pour une meilleure intégration de ces espaces dans un système de soins équitable



Merci pour votre attention