

SITUATION EN RÉGION CENTRE : ÉPIDÉMIOLOGIE HOSPITALIÈRE ET ACTIVITÉ NEUROVASCULAIRE DE LA RÉGION



Dr S. BARON, L.GODILLON, C.GABORIT, Pr E.RUSCH
UREH – CHRU DE TOURS



CONTEXTE

Commande ARS 2012



- **SROS RC 2012-2016** « tout patient victime d'un AVC récent, quelque soit son âge ou le traitement mis en place est hospitalisé d'emblée en UNV »
 - => filière de prise en charge des AVC de l'alerte (15)
 - => **5 UNV** (18, 28x2, 37, 45) et **1 Unité Dédiée** (36)
 - => principaux indicateurs (épidémio-suivi des UNV)

MÉTHODE



- Avec les données disponibles...
- Phase pré-hospitalière : pas de base de données
- Hospitalisations **AVC en phase initiale aiguë** en **MCO** 2007-2012
 - au vu du **codage** des séjours
- Hospitalisations **en SSR** 2008-2011 :
 - au décours et dans les 3 mois après l'épisode aigu MCO
- **Décès** 2006-2010 (CépiDC)

RÉSULTATS

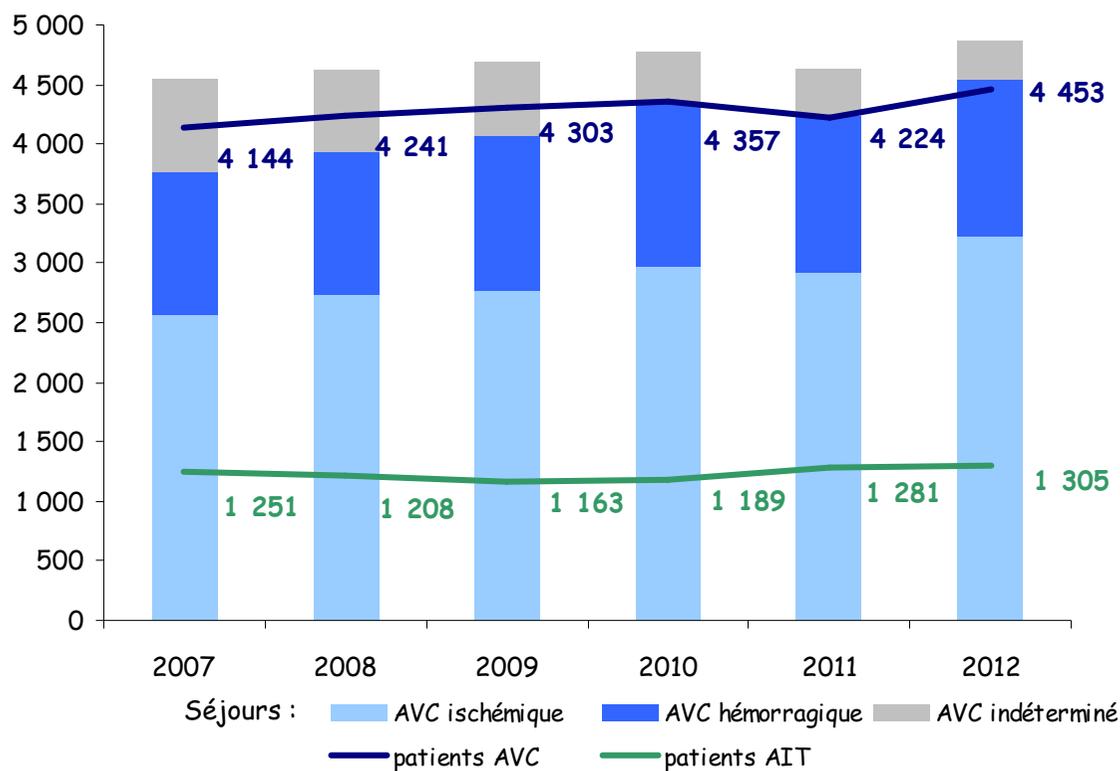
- 1 Epidémiologie = **HABITANTS de la RC**
description, prévalence, décès, recours
aux soins
- 2 Production = Séjours réalisés en RC,
typologie séjours, Activité des UNV,
parcours intra-hospitaliers, imagerie...



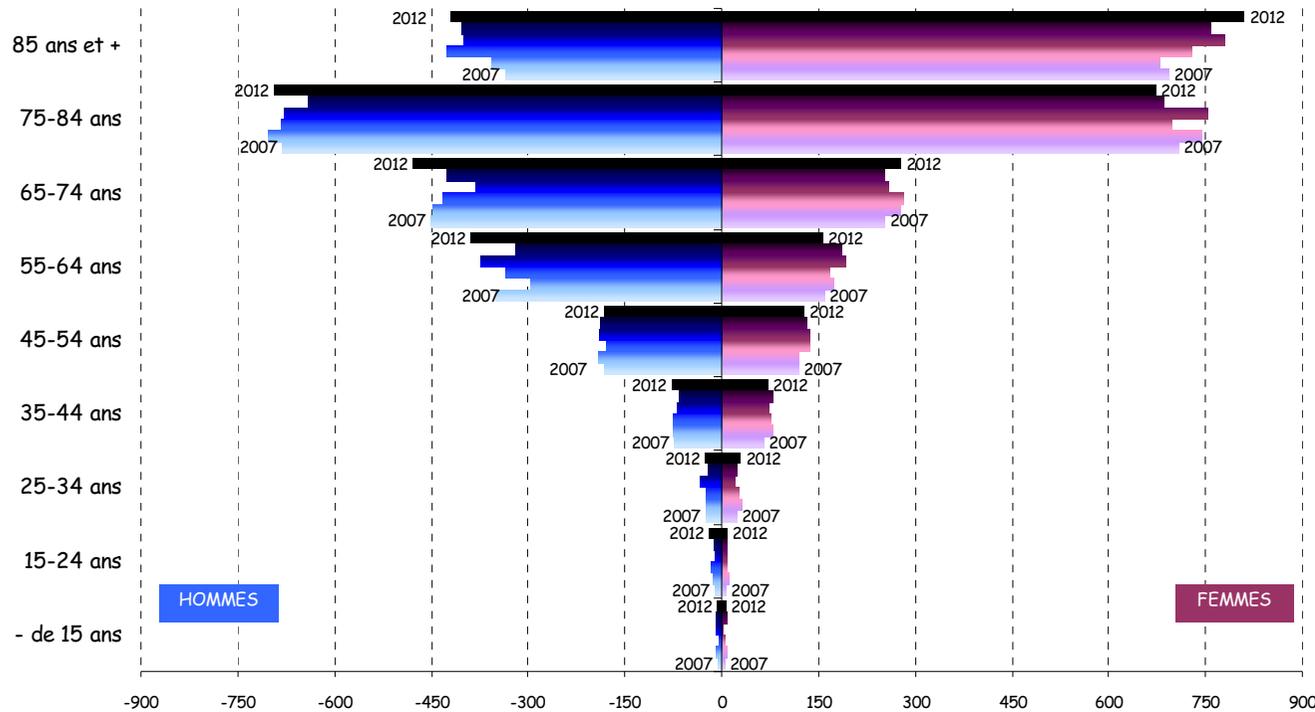
RÉSULTATS (1): ÉPIDÉMIOLOGIE



Nombre de patients et séjours pour AVC et AIT (domiciliés RC)



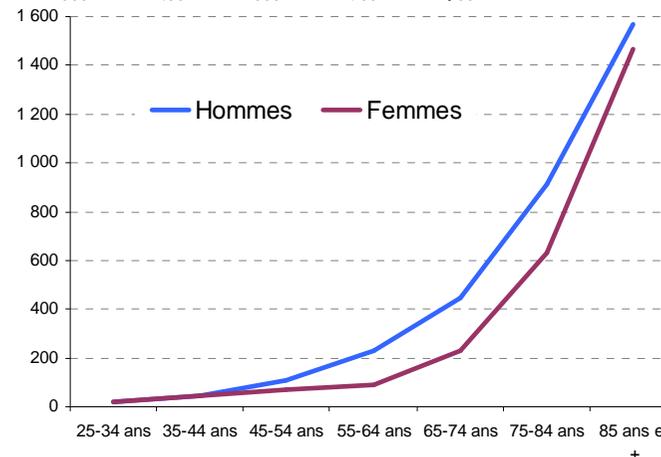
Profil des patients avec AVC



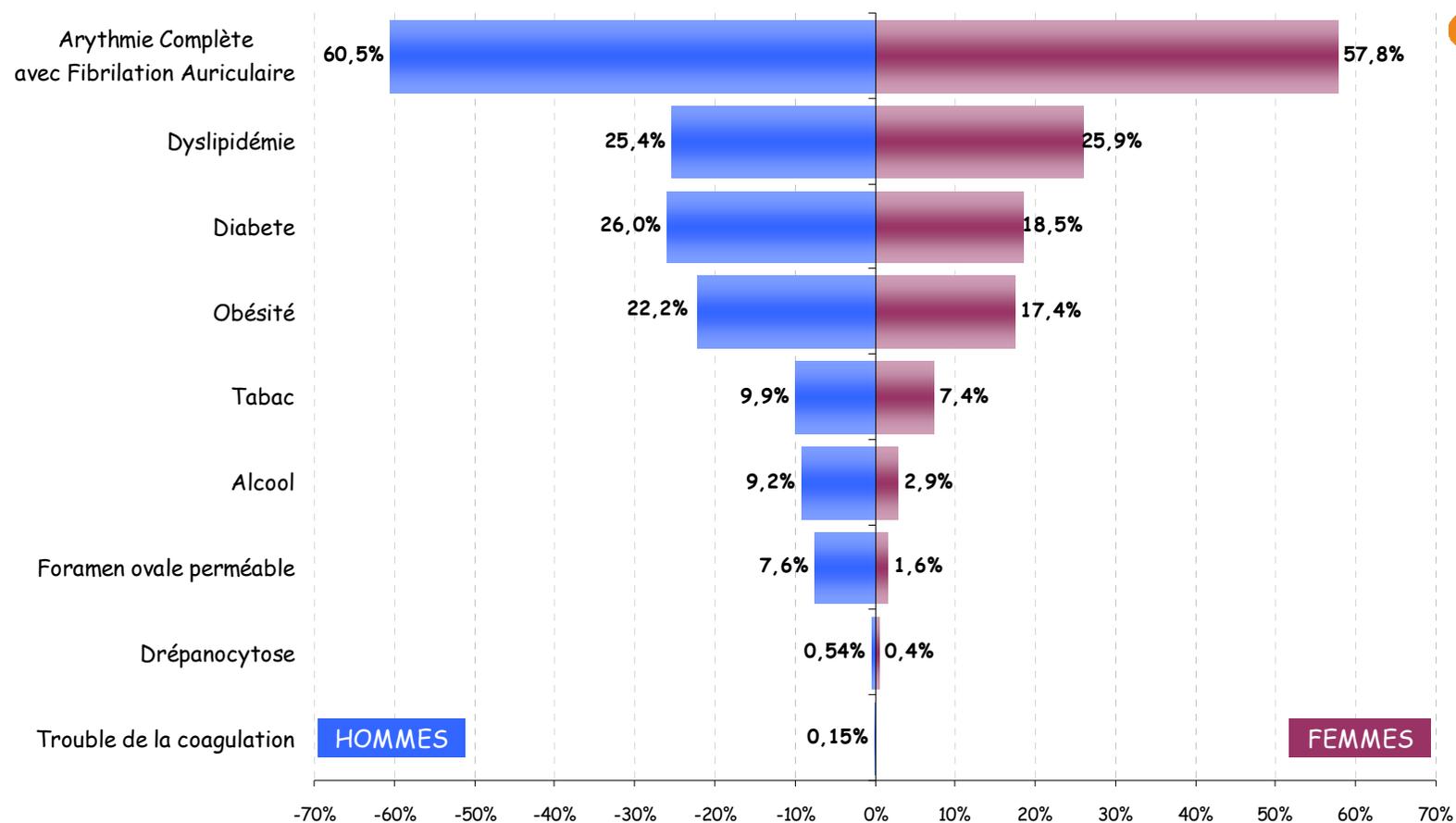
← En Nombre

- Age médian 78 ans
- $\frac{1}{4}$ AVC < 65 ans
- 13 AVC codés chez les <15 ans (2012)
- Sexe ratio lié à l'âge

En Taux : sur-risque chez l'homme à tout âge

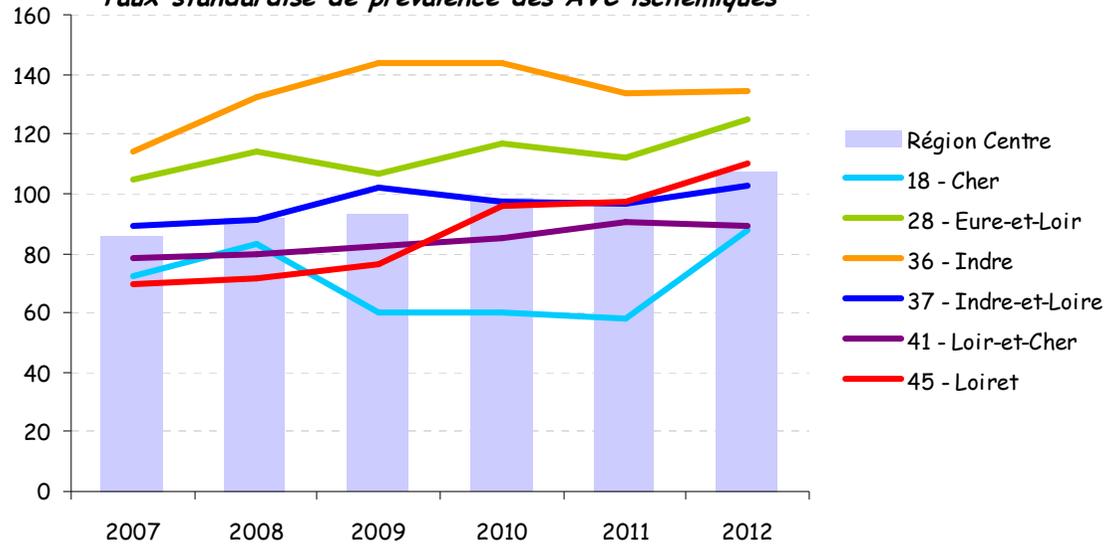


Comorbidités / FDR des AVC (2012)

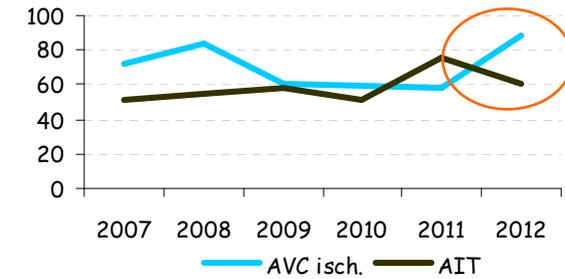


Prévalence standardisée AVC

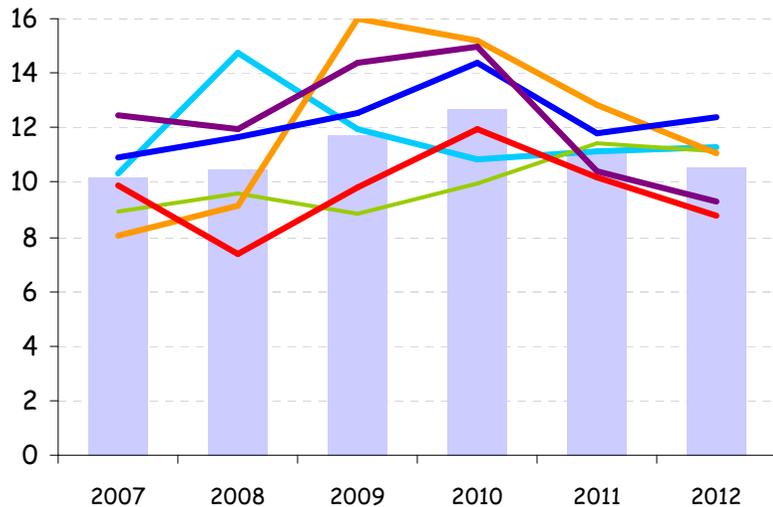
Taux standardisé de prévalence des AVC ischémiques



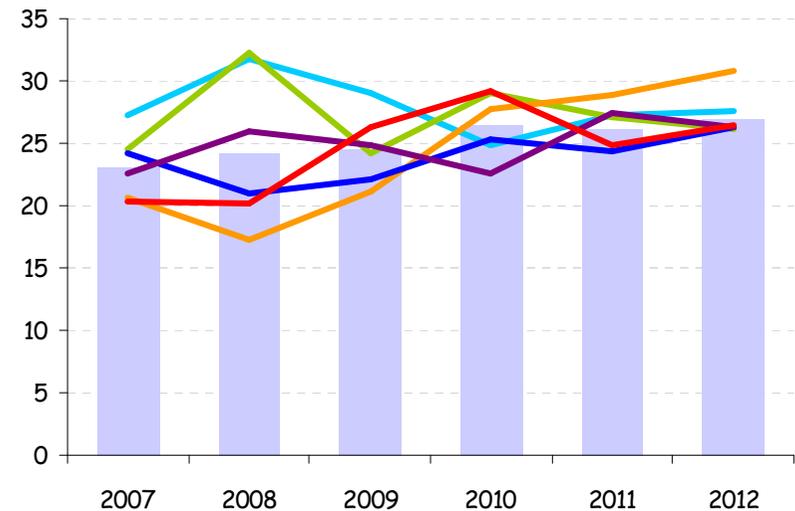
CHER : Prévalence AVC ischémique / AIT



Taux standardisé de prévalence hémorragies sous-arachnoïdiennes



Taux standardisé de prévalence des hémorragies intracérébrale

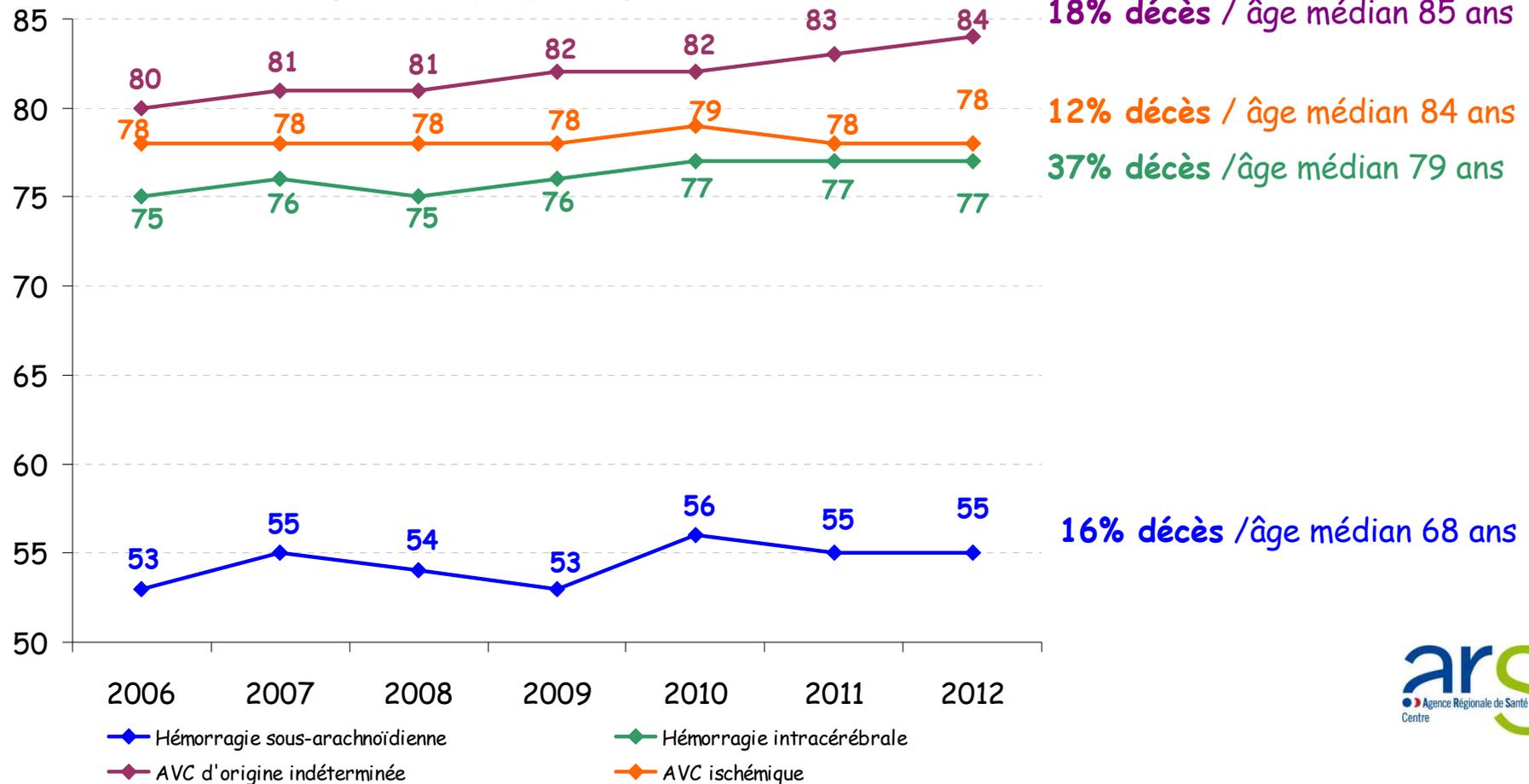


Létalité hospitalière des AVC



	2007	2008	2009	2010	2011	2012
% Décédés	17	17	19	19	18	16 p=0,006
Age médian décès	82	81	82	82	82	83

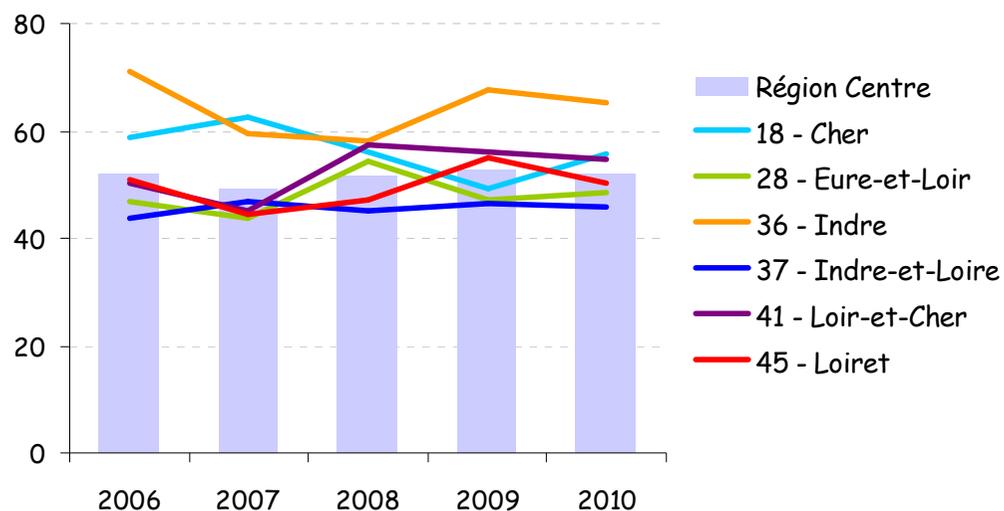
Âge médian par pathologie



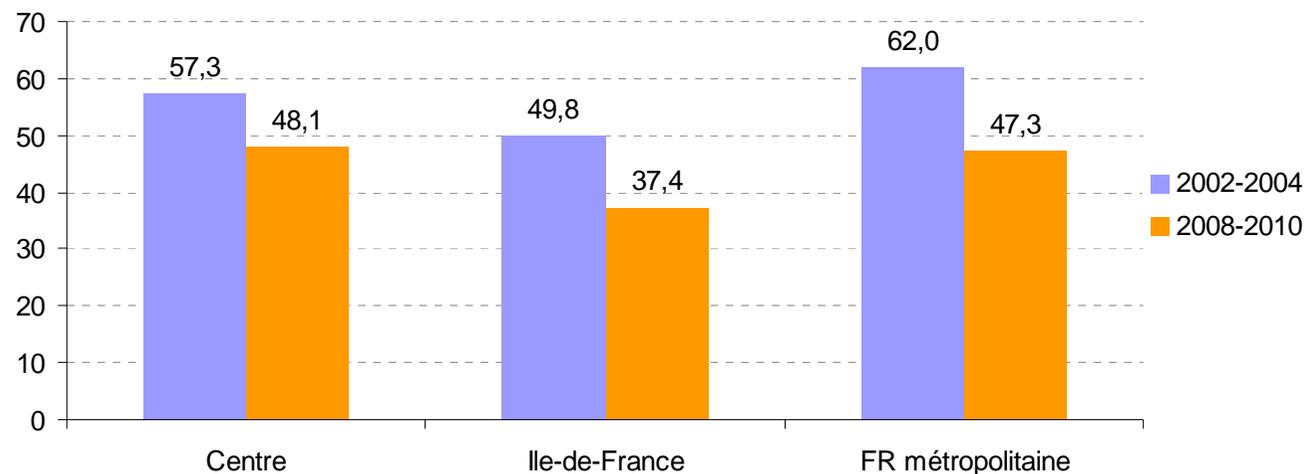
MORTALITÉ : maladies cérébrovasculaires

CépiDC : taux standardisés (/100 000 hab.)

*Taux standardisé de mortalité
des maladies cérébrovasculaires RC 2006-2010*



Évolution du taux standardisé de mortalité, RC, IDF, France 2002 à 2010

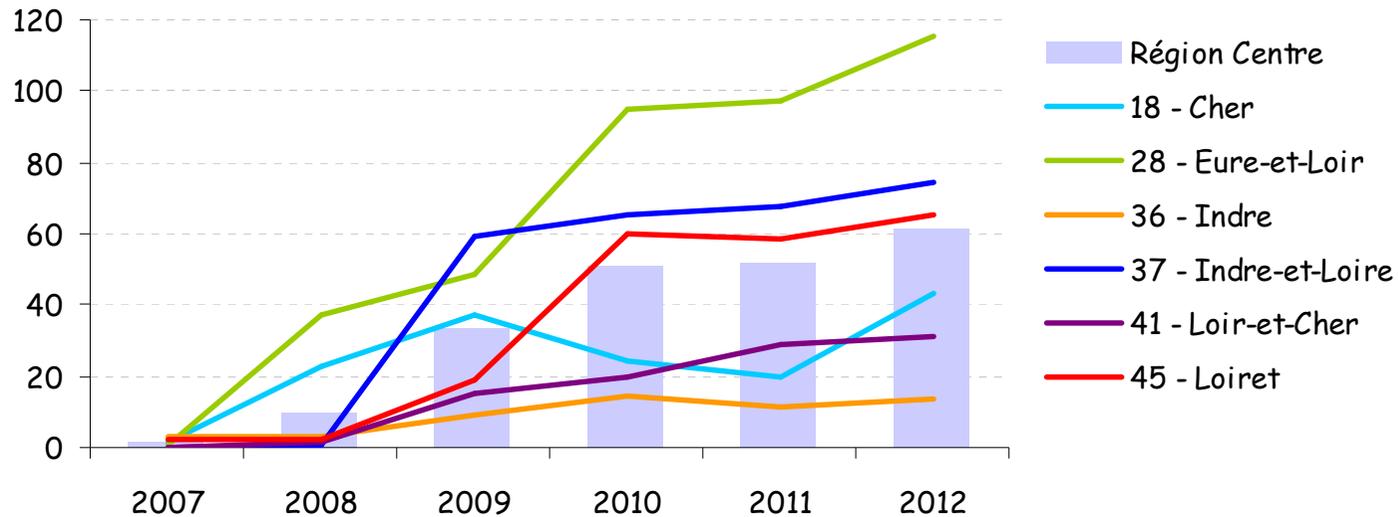


CONSOMMATION de SEJOURS



AVC ischémiques, h.intracérébrales et AVC indéterminés

*Taux standardisé de recours à l'hospitalisation
en UNV pour AVC*



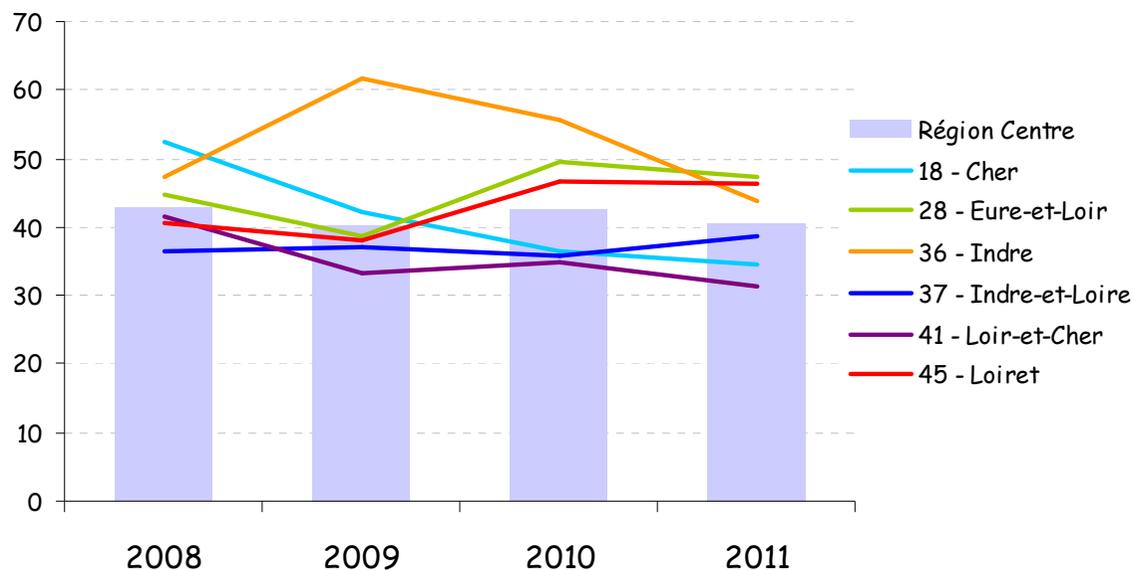
- significatif en RC à partir de 2009, **en plateau 2010-2011, s'améliore en 2012** pour 4 départements,
- Recours **hétérogène**, lié à l'offre de soins

Recours au SSR après AVC (2007-2011)

- **29 % des AVC** hors décès y sont transférés
- 85% : au décours immédiat du MCO
- **DMS SSR : médiane 39j** moyenne 45j
- Age médian 79 ans , **létalité 8% en SSR**

DÉPENDANCE		Moyenne
physique /16	début	11,4
	fin	10,3
cognitive /4	début	2,1
	fin	2,1

Taux de recours standardisé, séjours SSR après AVC aigu



RÉSULTATS



- 1 Epidémiologie = habitants de la RC
description, prévalence, décès, recours
aux soins
- 2 **Production = SÉJOURS RÉALISÉS en RC**
typologie des séjours, Activité des UNV,
parcours intra-hospitaliers, imagerie...

RÉSULTATS (2): Séjours réalisés en RC

Production RC AVC/AIT	2008*	2009	2010	2011	2012
séjours AVC	4 497	4 619	4 708	4 552	4 757
DMS AVC	13	12	11	11	11
sortie vers un secteur SSR	18%	19%	20%	20%	20%
Décès	16%	17%	18%	17%	15%
Imagerie (IRM ou scanner)	56%	55%	58%	78%	80%
% AVC en UNV	7%	21%	31%	33%	37%

* Début 2008 seule l'UNV de Dreux est autorisée

- ↘ **DMS** : - 2 jours
DMS des patients sortant SSR (18 jours) X 2 / sortants domicile (9 jours)
- **Mortalité à 15%** en 2012
- ↗ **significative du passage en UNV des AVC**

Production départementale en 2012

Hospitalisations pour AVC produites en RC en 2012		18	28	36	37	41	45
Nombre de séjours		499	819	535	1 461	414	1 029
Durée de séjour	moyenne	13	12	7	12	13	10
	médiane	9	8	5	8	9	7
Décès		16%	16%	13%	14%	19%	15%
Imagerie	avec IRM ou AIRM	36%	28%	2%	37%	11%	23%
	avec scanner ou angioscanner	83%	83%	90%	75%	83%	40%
	avec imagerie (tout IRM ou scanner)	93%	88%	90%	86%	85%	53%
% de séjours en UNV (avec ou sans Soins Intensifs)		35%	65%		43%		43%
Durée moyenne de séjour en UNV		9	8		9,3		8
% de séjours en USINV (avec Soins Intensifs)		25%	54%		35%		36%
Durée moyenne de séjour en UNV avec Soins Intensifs		3	4		4		2
% de séjours en Unité Dédiée				60%			
Durée moyenne de séjour en Unité dédiée				2			

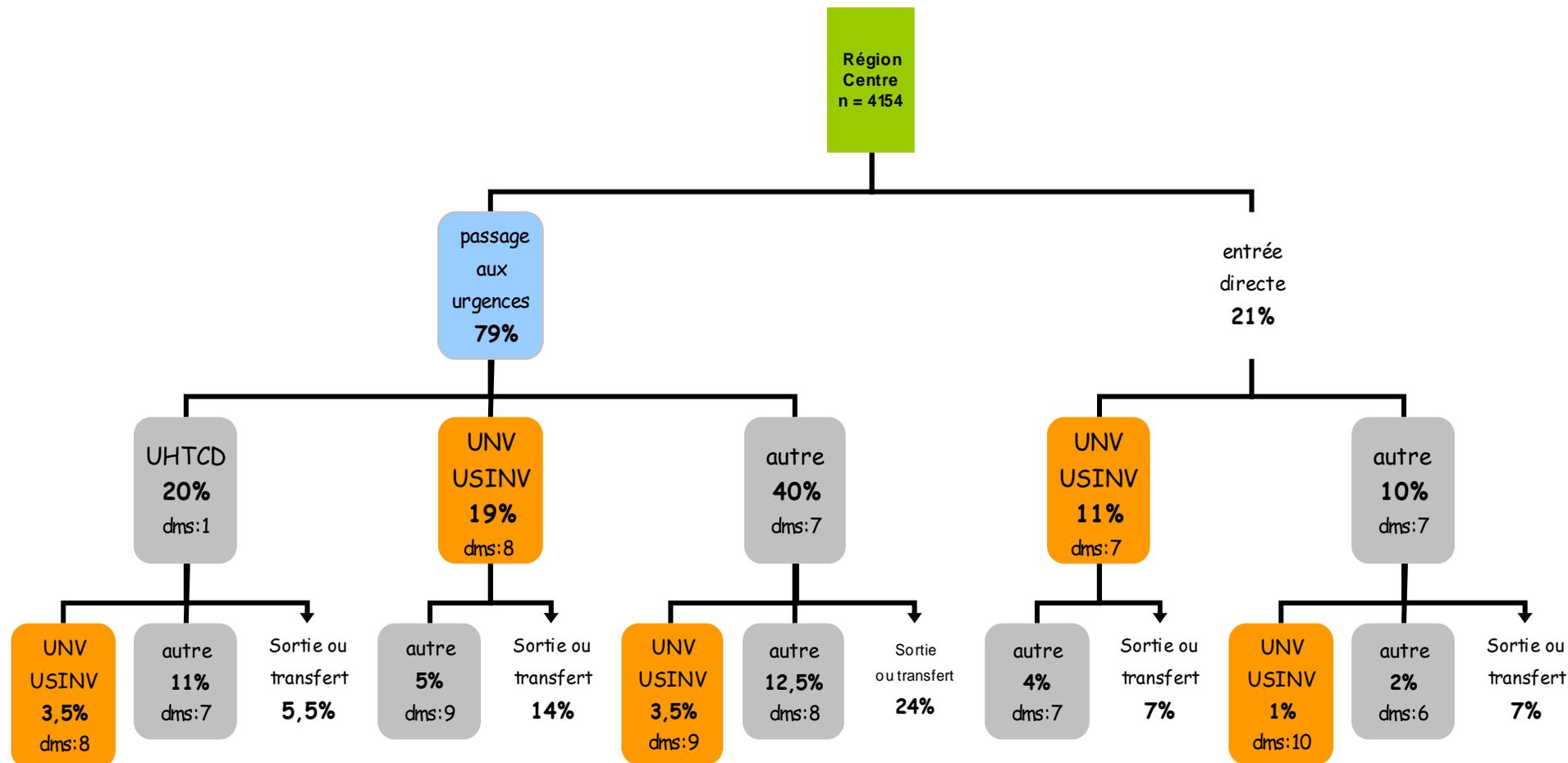
Activité des UNV en 2012

UNV Région Centre AVC 2012	18-CH BOURGES	28-CH DREUX (USINV)	28-CH CHARTRES	36-CH CHÂTEAUROUX (UD Soins Continus)	37-CHRU TOURS	45-CHR ORLEANS
séjours AVC	175	242	293	322	626	443
% AVC ischémique	77%	91%	83%	86%	80%	84%
% AVC hémorragique	21%	7%	17%	14%	19%	16%
Age médian séjours AVC	69	73	76	79	72	71
DMS AVC	9	4	12	2	9	8
DMS AVC ischémique	9	4	11	2	9	8
DMS AVC hémorragique	8	3	14	2	11	9
Thrombolyse (≥01/03/2012)	16	<i>non transmis</i>		/	90	54
Activité Neurovasculaire (AVC+AIT)						
Ratio AVC/AIT	1,9	4,8	8,4	2,0	9,5	6,9
% Décès	7%	8%	11%	5%	8%	5%
% Imagerie (IRM ou scanner)	97%	96%	93%	96%	95%	42%

- Pas ou peu d'AVC indéterminés en UNV (imagerie faite même si non codée)
- Début du codage de la thrombolyse (3 établissements)
- Profil des patients hétérogène (âge, type d'AVC, ratio AVC/AIT, DMS) => létalité non comparable

Filière hospitalière de prise en charge 2012

hors hémorragie méningée et en provenance de leur domicile



Autre = Unité Dédiée, Unité de Neurologie, Neurochirurgie, toute autre unité

Facteurs associés au "Non passage" des AVC en UNV , Patients pris en charge en RC, hors hémorragie méningée et provenant de leur domicile, 2012



	OR [IC 95%]	p
Age du patient		
moins de 79 ans *	1	
de 80 à 89 ans	3,1 [2,5-3,9]	0,0001
90 ans et plus	8,8 [6,2-12,6]	0,0001
Département d'habitation		
28 - Eure-et-Loire *	1	
37 - Indre-et-Loire	2,2 [1,6-3]	0,0001
41 - Loir-et-Cher	2,2 [1,4-3,5]	0,0005
45 - Loiret	2,6 [1,9-3,5]	0,0001
Départements hors RC	2,1 [1,3-3,3]	0,0012
18 - Cher	4,4 [3-6,5]	0,0001
36 - Indre	6,1 [3,3-11,2]	0,0001
1er établissement de prise en charge		
établissement équipé d'une UNV *	1	
sans UNV	94,7 [64-140]	0,0001
Pathologie		
AVC ischémique *	1	
AVC hémorragique	3,9 [3,1-5]	0,0001
AVC d'origine indéterminée	12,7 [7,2-22,4]	0,0001

* modalité de référence = cas le + favorable = le plus de "chance" d'entrer en UNV



**Biais +++
régulation du '15'**

CONCLUSIONS 1



- Malgré les « insuffisances du PMSI » ≠ Registre épidémiologie et PEC hospitalière analysables au niveau de la RC
 - Homogénéiser les « **définitions de cas** », & le codage AVC/AIT
 - **fiche codage RC diffusée en 2013**
 - Harmoniser **autorisations**
- Hétérogénéité de prévalence départementale des AVC ischémiques (et AIT) : s'améliore en 2012

CONCLUSIONS 2



- Filière hospitalière AVC :
 - « Réflexe 15 » non mesurable (sauf indirectement)
 - Hétérogénéité des parcours intra-hospitaliers
 - Hétérogénéité départementale du recours à l'UNV
- Le recours à l'UNV s'améliore : 38% des AVC en 2012
 - Difficultés de la médecine d'urgence
- Diminution de la mortalité hospitalière en 2012

MERCI

- A tous les professionnels qui soignent ces patients
- A l'ARS qui permet cette journée et ces analyses
- Au Comité Scientifique :
Dr T.COUZON (*DIM CH CHÂTEAUROUX*), Dr S.DEBIAIS (*Neurologue UNV CHRU TOURS*), Dr H.KOUADIO (*DIM CHRU TOURS*), Dr C.MARTIN (*DIM SSR CRF Bel Air 37*), Dr M.MASSOT Michel (*DIM CH BOURGES*), Dr C.OZSANCAK (*Neurologue UNV CHR ORLÉANS*), Dr RP.PIGNOTTI (*ARS CENTRE*), Dr Ph.RONDEPIERRE (*Neurologue UNV CH DREUX*)
- De votre attention !

Prochainement sur le site internet de l'UREH

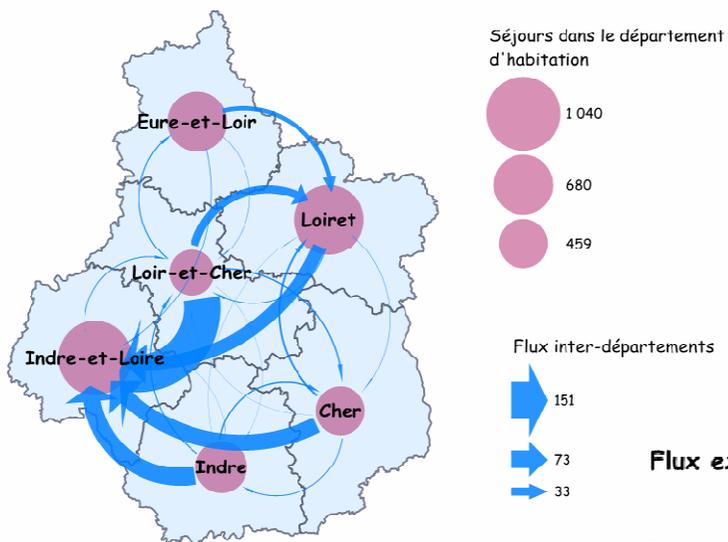
www.sante-centre.fr/ureh-centre

un document synthétique des principaux chiffres 2007-2012



Diapo « bonus »
FLUX des AVC en 2012

Flux intra-régionaux en nombre de séjours pour AVC, Région Centre 2012



Flux extra-régionaux en nombre de séjours (>=3) pour AVC, Région Centre 2012

