

NormandySTROKE: Observatoire et Cohorte des Accidents Vasculaires Cérébraux de Caen-Normandie Métropole

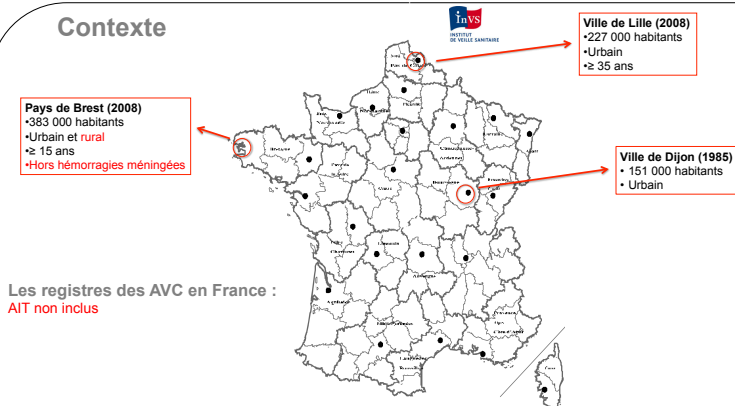
Barbedette A^{1,3}, Rubio M^{1,2,3}, Morello R^{1,5}, Béjot Y⁶, Vivien D^{1,2,3}, Zuber M^{1,2,7}, Touzé E^{1,2,4}

1 : Normandie Université, UNICAEN ; 2 : INSERM U1237, Centre Cyceron, Caen ; 3 : Département de Recherche Clinique et Innovation, CHU de Caen ; 4 : Service de Neurologie et Unité Neuro-Vasculaire, CHU de Caen ; 5 : Unité de Biostatistique et Recherche Clinique, CHU de Caen ; 6 : Registre Dijonnais des AVC, INSERM, INVS, CHU, Faculté de médecine, Dijon ; 7 : Service de Neurologie et Neurovasculaire, Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph, Université Paris Descartes.

Introduction

L'AVC est en France la 1^{ère} cause de mortalité chez les femmes et la 3^{ème} chez les hommes. Chaque année, environ 130 000 patients sont hospitalisés pour un AVC (dont accident ischémique transitoire, AIT). **Au moins 50% des survivants conservent un handicap et presque tous ont besoin d'une prise en charge de longue durée. Cependant, très peu d'études actuellement menées en France prennent en compte les conséquences à long terme de l'AVC.**

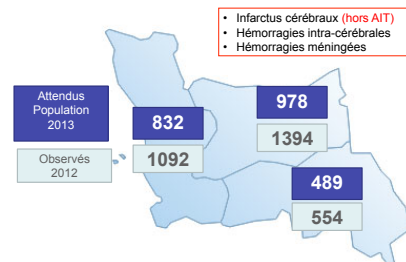
Contexte



Les registres des AVC en France :
AIT non inclus

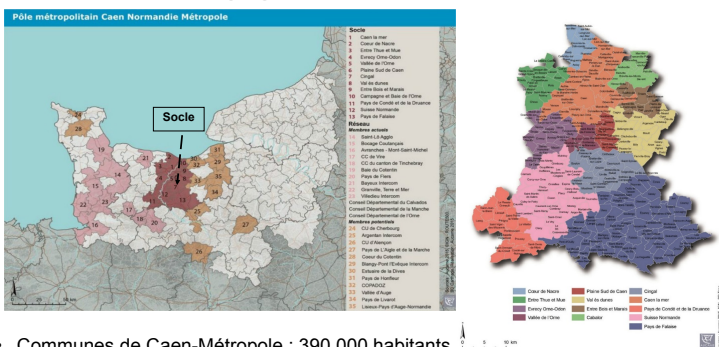
Une étude préliminaire des résumés de sortie hospitalière a estimé une incidence des AVC (dont AIT) 20% plus élevée dans la région ex-Basse Normandie que celle annoncée par le registre de Dijon. **Il est donc crucial d'intégrer aux études épidémiologiques l'influence des disparités géographiques sur le pronostic de l'AVC.**

Nombre d'AVC observés en Normandie
(Selon PMSI 2012 et avec incidence identique à celle de Dijon)



Méthode

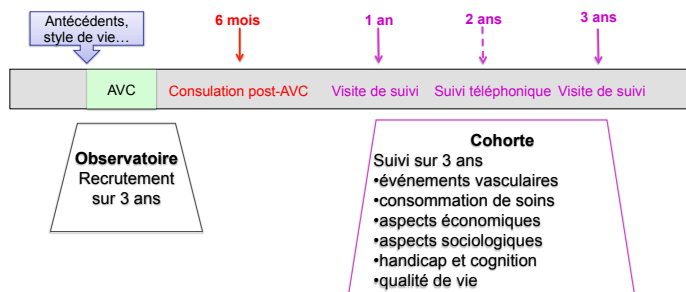
Aire géographique d'intérêt et critères d'inclusion



- Communes de Caen-Métropole : 390 000 habitants
- population urbaine, péri-urbaine et rurale
- pas de limite d'âge (sauf >30 jours)
- tous les AVC et AIT : 1^{er} événement ou récidive

800 cas/an pendant 3 ans = 2400 patients

Décours temporel de l'observatoire et de la cohorte



Observatoire
Recrutement
sur 3 ans

Cohorte
Suivi sur 3 ans
•événements vasculaires
•consommation de soins
•aspects économiques
•aspects sociologiques
•handicap et cognition
•qualité de vie

Tous les patients inclus dans l'observatoire sont obligatoirement revus en consultation 6 mois après l'AVC. Une visite de suivi sera réalisée 1 an et 3 ans après l'AVC et un entretien téléphonique sera effectué à 2 ans.

Objectifs

Observatoire

Principaux

- Déterminer l'incidence de l'AVC
- évaluer la mortalité aiguë (à 1 mois)

Secondaires

- Surveillance épidémiologique
- évaluer la qualité de la prise en charge aiguë
- évaluer les disparités d'accès aux soins
- adapter l'offre de soins
- développer de nouvelles stratégies de prise en charge (politiques de santé)

Pour évaluer le fardeau médico-socio-économique du handicap post-AVC au niveau des patients, des proches et de la société, **une étude de cohorte issue de l'observatoire sera créée.**

Cohorte

Principal

- Évaluer à moyens et longs termes le fardeau du handicap post-AVC (prévalence, qualité de vie)

Secondaires

- Évaluer les risques de décès et d'événements vasculaires
- évaluer le risque et les facteurs de risque des troubles cognitifs et psychologiques
- déterminer l'impact de l'AVC sur la qualité de vie des patients et des aidants
- évaluer la qualité de la prise en charge (facteurs de risque, suivi, aides sociales)
- évaluer les impacts médico-économiques de l'AVC
- évaluer l'impact des disparités géographiques sur le risque d'AVC et le pronostic après un AVC

Retombées de l'observatoire et de la cohorte

Visibilité nationale et internationale

- Collaborations nationales et européennes pour :
- réaliser des travaux pluridisciplinaires
 - obtenir des données comparatives
 - augmenter la validité et l'impact des résultats

Innovations en santé

- Collaborations avec des entreprises de technologies de santé (télémédecine, aides à la personne...)
- études cliniques (pronostiques, diagnostiques, thérapeutiques) au sein du registre populationnel

Conclusion

En cherchant particulièrement les sources d'inégalités au sein de cette population, l'observatoire et la cohorte fourniront des données essentielles à l'amélioration de la prise en charge des patients (soins aigus et chroniques) et à la planification de la prévention.