

Mortalité après un accident vasculaire cérébral

Les accidents vasculaires cérébraux sont la deuxième cause de décès dans le monde après les maladies cardiaques ; ainsi, ils représentaient plus de 10 % des décès dans le monde en 2013 (American Heart Association, 2017^[1]). Ils surviennent lorsque l'irrigation sanguine d'une partie du cerveau est interrompue, ce qui entraîne une nécrose (mort cellulaire) de la partie atteinte. Parmi les deux types d'AVC, environ 85 % sont ischémiques (causés par l'obstruction d'un vaisseau sanguin) et 15 % sont hémorragiques (causés par la rupture d'un vaisseau sanguin).

Le Graphique 6.15 illustre les taux de létalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour AVC ischémique lorsque le décès se produit dans l'hôpital où l'admission initiale a eu lieu (taux basés sur des données non couplées). Le Graphique 6.16 illustre les taux de létalité lorsque les décès sont enregistrés, qu'ils surviennent dans le même hôpital ou dans un autre hôpital que celui où l'AVC a été enregistré initialement (taux basés sur des données couplées). L'indicateur basé sur des données couplées est plus robuste, car il rend compte du nombre de décès de manière plus exhaustive que l'indicateur pour un même hôpital, mais il nécessite un identifiant unique du patient et des données couplées, lesquels ne sont pas disponibles dans tous les pays.

Dans les pays de l'OCDE, 7,7 % des patients sont décédés dans les 30 jours qui ont suivi leur hospitalisation pour accident cérébral ischémique en 2017 selon les calculs basés sur des données non couplées (Graphique 6.15). La Slovénie, la Pologne, la Lituanie et la Lettonie affichent les taux de létalité les plus élevés (>12%). La Norvège, la Corée, le Japon et le Costa Rica enregistrent des taux inférieurs à 4 %. Les faibles taux observés au Japon s'expliquent en partie par les récents efforts consacrés à l'amélioration du traitement des patients atteints d'AVC dans les hôpitaux, grâce à une surveillance systématique de la tension artérielle, à d'importants investissements matériels dans les hôpitaux et à l'établissement d'unités d'AVC (OCDE, 2015^[2]).

Dans les 23 pays qui ont fourni des taux basés sur des données couplées, 12,3 % des patients sont décédés dans les 30 jours suivant leur admission pour AVC (Graphique 6.16). Ce chiffre est supérieur à celui de l'indicateur pour un même hôpital, car il ne compte chaque patient qu'une fois et tient compte du nombre total de décès.

Le traitement des AVC ischémiques a progressé de manière spectaculaire ces dix dernières années, de nombreux pays de l'OCDE disposant désormais de systèmes et procédures permettant, d'une part, d'identifier le plus tôt possible les patients présentant un risque d'AVC ischémique et, d'autre part, de traiter rapidement les patients par reperfusion en phase aiguë. Entre 2007 et 2017, les taux de létalité par AVC ischémique ont fortement diminué dans les pays de l'OCDE : de 10,1 % à 7,7 % pour les taux basés sur des données non couplées et de 14,6 % à 12,6 % pour les taux basés sur des données couplées.

La variation des performances des hôpitaux d'un même pays influe sur les mesures nationales des AVC ischémiques. La réduction de cette variation est primordiale pour la prestation de soins équitables et la diminution globale des taux de mortalité. Le Graphique 6.17 illustre la variation des taux de létalité dans les 30 jours suivant une admission pour AVC ischémique entre hôpitaux d'un même pays (taux basés sur des données couplées et non couplées).

Pour réduire cette variation, il faut que toutes les personnes victimes d'AVC puissent avoir accès à des soins de qualité,

notamment le transport en temps opportun des patients, des interventions médicales fondées sur des données factuelles et des structures spécialisées de qualité telles que les unités d'AVC (OCDE, 2015^[3]). Il est indispensable que les soins soient prodigués à temps, et les progrès technologiques donnent lieu à de nouveaux modèles de soins permettant de proposer une thérapie de reperfusion d'une manière encore plus rapide et efficace, que ce soit par le triage préhospitalier par téléphone ou par l'administration de la thérapie dans l'ambulance (Chang et Prabhakaran, 2017^[4]).

Définition et comparabilité

Les taux de létalité nationaux sont définis dans l'indicateur « mortalité après un infarctus aigu du myocarde ».

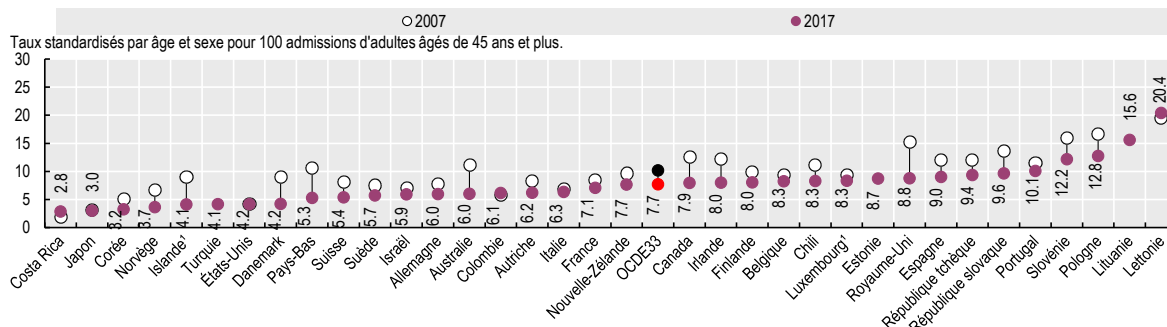
Les taux de mortalité par accident cérébral au niveau des hôpitaux sont calculés suivant une méthodologie différente de celle utilisée pour les taux nationaux. Les taux au niveau des hôpitaux sont ajustés en fonction de l'âge, du sexe, de la comorbidité, de la gravité de l'AVC et de l'existence d'un épisode antérieur d'AVC (exclusivement sur la base des données couplées). La population de référence pour les taux au niveau des hôpitaux est définie à partir des données des pays participants. La définition de l'AVC ischémique au niveau de l'hôpital diffère également de celle de l'indicateur national, qui utilise uniquement le code CIM-10 de la catégorie I63 (infarctus cérébral).

Le Graphique 6.17 représente la dispersion relative des taux. Une limite de ce genre de représentation est l'incapacité à dégager des variations statistiquement significatives. Les pays sont classés par ordre croissant du degré de dispersion, mesuré par l'amplitude interquartile (différence entre le 75^e et le 25^e centile) des taux. Les hôpitaux ayant moins de 50 admissions pour AVC ischémique ont été exclus des deux graphiques aux fins d'amélioration de la fiabilité des données.

Références

- [1] American Heart Association (2017), *Heart Disease and Stroke Statistics 2017 At-a-Glance*,
- [2] OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.
- [3] OCDE (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264225817-en>.
- [4] Chang, P. et S. Prabhakaran (2017), « Recent advances in the management of acute ischemic stroke », *F1000Research*, <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.9191.1>.

Graphique 6.15. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour AVC ischémique, taux basés sur des données non couplées, 2007 et 2017 (ou année la plus proche)**

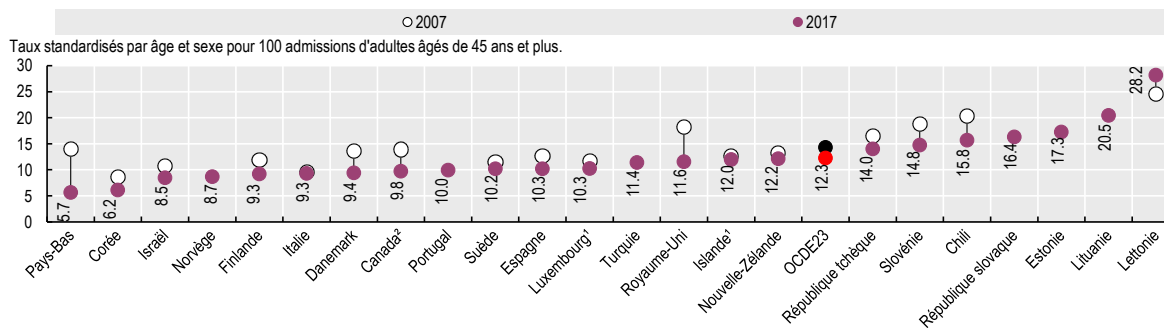


1. Moyenne sur trois ans

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934068781>

Graphique 6.16. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour AVC ischémique, taux basés sur des données couplées, 2007 et 2017 (ou année la plus proche)**

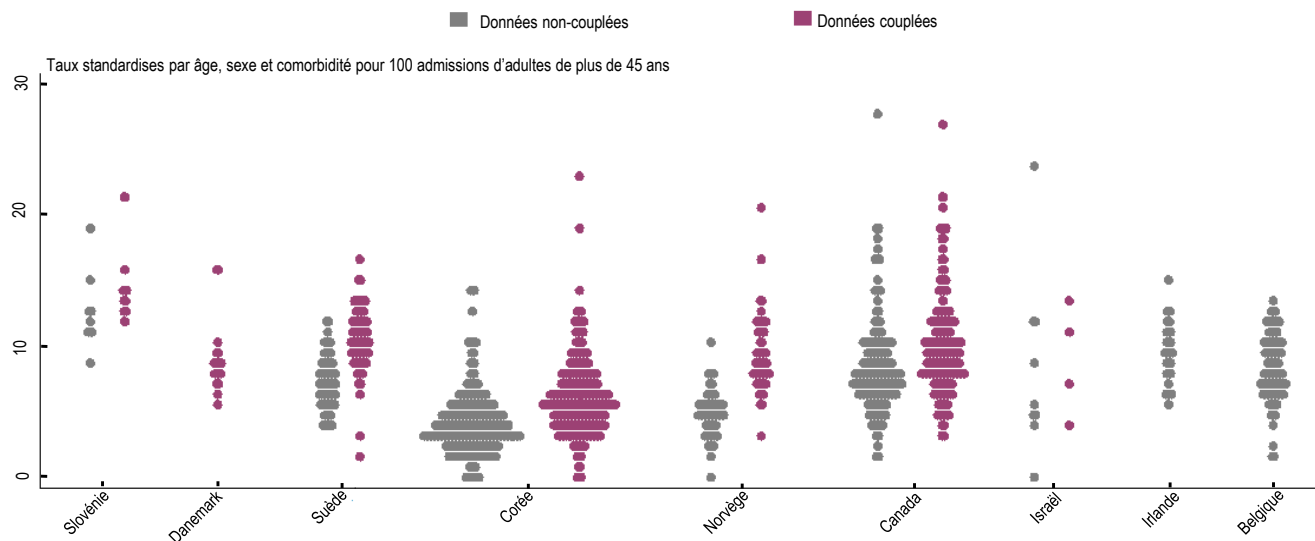


1. Moyenne sur trois ans. 2. Les résultats pour le Canada n'incluent pas les décès hors des hôpitaux de soins de courte durée.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934068800>

Graphique 6.17. **Variations selon les hôpitaux du taux de mortalité dans les 30 jours suivant une admission pour AVC ischémique, taux basés sur des données couplées et non couplées, 2015-17**



Note : La largeur de chaque ligne représente le nombre d'hôpitaux (fréquence) avec le taux correspondant.

Source : Données de l'OCDE sur les performances hospitalières 2019.



Extrait de :
Health at a Glance 2019
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2019), « Mortalité après un accident vasculaire cérébral », dans *Health at a Glance 2019 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/d948d173-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région. Des extraits de publications sont susceptibles de faire l'objet d'avertissements supplémentaires, qui sont inclus dans la version complète de la publication, disponible sous le lien fourni à cet effet.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes :
<http://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation>.