

Mortalité après un accident vasculaire cérébral

L'AVC est l'une des principales causes de décès, représentant 6 % des décès dans l'ensemble des pays de l'OCDE en 2021 (voir les sections « Principales causes de mortalité » et « Mortalité due aux maladies cardiovasculaires » au chapitre 3). 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).

La Graphique 6.25 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). La Graphique 6.26 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 pour chaque patient un identifiant unique et la capacité de coupler les données, ce dont tous les pays ne disposent. Les résultats de cet indicateur sont plus élevés que pour l'indicateur relatif aux décès qui se produisent dans l'hôpital où l'admission initiale a eu lieu, car les décès sont enregistrés quel que soit le lieu où ils se sont produits après l'hospitalisation.

Dans les pays de l'OCDE, près de 8.0 % des patients sont décédés dans les 30 jours qui ont suivi leur hospitalisation pour accident cérébral ischémique en 2021 selon les calculs basés sur des données non couplées (Graphique 6.25). La Lettonie, le Mexique, la Lituanie et la Slovaquie affichaient les taux de létalité les plus élevés (>11 %). Ces taux étaient inférieurs à 4 % au Japon, en Islande, en Norvège et en Corée. 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 spécialisées dans les AVC (OCDE, 2015^[1]).

Dans les 19 pays de l'OCDE qui ont fourni des taux basés sur des données couplées, en moyenne 12.3 % des patients sont décédés dans les 30 jours suivant leur admission pour AVC en 2021 (Graphique 6.26). Le taux de mortalité était le plus élevé (plus de 20 %) en Turquie, en Lituanie et en Lettonie, et le plus faible (moins de 8 %) en Corée, aux Pays-Bas et en Norvège. La Corée a atteint un faible taux de mortalité en améliorant la prise en charge de l'AVC ischémique aigu, notamment grâce à l'augmentation du nombre de centres d'AVC polyvalents proposant des soins de qualité et la thrombectomie, et par l'élargissement de la couverture de l'assurance maladie en ce qui concerne la thrombectomie mécanique (Park et al., 2022^[2]).

Le traitement des AVC ischémiques a progressé de manière spectaculaire ces dernières décennies, de nombreux pays de l'OCDE disposant désormais de systèmes et procédures permettant, d'une part, de recenser les patients présentant un risque d'AVC ischémique et, d'autre part, de les traiter rapidement par reperfusion en phase

aiguë. Entre 2011 et 2019, les taux de létalité par AVC ischémique ont diminué dans les pays de l'OCDE, passant de 9.4 % à 7.7 % en ce qui concerne les taux basés sur des données non couplées et de 13.7 % à 11.6 % en ce qui concerne les taux basés sur des données couplées (Graphique 6.25 et Graphique 6.26). Les pays peuvent encore améliorer la qualité des soins prodigués après un AVC en garantissant le transport à temps des patients, des interventions médicales fondées sur des données probantes et l'accès à des installations spécialisées de qualité telles que les unités AVC (OCDE, 2015^[1]). Les progrès technologiques donnent lieu à de nouveaux modèles de soins permettant de proposer une thérapie de reperfusion encore plus rapidement et efficacement, que ce soit par le triage préhospitalier par téléphone ou par l'administration de la thérapie dans l'ambulance.

Entre 2019 et 2021, les taux de létalité basés sur des données non couplées ont augmenté de manière significative en Lituanie, en République slovaque et en République tchèque, tandis que les taux de létalité basés sur des données couplées ont augmenté de manière substantielle en Turquie, en Lituanie, en République slovaque et en République tchèque (Graphique 6.25 et Graphique 6.26). Au cours de cette période, les hospitalisations à la suite d'un accident vasculaire cérébral ischémique ont également diminué dans la plupart des pays de l'OCDE. Comme pour les crises cardiaques (voir la section « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM) »), un certain nombre d'études menées dans les pays de l'OCDE ont montré que les patients admis étaient victimes d'un accident vasculaire cérébral dont le degré de gravité était plus élevé qu'avant la pandémie, l'arrivée à l'hôpital des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral étant retardée en raison du temps de traitement des services médicaux d'urgence, notamment au cours de la phase initiale de la pandémie. Les liens cliniques étroits avec le COVID-19 compliquent également l'évaluation et la surveillance de la capacité des systèmes de santé à garantir l'accès aux soins intensifs et leur qualité.

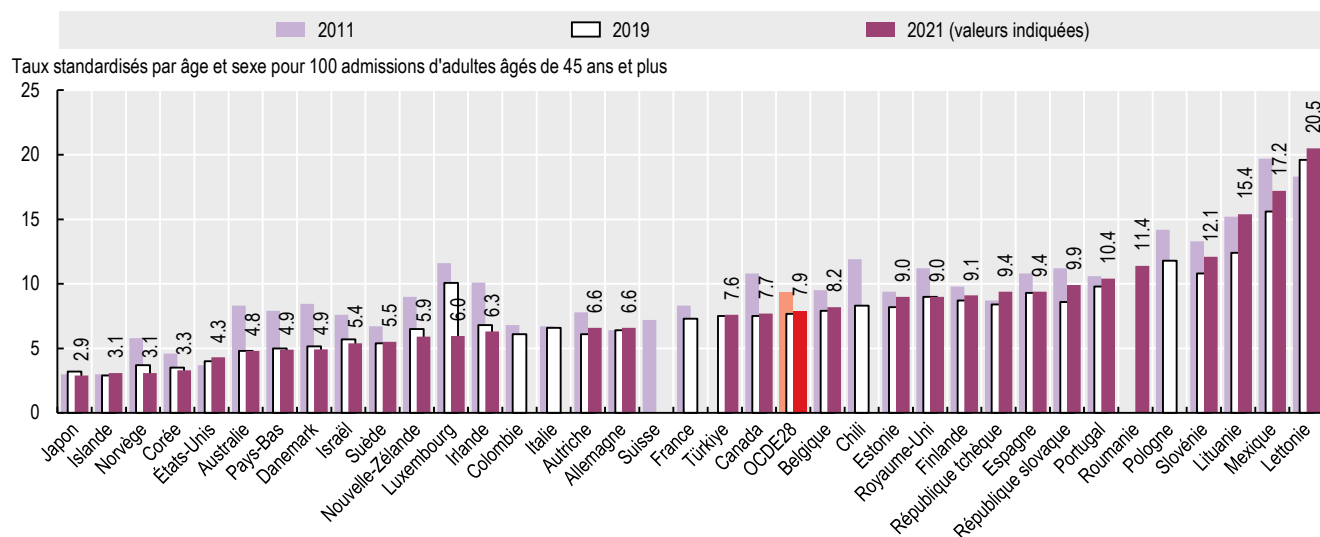
Définition et comparabilité

Les taux de létalité nationaux sont définis dans la section « mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM) ». L'AVC ischémique correspond aux codes I63-I64 de la CIM-10.

Références

- OCDE (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264225817-en>. [1]
- Park, S. et al. (2022), "Change of mortality of patients with acute ischemic stroke before and after 2015", *Frontiers in Neurology*, Vol. 13, <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.947992>. [2]

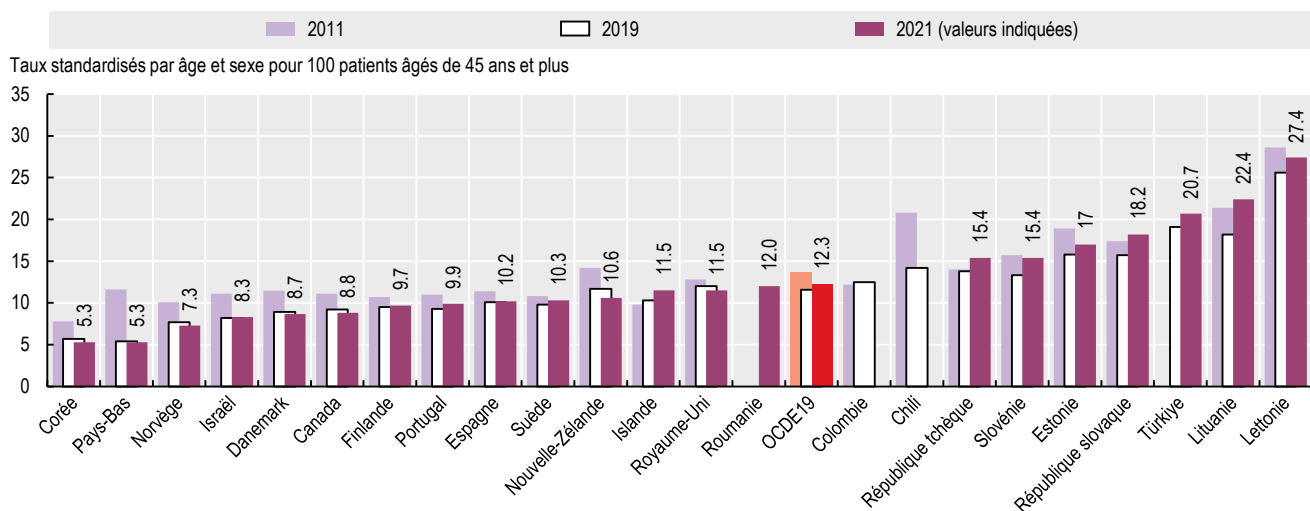
Graphique 6.25. Mortalité dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour accident vasculaire cérébral ischémique, taux basés sur des données non couplées, 2011, 2019 et 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink <https://stat.link/7h20ji>

Graphique 6.26. Mortalité dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour accident vasculaire cérébral ischémique, taux basés sur des données couplées, 2011, 2019 et 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink <https://stat.link/9w3rph>



Extrait de :
Health at a Glance 2023
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2023), « Mortalité après un accident vasculaire cérébral », dans *Health at a Glance 2023 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/06a0f7d4-fr>

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>.