

Mortalité après un accident vasculaire cérébral (AVC)

L'AVC est l'une des principales causes de décès, représentant 7 % des décès dans l'ensemble des pays de l'OCDE en 2019 (voir les indicateurs « 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 pandémie de COVID-19 a eu jusqu'à présent un effet variable sur l'accès aux soins et sur la qualité des soins s'agissant des patients victimes d'un AVC dans les pays de l'OCDE.

Le Graphique 6.17 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 6.18 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 ne disposent pas 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 2019 selon les calculs basés sur des données non couplées (Graphique 6.17). Le Mexique, la Lettonie, la Lituanie et la Pologne affichaient les taux de létalité les plus élevés (>11 %). Ces taux étaient inférieurs à 4 % au Costa Rica, au Japon, en Corée, en Norvège et en Islande. 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[28]).

Dans les 26 pays qui ont fourni des taux basés sur des données couplées, 12.0 % des patients sont décédés dans les 30 jours suivant leur admission pour AVC (Graphique 6.18). Ce chiffre est plus élevé que celui de l'indicateur d'hospitalisation dans le même hôpital que celui où le patient a été admis initialement, car les décès sont enregistrés quel que soit le lieu où ils sont survenus après l'admission à l'hôpital (c'est-à-dire dans l'hôpital où le patient a été admis initialement, après sont transfert vers un autre hôpital ou bien après sa sortie d'hôpital).

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 2009 et 2019, les taux de létalité par AVC ischémique ont fortement diminué dans les pays de l'OCDE, passant de 9.8 % à 7.7 % en ce qui concerne les taux basés sur des données non couplées et de 13.7 % à 11.8 % en ce qui concerne les taux basés sur des données couplées (Graphique 6.17 et Graphique 6.18). 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[28]). 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 pré-hospitalier par téléphone ou par l'administration de la thérapie dans l'ambulance.

Entre 2019 et 2020, les taux de létalité ont augmenté en Lituanie et au Portugal tandis que les taux sont restés stables dans des pays comme le Canada, l'Islande, la Lettonie, la République slovaque et l'Angleterre (Royaume-Uni) (Graphique 6.17 et Graphique 6.18). Cependant, le nombre de personnes admises à l'hôpital après un AVC ischémique a diminué dans ces pays, notamment au Portugal, où la baisse a été importante pour l'IAM également (voir l'indicateur « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM) »). Des réductions des admissions hospitalières à la suite d'un AVC et du nombre d'interventions pour AVC ont également été signalées en France, en Italie, en Allemagne, en Espagne et aux États-Unis. Ces réductions peuvent s'expliquer par le fait qu'au moins certaines personnes ayant subi un AVC n'ont pas cherché à se faire soigner immédiatement à l'hôpital par crainte d'être infectées par le COVID-19, que le triage pré-hospitalier n'a pas fonctionné aussi bien que prévu et que les ambulances n'ont peut-être pas été en mesure de transférer tous les patients rapidement en raison de la brusque augmentation de la demande. Le nombre de patients ayant subi un AVC ischémique qui sont décédés après une hospitalisation a baissé dans la plupart des pays ayant fourni des données pour 2020. Cette baisse a été significative au Portugal, ce qui tend à montrer qu'au moins certains patients victimes d'un AVC peuvent être décédés à domicile ou dans un établissement de long séjour avant d'arriver à l'hôpital.

Afin de faire face aux contraintes de ressources pendant la crise du COVID-19, des pays comme la France, l'Allemagne et l'Italie ont réorganisé leurs parcours de soins intensifs prodigués aux victimes d'AVC, les soins en question étant parfois concentrés dans quelques hôpitaux (Bersano et al., 2020[29]). Des données supplémentaires telles que les appels d'ambulance, les délais de réponse des ambulances et le délai entre l'arrivée aux urgences jusqu'au début de la thrombolyse sont nécessaires pour évaluer l'impact du COVID-19 sur les soins intensifs prodigués aux patients victimes d'AVC et pour aider les systèmes de santé à fournir des soins intensifs de qualité pendant les urgences de santé publique. Des données granulaires telles que les admissions hospitalières et les taux de létalité selon la gravité de l'AVC pourraient éclairer davantage sur les moyens qui permettraient de promouvoir la mise à disposition et la gestion efficaces des soins intensifs, notamment en ce qui concerne les patients atteints des affections les plus graves.

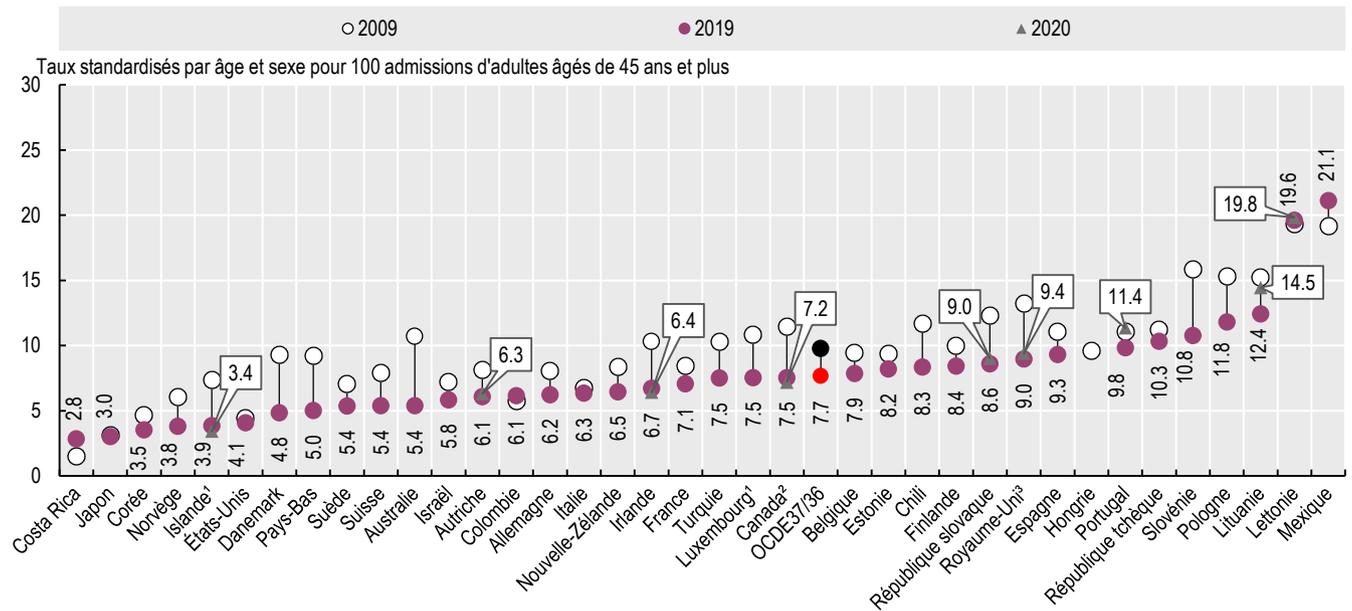
Définition et comparabilité

Les taux de létalité nationaux sont définis dans l'indicateur « mortalité après un infarctus aigu du myocarde ». Les taux de létalité par AVC ischémique correspondent aux codes I63-I64 de la CIM-10.

6. QUALITÉ ET RÉSULTATS DES SOINS

Mortalité après un accident vasculaire cérébral (AVC)

Graphique 6.17. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour accident vasculaire cérébral ischémique, taux basés sur des données non couplées, 2009, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**

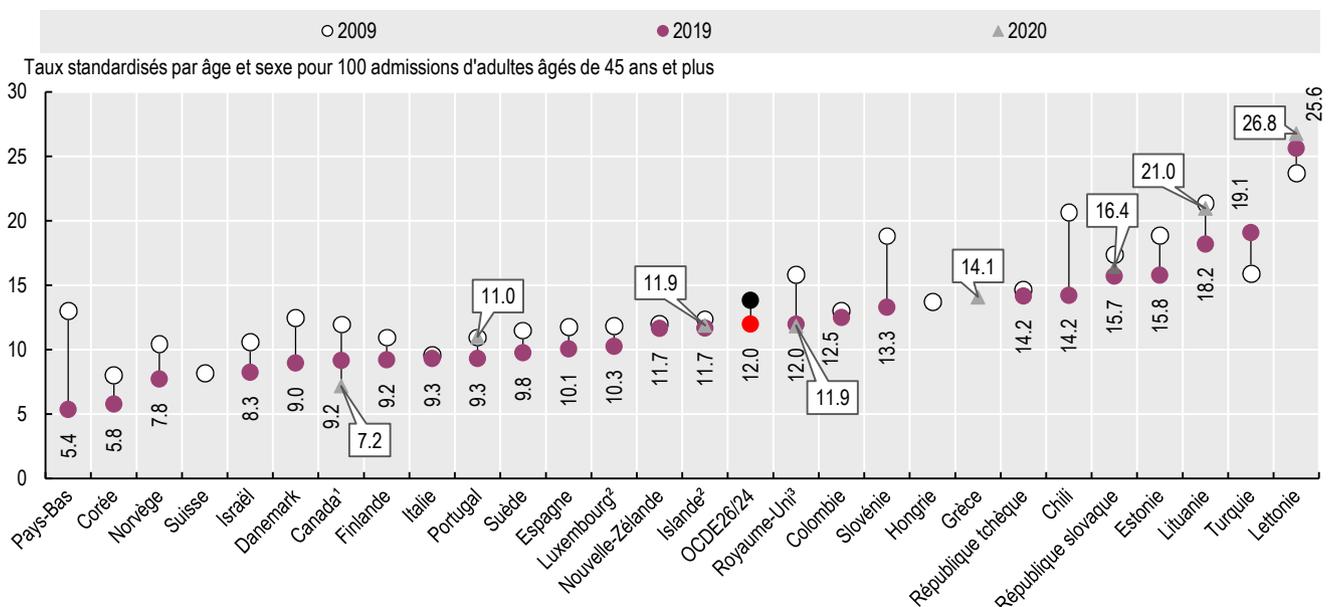


1. Moyenne sur trois ans pour toutes les années sauf 2020. 2. Estimation 2020 basée sur des données provisoires couvrant la période du 1^{er} avril au 30 septembre et issues de tous les territoires sauf le Québec. 3. Les données 2020 sont provisoires et incluent uniquement l'Angleterre.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink <https://stat.link/26bers>

Graphique 6.18. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour accident vasculaire cérébral ischémique, taux basés sur des données couplées, 2009, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



1. Les données n'incluent pas les décès hors des hôpitaux de soins de courte durée. Estimation 2020 basée sur des données provisoires couvrant la période du 1^{er} avril au 30 septembre et issues de tous les territoires sauf le Québec. 2. Moyenne sur trois ans pour toutes les années sauf 2020. 3. Les données 2020 sont provisoires et incluent uniquement l'Angleterre.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink <https://stat.link/jh4pux>



Extrait de :
Health at a Glance 2021
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
<https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2021), « Mortalité après un accident vasculaire cérébral (AVC) », dans *Health at a Glance 2021 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/d14dbb2f-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>.