

5.5. Mortalité à l'hôpital après accident vasculaire cérébral

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) restent la troisième cause la plus courante de décès et d'incapacité dans les pays industrialisés (OMS, 2002). Des estimations indiquent qu'ils représentent entre 2 et 4 % des dépenses en soins de santé et qu'ils sont aussi à l'origine de coûts importants en dehors du système de soins de santé en raison de leur impact en matière d'incapacité (OCDE, 2003a). Dans les accidents ischémiques, qui représentent environ 85 % des cas, l'irrigation sanguine d'une partie du cerveau est interrompue, entraînant une nécrose de la partie touchée. Dans les accidents hémorragiques, la rupture d'un vaisseau sanguin cause un saignement dans le cerveau, entraînant habituellement des lésions plus étendues.

Le traitement des accidents ischémiques a connu un changement spectaculaire au cours de la dernière décennie. Jusqu'aux années 90, il était généralement admis que les lésions du cerveau étaient irréversibles et le traitement se concentrait sur la prévention des complications et la réadaptation. Cependant, à la suite des améliorations spectaculaires des taux de survie après un IAM grâce à une thrombolyse précoce, des essais cliniques, (qui ont commencé au Japon au début de la décennie 90) ont clairement démontré les avantages du traitement thrombolytique pour les accidents ischémiques (Mori et al., 1992). Des unités spécialement consacrées aux AVC, conçus sur le modèle des unités de soins cardiaques, ont été établies dans de nombreux pays, en particulier dans les pays nordiques, pour faciliter le diagnostic et une thérapie précoce et énergique. D'après une méta-analyse récente de 18 études, les unités spécialisées dans les AVC obtiennent un taux de survie supérieur d'environ 20 % à celui résultant des soins habituels (Seenan et al., 2007).

De grands essais cliniques aléatoires aux États-Unis (NINDS, 1995) et en Europe (Hacke et al., 1995) ont démontré sans ambiguïté l'impact de la thérapie thrombolytique sur la survie et l'incapacité après accident ischémique. Toutefois, l'adoption de cette pratique a rencontré une certaine résistance en raison de facteurs liés à l'organisation des services de santé (Wardlaw et al., 2003; Wahlgren et al., 2007). Les taux de mortalité après un AVC ont été utilisés pour des examens comparatifs des hôpitaux à l'intérieur des pays et entre eux (OCDE, 2003; Sarti et al., 2003).

Concernant la mortalité après accident ischémique, le taux de mortalité normalisé est de 5 % en moyenne, mais il existe un rapport de presque un à quatre entre le taux le plus élevé au Royaume-Uni (9.0 %) et le plus faible en Islande (2.3 %) et en Corée (2.4 %) (graphique 5.5.1). Le graphique 5.5.2 montre les taux bruts et les taux normalisés en fonction de la composition par âge et par sexe pour les accidents hémorragiques. Le taux moyen est de 19.8 %, soit environ quatre fois plus que pour les patients touchés par un accident ischémique, ce qui reflète les effets plus graves du saignement intracrânien. Il existe

une différence de plus du triple entre les taux pour le Luxembourg (30.3 %) et la République slovaque (29.3 %) et ceux de la Finlande (9.5 %).

Le graphique 5.5.3 montre la corrélation entre les taux de mortalité après accident ischémique et ceux après accident hémorragique : les pays qui ont un bon taux de survie pour un des deux types d'accidents obtiennent aussi en général de bons résultats pour l'autre. Étant donné que les phases initiales des soins pour les patients sont similaires, cela indique que des facteurs systémiques peuvent contribuer à expliquer les différences entre les pays. Par exemple, les pays nordiques (Finlande, Suède, Norvège, Danemark et Islande) se situent au-dessous de la moyenne de l'OCDE pour les taux de mortalité après accident aussi bien ischémique qu'hémorragique. Ces pays ont été à la pointe de l'introduction d'unités spécialement consacrées aux AVC dans les hôpitaux.

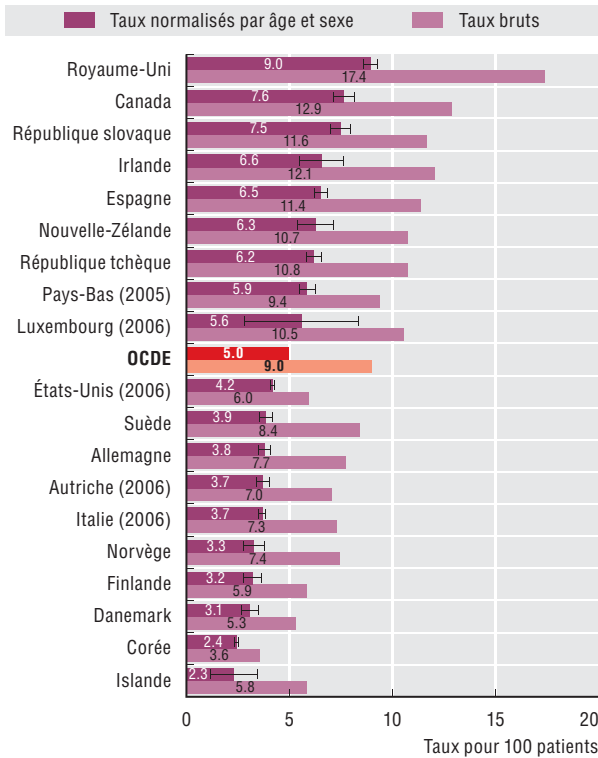
Le graphique 5.5.4 montre que les taux de mortalité après accident hémorragique et accident ischémique ont baissé d'environ 15 % dans les pays de l'OCDE entre 2002 et 2007, tous les pays enregistrant une baisse pour les deux formes d'accidents. Cela indique une amélioration généralisée de la qualité des soins.

Définition et écarts

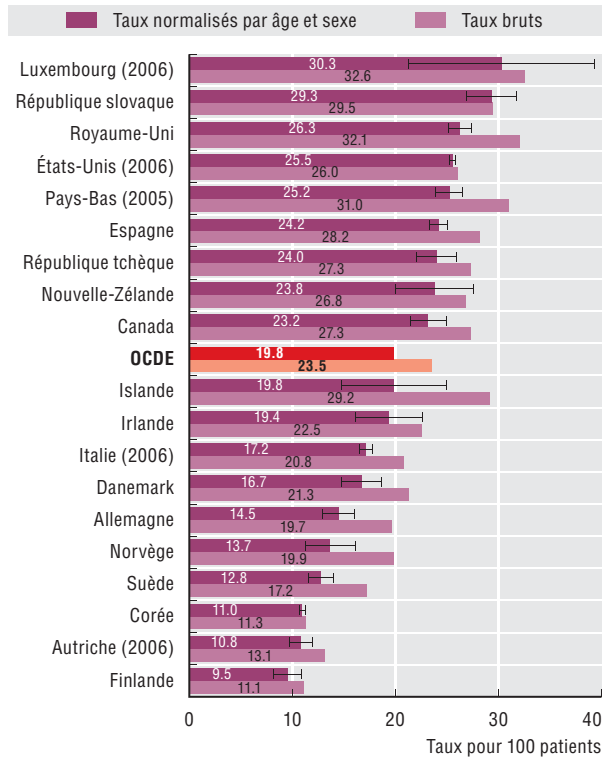
Le taux de mortalité à l'hôpital après un AVC ischémique ou hémorragique correspond au nombre de personnes qui décèdent dans les 30 jours qui suivent l'admission à l'hôpital (y compris les admissions avec sortie le jour même). Dans l'idéal, ces taux devraient reposer sur le suivi de chaque patient. Cependant, tous les pays ne sont pas en mesure de suivre les patients en entrée et en sortie de l'hôpital, d'un hôpital à un autre ou même à l'intérieur d'un même hôpital parce qu'ils n'emploient pas un identifiant unique de patient. En conséquence, cet indicateur est établi sur la base de chaque admission à l'hôpital et se limite à la mortalité à l'intérieur du même hôpital. Ainsi, les différences de pratiques à l'égard des sorties et des transferts de patients peuvent influencer sur les taux.

On présente des taux bruts et des taux normalisés en fonction de la composition par âge et par sexe. Le taux normalisé prend en compte les différences de composition par âge (plus de 45 ans) et par sexe et permet une comparaison internationale plus significative. Les taux bruts sont probablement plus utiles pour les considérations internes de chaque pays et permettent une comparaison plus directe avec les taux bruts présentés pour cet indicateur dans le *Panorama de la santé 2007*.

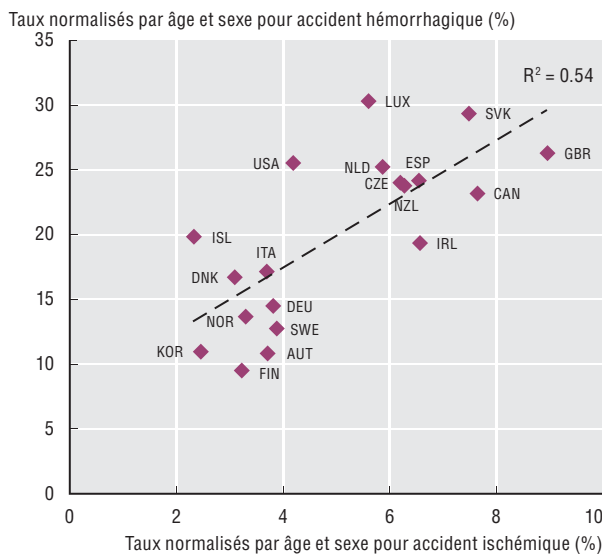
5.5.1 Mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission pour AVC ischémique, 2007



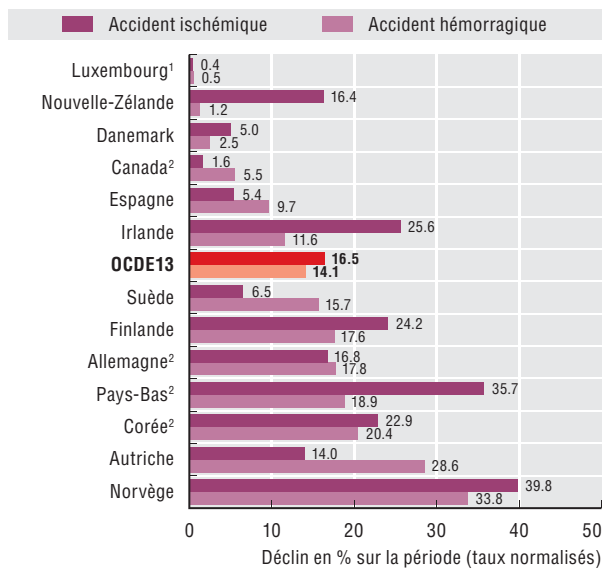
5.5.2 Mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission pour AVC hémorragique, 2007



5.5.3 Mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission pour AVC ischémique et hémorragique, 2007



5.5.4 Réduction de la mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission pour AVC, 2002-07



1. Variation de 2002-03 à 2006.
2. Calcul basé sur une période de trois ans seulement.

Source : Données du Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé 2009 (OCDE). Les taux sont normalisés par rapport à l'âge et le sexe selon la structure de la population (de 45 ans et plus) des pays de l'OCDE en 2005. Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par I—I dans les graphiques concernés.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/722313333840>



Extrait de :
Health at a Glance 2009
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2009), « Mortalité à l'hôpital après accident vasculaire cérébral », dans *Health at a Glance 2009 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-52-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 et toute carte 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.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.