

## 5.4. Mortalité à l'hôpital après un accident vasculaire cérébral

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et autres maladies cérébrovasculaires sont la quatrième cause la plus courante de décès dans les pays de l'OCDE où ils représentent en moyenne plus de 8 % de l'ensemble des décès (OCDE, 2011a). Des estimations indiquent qu'ils représentent entre 2 et 4 % des dépenses de santé et aussi qu'ils sont à l'origine de coûts importants en dehors du système de santé du fait de leur impact en matière d'incapacité (OCDE, 2003a). Dans les AVC ischémiques, qui représentent environ 85 % des cas, l'irrigation sanguine d'une partie du cerveau est interrompue, ce qui entraîne une nécrose de la partie touchée, tandis que dans les AVC hémorragiques la rupture d'un vaisseau sanguin cause un saignement dans le cerveau, entraînant habituellement des lésions plus étendues.

Le traitement des AVC ischémiques a fait des progrès spectaculaires au cours de la dernière décennie. Jusque dans les années 90, il était généralement admis que les lésions au cerveau étaient irréversibles et le traitement se concentrait sur la prévention des complications et la réadaptation. Mais suite aux améliorations spectaculaires des taux de survie après un IAM qui ont été obtenues grâce à une thrombolyse précoce, des essais cliniques ont clairement démontré les avantages du traitement thrombolytique pour les accidents ischémiques au Japon (Mori *et al.*, 1992), aux États-Unis (par exemple NINDS, 1995) et en Europe (par exemple Hacke *et al.*, 1995). Des unités de soins dédiées aux AVC ont été mises en place dans de nombreux pays, pour faciliter le diagnostic et une thérapie précoce et énergique des victimes d'AVC, et obtenir un taux de survie supérieur à celui obtenu avec les soins habituels (Seenan *et al.*, 2007).

On considère que la survie à un AVC reflète la qualité des soins aigus, en particulier des modes de traitements efficaces comme le traitement thrombolytique et d'une offre de soins rapide et adéquate. En conséquence, les taux de décès à l'hôpital suite à un AVC ont été utilisés pour des examens comparatifs des hôpitaux à l'intérieur des pays et entre les pays de l'OCDE.

Si le taux de mortalité moyen normalisé est de 5 % pour les AVC ischémiques dans les pays de l'OCDE en 2009, il existe une grande disparité entre les taux les plus élevés du Mexique (17,6 %) et de la Slovénie (9,7 %) et les taux les plus bas de la Corée et du Japon (1,8 %) (graphique 5.4.1). Pour les AVC hémorragiques, le taux moyen normalisé est de 19 % (graphique 5.4.2), soit environ quatre fois plus que le taux pour les AVC ischémiques, ce qui reflète les effets plus graves du saignement intracrânien. L'écart entre les pays varie entre 6,5 % pour la Finlande et 38,6 % pour la Belgique. Les pays qui ont un meilleur taux de survie pour l'un des types d'AVC tendent aussi à obtenir de bons résultats pour l'autre. Étant donné que les phases initiales des soins aux patients victimes d'un AVC sont similaires, cela donne à penser que des facteurs systémiques

peuvent contribuer à expliquer les différences entre les pays. Les pays nordiques (Danemark, Finlande, Islande, Norvège et Suède) ont été à la pointe de l'introduction d'unités de soins dédiées aux AVC dans les hôpitaux, ce qui a vraisemblablement contribué à des taux de mortalité inférieurs à la moyenne. D'autres facteurs tels que les schémas des transferts entre hôpitaux, le temps de séjour moyen, les délais de secours et la gravité moyenne de l'AVC peuvent également influencer sur les taux.

Entre 2000 et 2009, les taux de mortalité pour AVC ischémiques ont baissé de 26 % en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 5.4.3), et la tendance est analogue pour les AVC hémorragiques, avec une réduction moyenne de 17 % sur la même période. Ceci indique une amélioration généralisée de la qualité des soins pour ces patients.

**Définitions et comparabilité**

Le taux de mortalité à l'hôpital après un AVC ischémique ou hémorragique correspond au nombre de personnes qui décèdent dans les 30 jours suivant 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 du même hôpital car actuellement ils n'utilisent pas un identifiant unique des patients. Cet indicateur est établi sur la base d'admissions uniques et se limite à la mortalité à l'intérieur d'un même hôpital. Ainsi, les différences de pratiques en matière de sorties et de transferts des patients peuvent influencer sur les taux.

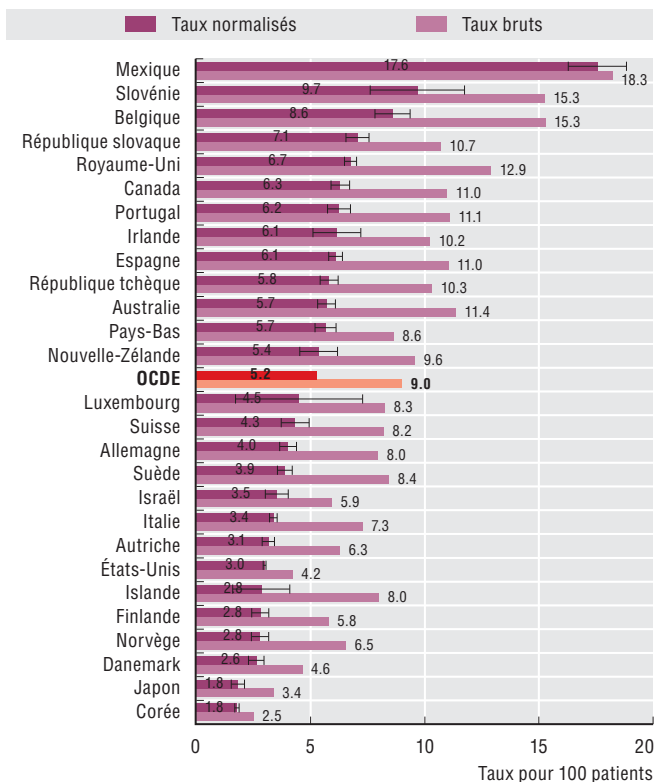
Plusieurs pays ont également fourni des données établies sur la base des patients. On constate généralement que leurs performances relatives sont similaires, bien que les taux soient bien sûr plus élevés.

Sont présentés des taux bruts et des taux normalisés en fonction de l'âge et du sexe. Les taux normalisés prennent en compte les différences d'âge (45 ans et plus) et de sexe et permettent des comparaisons internationales plus significatives. Les taux bruts sont probablement plus significatifs pour les examens internes effectués par chaque pays.

Informations sur les données concernant Israël : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

5.4. Mortalité à l’hôpital après un accident vasculaire cérébral

5.4.1 Mortalité à l’hôpital à 30 jours après admission pour AVC ischémique, 2009 (ou année la plus proche)

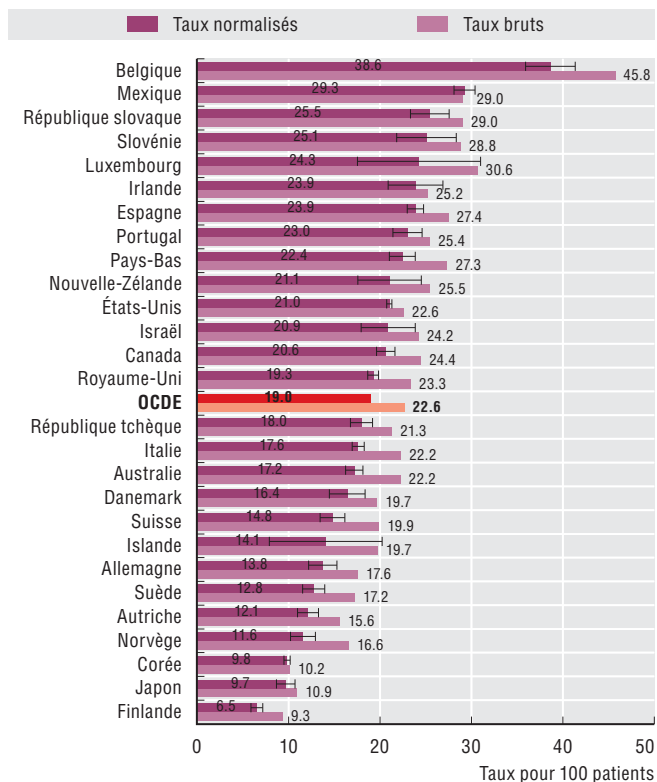


Note : Les taux sont normalisés par âge et sexe selon la structure de la population des pays de l’OCDE en 2005 (45+). Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par I—I.

Source : Base de données de l’OCDE sur la santé 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932529656>

5.4.2 Mortalité à l’hôpital à 30 jours après admission pour AVC hémorragique, 2009 (ou année la plus proche)

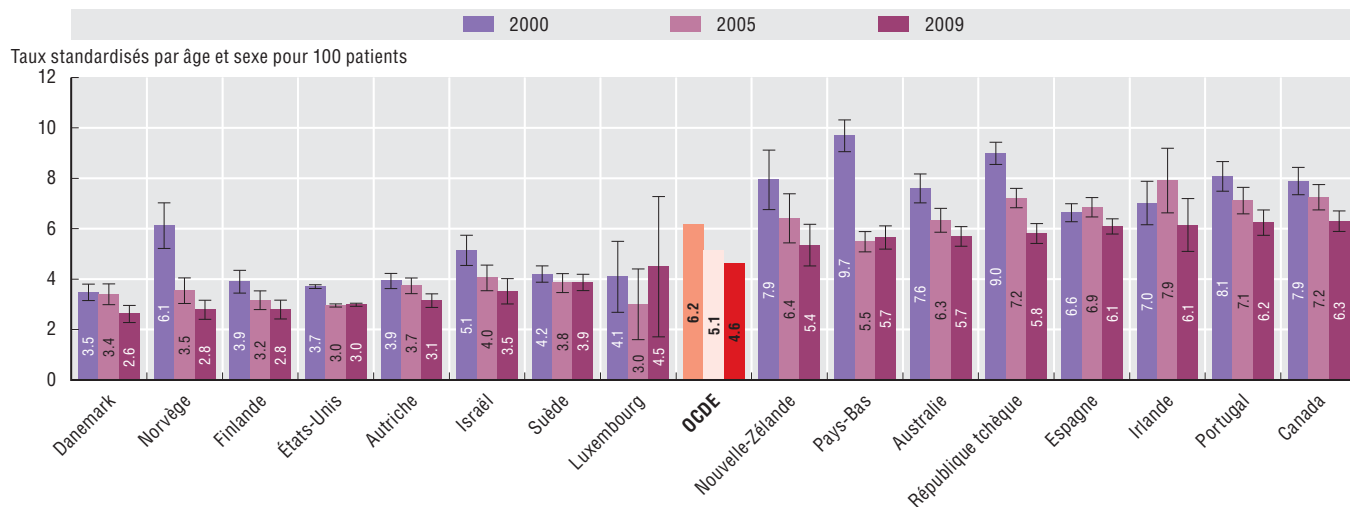


Note : Les taux sont normalisés par âge et sexe selon la structure de la population des pays de l’OCDE en 2005 (45+). Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par I—I.

Source : Base de données de l’OCDE sur la santé 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932529675>

5.4.3 Réduction de la mortalité à l’hôpital à 30 jours après admission pour AVC, 2000-09 (ou année la plus proche)



Note : Les taux sont normalisés par âge et sexe selon la structure de la population des pays de l’OCDE en 2005 (45+). Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par I—I.

Source : Base de données de l’OCDE sur la santé 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932529694>



Extrait de :  
**Health at a Glance 2011**  
OECD Indicators

Accéder à cette publication :  
[https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-en)

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

OCDE (2011), « Mortalité à l'hôpital après un accident vasculaire cérébral », dans *Health at a Glance 2011 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-43-fr](https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-43-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](mailto: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](mailto:info@copyright.com) ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).