

Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)

La mortalité imputable à une maladie coronarienne a considérablement diminué ces dernières décennies (voir l'indicateur « Mortalité due aux maladies cardiovasculaires » au chapitre 3). La réduction du tabagisme (voir l'indicateur « Tabagisme chez les adultes » au chapitre 4) et l'amélioration du traitement des maladies cardiaques y ont contribué (OCDE, 2015[23]). Malgré ces progrès, l'IAM (ou crise cardiaque) reste la principale cause de décès d'origine cardiovasculaire dans de nombreux pays de l'OCDE, ce qui souligne la nécessité de réduire davantage les facteurs de risque et d'améliorer la qualité des soins (OCDE/The King's Fund, 2020[24]). La crise du COVID-19 a également mis en évidence la nécessité de préserver l'accès des personnes faisant un IAM à des soins intensifs de qualité lorsqu'elles arrivent aux urgences.

Les mesures de la mortalité à 30 jours après l'admission à l'hôpital pour un IAM témoignent des processus de soins, tels que le transport à temps des patients et les interventions médicales efficaces. Cependant, plusieurs éléments influent sur cet indicateur, à savoir non seulement la qualité des soins prodigués dans les hôpitaux, mais aussi les différences d'un pays à l'autre en matière de modalités de transferts hospitaliers, la durée du séjour et la gravité de l'IAM.

Le Graphique 6.15 illustre les taux de mortalité dans les 30 jours suivant l'admission à l'hôpital pour un IAM, calculés sur la base de données non couplées, c'est-à-dire en comptabilisant uniquement les décès survenus dans l'hôpital où le patient a été admis initialement. En 2019, les taux les plus bas ont été enregistrés par l'Islande, les Pays-Bas, la Norvège, l'Australie, la Suède et la Turquie (moins de 4 % des patients âgés de 45 ans et plus) et les plus élevés par la Lettonie et le Mexique (plus de 13 %). Au Mexique, l'absence d'un système de soins coordonné entre les soins primaires et les hôpitaux peut contribuer aux retards de reperfusion et aux faibles taux d'angioplastie (Martínez-Sánchez et al., 2017[25]).

Le Graphique 6.16 illustre le même taux de mortalité à 30 jours, mais calculé sur la base de données couplées, c'est-à-dire en comptabilisant les décès quel que soit l'endroit où ils sont survenus après l'hospitalisation (dans l'hôpital où le patient a été admis initialement, après son transfert dans un autre hôpital ou après sa sortie). Sur la base de ces données couplées, les taux de mortalité par IAM en 2019 allaient de 3 % aux Pays-Bas à 17 % en Lettonie.

Les taux de létalité par IAM ont baissé considérablement entre 2009 et 2019 d'après ces deux ensembles de données (Graphique 6.15 et Graphique 6.16). Dans les pays de l'OCDE, le taux moyen est passé de 8.7 % à 6.6 % en ce qui concerne les décès survenus dans le même hôpital que celui où l'admission initiale a eu lieu, et de 11.4 % à 8.8 % en ce qui concerne les décès survenus à l'hôpital ou en dehors. Entre 2019 et 2020, les taux de létalité ont augmenté cependant en Lituanie, en Pologne et en Angleterre (Royaume-Uni), tandis qu'ils sont restés stables dans des pays comme le Canada, l'Islande, l'Irlande, la Lettonie, le Portugal et la République slovaque.

Ces évolutions de tendance témoignent des difficultés auxquelles les systèmes de santé ont été confrontés pour garantir un accès en temps voulu aux soins intensifs pendant la crise du COVID-19. Dans tous les pays ayant déclaré des données pour 2020, le nombre de personnes admises à l'hôpital pour IAM a diminué. La baisse a été particulièrement notable au Canada et au Portugal. Une baisse du nombre d'admissions pour IAM et une réduction du nombre d'interventions pour le traitement des crises cardiaques ont été signalées en Autriche, en Italie, en

Espagne et aux États-Unis. Ce phénomène peut être dû à une baisse de la fréquentation des hôpitaux par les patients (soit par crainte d'une exposition au COVID-19 soit pour éviter d'alourdir le système de santé) ou tenir au fait que les systèmes ambulanciers n'ont pas été en mesure de transférer rapidement tous les patients en raison d'une envolée des demandes de prise en charge des patients atteints du COVID-19. Le nombre absolu de personnes décédées d'un IAM dans les 30 jours suivant leur admission à l'hôpital a baissé considérablement au Portugal, ce qui tend à montrer qu'au moins certains patients ayant eu un IAM sont peut-être décédés à domicile ou dans un établissement de long séjour avant d'arriver à l'hôpital.

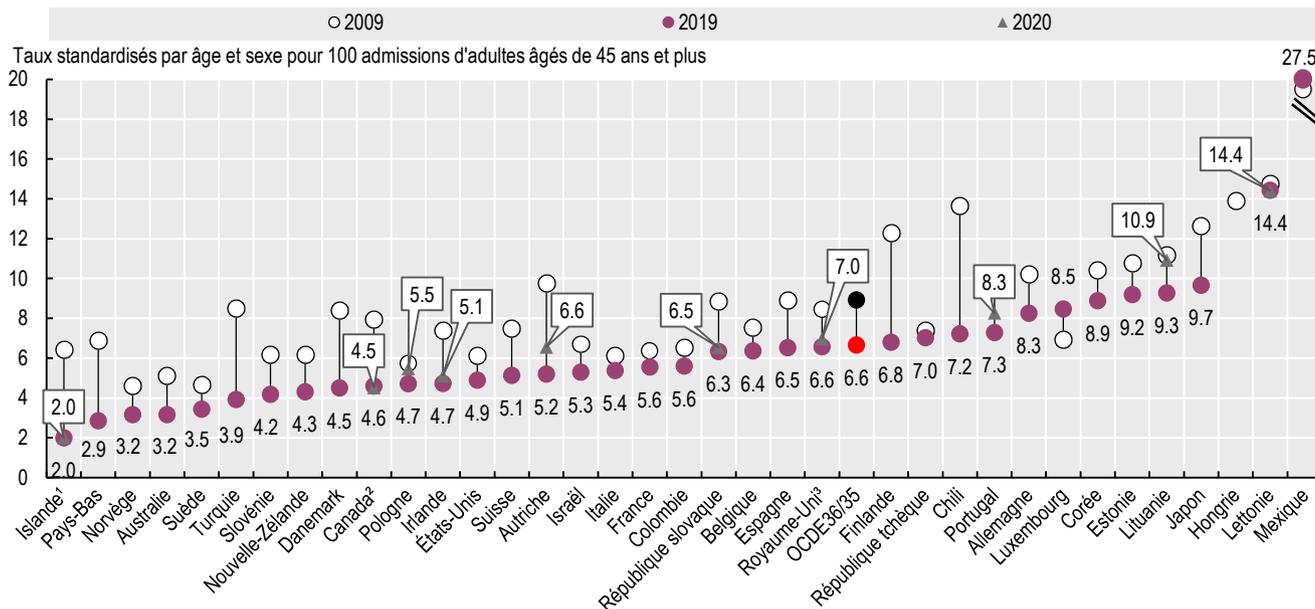
Des données supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'impact du COVID-19 sur les soins intensifs prodigués à la suite d'un IAM et pour aider les systèmes de santé à fournir des soins intensifs de qualité pendant les urgences de santé publique. L'Angleterre (Royaume-Uni) a constaté que le nombre d'appels d'ambulances pour une crise cardiaque était stable par rapport aux années précédentes (Holmes et al., 2020[26]) et que, bien que les temps de réaction des ambulances aient augmenté, ils n'étaient pas liés aux retards de revascularisation une fois à l'hôpital ni à un taux de mortalité plus élevé (Little et al., 2020[27]). Lorsque les ressources sont limitées, des données plus granulaires telles que les admissions hospitalières et les taux de létalité selon la gravité de l'IAM 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

Le taux de létalité permet de mesurer le pourcentage de personnes âgées de 45 ans et plus qui décèdent dans les 30 jours suivant leur admission à l'hôpital pour un problème de santé aigu spécifique. Les données non couplées tiennent compte uniquement des décès survenus dans le même hôpital que celui où l'admission initiale a eu lieu ; les données couplées tiennent compte des décès enregistrés, qu'ils surviennent dans le même hôpital ou dans un autre hôpital que celui où l'IAM a été enregistré initialement voire en dehors de l'hôpital où l'IAM a été enregistré initialement. La méthode basée sur des données couplées est considérée comme plus robuste que les taux basés sur des données non couplées, et entraîne donc des variations beaucoup moins importantes entre les pays. Cependant, elle nécessite un identifiant unique pour chaque patient pour coupler les données issues de différentes bases de données, ce qui n'existe pas dans tous les pays.

Les taux sont standardisés selon l'âge et le sexe de la population de l'OCDE âgée de 45 ans et plus en 2010 admise à l'hôpital pour un IAM, en utilisant les codes I21- I22 de la Classification internationale des maladies, dixième édition (CIM 10).

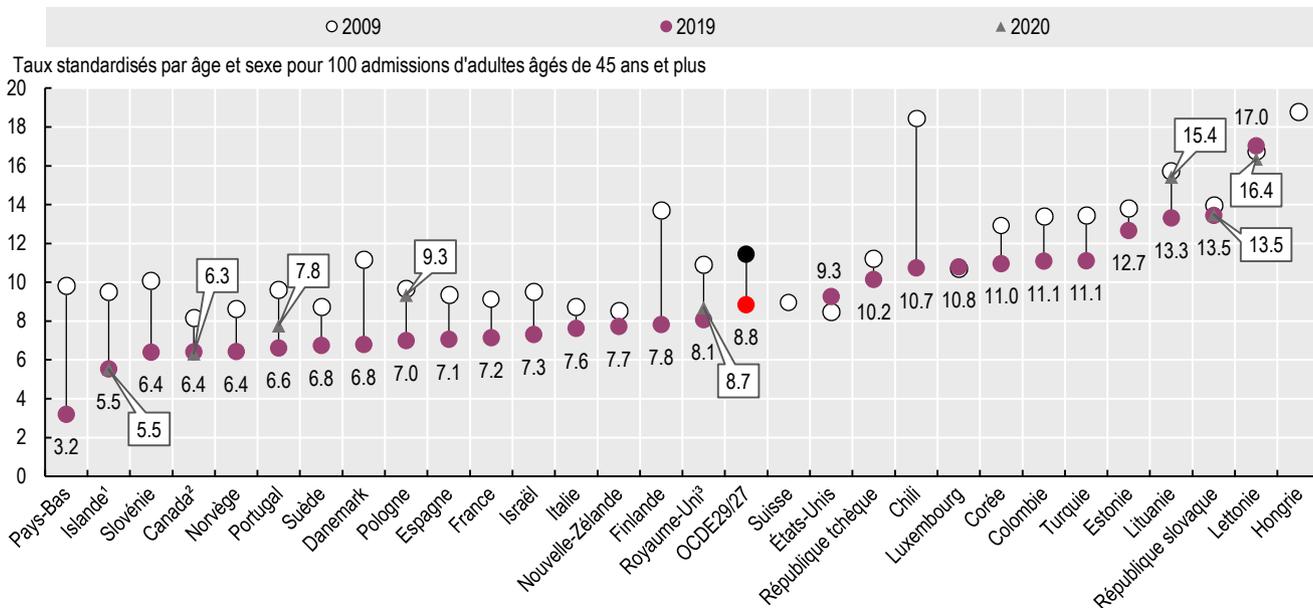
Graphique 6.15. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour infarctus aigu du myocarde, taux basés sur des données non couplées, 2009, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



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/pirhvv>

Graphique 6.16. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour infarctus aigu du myocarde, taux basés sur des données couplées, 2009, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



1. Moyenne sur trois ans pour toutes les années sauf 2020. 2. 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. 3. Les données 2020 sont provisoires et incluent uniquement l'Angleterre.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink <https://stat.link/b0ly8m>



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 infarctus aigu du myocarde (IAM) », dans *Health at a Glance 2021 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/e80f6752-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>.