

Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)

La mortalité imputable à une maladie coronarienne a considérablement diminué ces dernières décennies (voir la section « Mortalité due aux maladies cardiovasculaires » au chapitre 3). La réduction du tabagisme (voir la section « Tabagisme » au chapitre 4) et l'amélioration du traitement des maladies cardiaques y ont contribué (OCDE, 2015^[1]). Malgré ces progrès, l'IAM (ou crise cardiaque) reste l'une des principales causes de décès et 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 (OECD/The King's Fund, 2020^[2]).

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 en matière de modalités de transferts hospitaliers, la durée du séjour et la gravité de l'IAM d'un pays à l'autre.

Le Graphique 6.23 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, chez les patients âgés de 45 ans et plus. En 2021, les taux les plus bas ont été enregistrés par l'Islande, la Norvège, les Pays-Bas, l'Australie et la Suède (moins de 4 %) et les plus élevés par la Lettonie (15.9 %) et le Mexique (23.7 %). Au Mexique, de nombreux hôpitaux n'ont pas la capacité de diagnostiquer un IAM et de pratiquer une reperfusion pharmacologique et mécanique, (Pérez-Cuevas et al., 2020^[3]) ce qui pourrait être associé à des taux élevés de décès par IAM.

Le Graphique 6.24 montre 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 2021 allaient de 3.2 % aux Pays-Bas à 17.9 % en Lettonie.

Les taux de létalité par IAM ont baissé considérablement entre 2011 et 2019. Dans les pays de l'OCDE, le taux moyen est passé de 8.4 % à 6.7 % en ce qui concerne les décès survenus dans le même hôpital que celui où l'admission initiale a eu lieu (Graphique 6.23) et de 10.7 % à 8.6 % en ce qui concerne les décès survenus en milieu hospitalier ou hors milieu hospitalier (Graphique 6.24), ce qui se traduit par une baisse des taux de mortalité globale par IAM au cours de la même période.

Entre 2019 et 2021, cependant, le taux moyen a augmenté de 4 % à la fois en ce qui concerne les décès survenus dans le même hôpital que celui où l'admission initiale et les décès survenus en milieu hospitalier ou hors milieu hospitalier. L'augmentation était significativement élevée en Turquie et en Allemagne en ce qui concerne les décès survenus dans le même hôpital que celui où l'admission initiale a eu lieu ; une augmentation substantielle a également été observée en ce qui concerne les décès survenus en milieu hospitalier ou hors milieu hospitalier en République slovaque et en Pologne. Un certain nombre d'études infranationales menées dans les pays de l'OCDE soulignent que, pendant la pandémie, la gravité moyenne de l'IAM chez les patients admis à l'hôpital en raison de cette pathologie a augmenté en raison de l'hésitation à se faire soigner, notamment chez les personnes atteintes d'affections bénignes, et le délai entre l'apparition des symptômes et le traitement a été prorogé en raison de la présentation plus tardive des patients à l'hôpital et de l'allongement du temps de traitement hospitalier avant que la procédure nécessaire ne soit entamée. Une combinaison de ces facteurs peut avoir contribué à l'augmentation des taux de mortalité à 30 jours pendant la pandémie.

L'analyse plurinationale des tendances récentes en matière de taux de létalité à 30 jours est également difficile, car les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire établie ont tendance à être davantage vulnérables face au risque de décès par COVID-19, alors que dans le même temps, le COVID-19 est associé à un risque accru de différents types de maladies cardiovasculaires – à la fois les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires. Par conséquent, la prévalence du COVID-19 peut également avoir influé sur l'évolution des taux de mortalité due aux maladies cardiovasculaires, les liens cliniques étroits avec le COVID-19 compliquant le codage des causes de décès dans les différents pays.

Il faudrait davantage de données et d'analyses pour évaluer les variations, d'un pays à l'autre, de l'accessibilité aux soins des patients victimes d'un accident cardiovasculaire aigu tel que l'IAM pendant la pandémie ainsi que de la qualité des soins intensifs qui leur sont prodigués. Alors que des soins de qualité doivent être prodigués à temps dès l'apparition de la maladie chez ces patients, le taux de mortalité à 30 jours reflète uniquement la qualité des soins prodigués après leur admission à l'hôpital. L'accès préhospitalier aux soins, tels que les services médicaux d'urgence, qui est également crucial pour les résultats des patients victimes d'un IAM, reste à éclaircir.

Définition et comparabilité

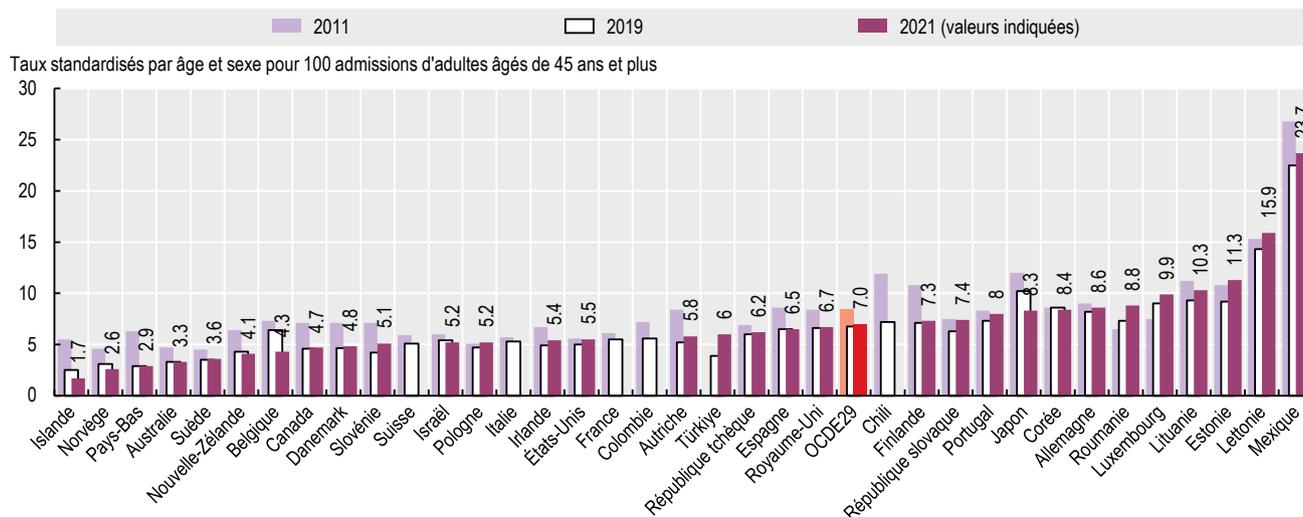
Le taux de létalité permet de mesurer le pourcentage de personnes âgées de 45 ans et plus qui décèdent dans les 30 jours suivant leur admission à l'hôpital pour un problème de santé aigu spécifique. Les données non couplées tiennent compte uniquement des décès survenus dans le même hôpital que celui 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 une variation beaucoup moins importante 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 suivant l'âge et le sexe par rapport à la population de l'OCDE de 2013 âgée de 45 ans et plus admise à l'hôpital pour IAM (avec les codes CIM-10 : I21-I22).

Références

- OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264233010-en>. [1]
- OECD/The King's Fund (2020), *Is Cardiovascular Disease Slowing Improvements in Life Expectancy? : OECD and The King's Fund Workshop Proceedings*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/47a04a11-en>. [2]
- Pérez-Cuevas, R. et al. (2020), "Gaps between supply and demand of acute myocardial infarction treatment in Mexico", *Salud Pública de México*, Vol. 62/5, Sept.-Oct., pp. 540-549, <https://doi.org/10.21149/11032>. [3]

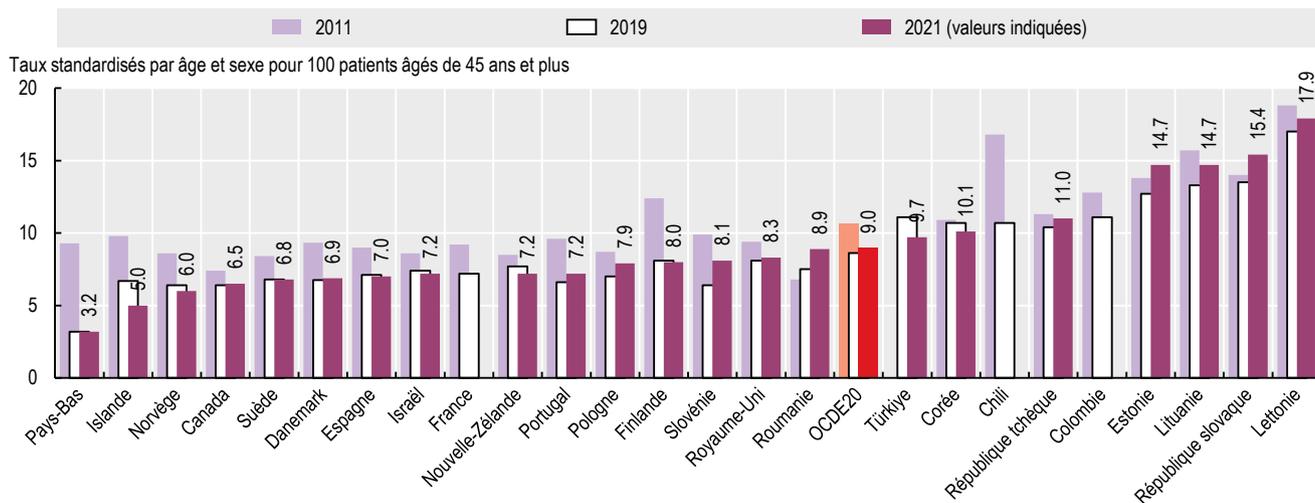
Graphique 6.23. Mortalité dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour infarctus aigu du myocarde, taux basés sur des données non couplées, 2011, 2019 et 2021 (ou année la plus proche)



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

StatLink <https://stat.link/5c3rfi>

Graphique 6.24. Mortalité dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour infarctus aigu du myocarde, 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/cjy8f2>



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 infarctus aigu du myocarde (IAM) », dans *Health at a Glance 2023 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/f10428bf-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>.