

5.3. Mortalité à l'hôpital après un infarctus aigu du myocarde

Si les maladies coronariennes demeurent la principale cause de décès dans la plupart des pays industrialisés, les taux de mortalité due à ces maladies ont baissé depuis les années 70 (voir l'indicateur 1.3). Cette diminution peut être attribuée dans une large mesure à une baisse de la mortalité due à un infarctus aigu du myocarde (IAM) suite à un meilleur traitement en phase aiguë. Les soins dispensés en cas d'IAM ont évolué de manière spectaculaire au cours des dernières décennies avec l'apparition dans les années 60 des unités de soins coronariens (Khush *et al.*, 2005), puis l'apparition dans les années 80 de traitements visant à rétablir rapidement la circulation sanguine (Gil *et al.*, 1999). Les succès obtenus sont d'autant plus remarquables que tout donne à penser que l'incidence de l'IAM n'a pas diminué dans la plupart des pays (Goldberg *et al.*, 1999; Parikh *et al.*, 2009). Toutefois, un grand nombre d'études ont montré qu'une proportion considérable de patients victimes d'un IAM ne reçoit pas les soins appropriés (Eagle *et al.*, 2005).

Le taux de décès à l'hôpital suite à un IAM est considéré être une bonne mesure de la qualité des soins aigus car il reflète les processus de soins en cas d'IAM, tels qu'une intervention médicale efficace comme la thrombolyse et l'administration précoce d'aspirine et de bêtabloquants, ainsi que le transport en temps voulu des patients. Les taux de mortalité par IAM ont été utilisés pour une analyse comparative des hôpitaux dans plusieurs pays dont le Canada, le Danemark, le Royaume-Uni et les États-Unis.

Les variations des taux bruts et normalisés de décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant une admission pour IAM sont très larges. Les taux les plus faibles sont enregistrés au Danemark et en Norvège (graphique 5.3.1). Le taux le plus élevé est enregistré au Mexique qui affiche également le taux le plus élevé de mortalité annuelle par IAM y compris les décès en dehors de l'hôpital. Les données mexicaines ne font référence qu'aux performances des hôpitaux du secteur public et la qualité des services médicaux d'urgence préhospitaliers est encore jugée faible (Peralta, 2006), ce qui explique probablement les taux élevés de mortalité à l'hôpital. Le Japon arrive juste derrière bien que son taux de mortalité global par IAM soit le plus bas. Au-delà de la qualité des soins prodigués à l'hôpital, les différences en termes de transferts hospitaliers, de durée moyenne de séjour, de délais de secours et de gravité moyenne des IAM peuvent influencer sur les taux de décès à 30 jours. Pour les femmes, les taux de mortalité sont habituellement plus élevés que pour les hommes mais dans la plupart des pays la disparité homme-femme n'est pas statistiquement significative. Il existe toutefois des exceptions : le Mexique a une disparité homme-femme importante, ce qui donne à penser que le taux de survie des femmes à un IAM peut être amélioré.

Les données établies sur la base des patients (c'est-à-dire qui suivent les patients tant à l'hôpital qu'en dehors) sont un indicateur plus robuste pour les comparaisons internationales car les données établies sur la base des admissions peuvent fausser à la

baisse les taux de mortalité si des patients cardiaques instables sont communément transférés dans des centres de soins tertiaires. Cette information plus complète n'est toutefois disponible que pour un petit groupe de pays. Parmi le groupe de pays pour lequel on dispose de ces données, on constate que les performances relatives des pays mesurées par les données établies sur la base des patients sont analogues à celles mesurées sur la base des admissions, excepté au Danemark (graphique 5.3.1). La Nouvelle-Zélande et la Suède conservent un faible taux de mortalité des patients admis pour un IAM sur la base de cette mesure plus complète.

Les taux de mortalité à l'hôpital suite à un IAM diminuent dans tous les pays de l'OCDE ayant des données tendanciennes, la majorité d'entre eux enregistrant des réductions statistiquement significatives entre 2000 et 2009 (graphique 5.3.2). L'amélioration est particulièrement marquée dans les pays nordiques, en République tchèque, en Irlande et en Autriche. Dans les différents pays, l'amélioration des taux de mortalité par IAM reflète les progrès en matière de traitements tels que les taux accrus des thérapies de reperfusion en temps voulu qui cherchent à rétablir la circulation sanguine vers la partie du muscle cardiaque endommagé lors de l'attaque (Fox *et al.*, 2007 ; et Tu *et al.*, 2009).

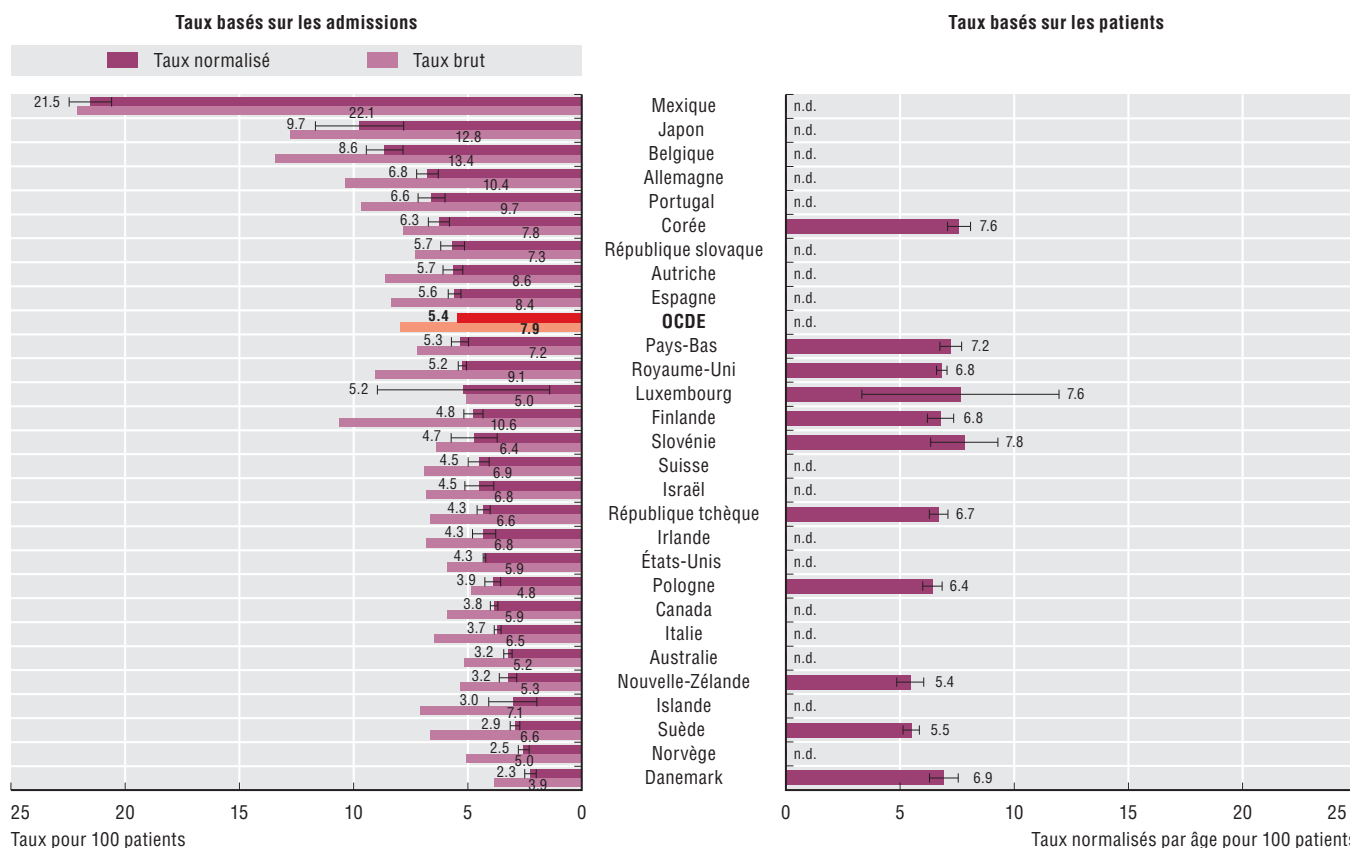
Définitions et comparabilité

Le taux de décès à l'hôpital suite à un IAM mesure le nombre de personnes qui décèdent dans les 30 jours de leur admission à l'hôpital (y compris le jour même) pour un IAM. L'idéal serait des taux établis sur la base de patients suivis individuellement ; toutefois, tous les pays n'ont pas la capacité de suivre les entrées et les sorties de patients, de les suivre d'un hôpital à l'autre voire même au sein d'un hôpital car ils n'utilisent pas actuellement un identifiant unique des patients. Pour la plupart des pays, cet indicateur est donc présenté uniquement sur la base d'admissions individuelles à l'hôpital et se limite à la mortalité au sein du même hôpital, de sorte que les différences de pratiques dans les sorties et transferts de patients peuvent influencer sur les constats.

Des taux bruts et des taux normalisés en fonction de l'âge et du sexe sont présentés. 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 analyses internes par pays.

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

5.3.1 Taux de mortalité à 30 jours après admission pour infarctus aigu du myocarde (IAM), 2009 (ou année la plus proche)

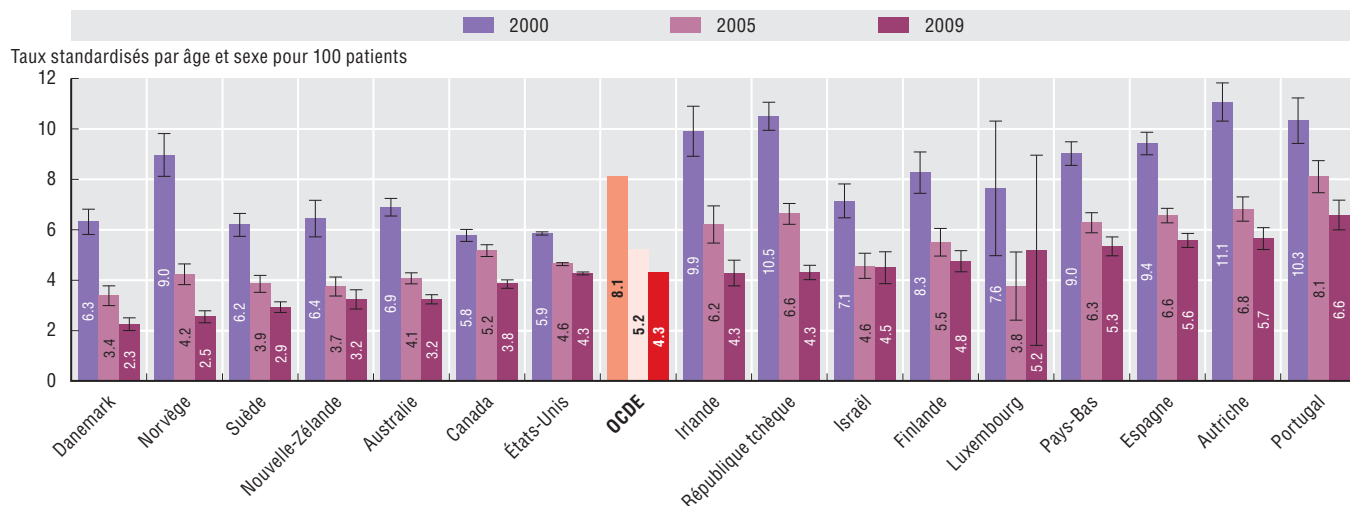


Note : Les taux sont normalisés par âge et sexe selon la structure de la population des pays de l’OCDE en 2005 (45+). Les intervalles de confiance à 65 % sont représentés par |—|.

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

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932529618>

5.3.2 Réduction de la mortalité à l’hôpital à 30 jours après admission pour IAM, 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 65 % sont représentés par |—|.

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

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932529637>



Extrait de :
Health at a Glance 2011
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2011), « Mortalité à l'hôpital après un infarctus aigu du myocarde », dans *Health at a Glance 2011 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-42-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.