

## 5.4. Mortalité à l'hôpital après 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 sont en baisse depuis les années 70 (voir l'indicateur 1.4 « Mortalité due aux maladies cardiovasculaires »). Cette diminution peut être attribuée, dans une large mesure, à une baisse de la mortalité par infarctus aigu du myocarde (IAM) grâce à une amélioration du traitement en phase aiguë. Les soins dispensés en cas d'IAM ont évolué de façon spectaculaire dans les dernières décennies avec l'apparition des unités de soins coronariens dans les années 60 (Khush *et al.*, 2005) puis l'apparition, dans les années 80, de traitements visant à rétablir rapidement la circulation sanguine coronarienne (Gil *et al.*, 1999). Les succès sont d'autant plus remarquables que l'incidence de l'IAM ne semble pas avoir diminué (Goldberg *et al.*, 1999; Parikh *et al.*, 2009). Toutefois, de nombreuses études ont montré qu'une proportion considérable des patients d'IAM ne reçoivent pas les soins recommandés (Eagle *et al.*, 2005). L'IAM représente environ la moitié des décès par maladie coronarienne, et le coût des soins administrés pour les maladies coronariennes représente jusqu'à 10 % des dépenses de santé des pays industrialisés (OCDE, 2003a).

Un grand nombre d'études établissent un lien entre les processus de soins de l'IAM, comme la thrombolyse et le traitement précoce par l'aspirine et les bêtabloquants, à des améliorations de la survie, indiquant ainsi que le taux de mortalité après un IAM est une mesure appropriée de la qualité des soins (Davies *et al.*, 2001). Étant donné l'éventail des services et des dispositifs à mobiliser pour soigner cette maladie, le taux de décès de personnes admises suite à un IAM est considéré comme une bonne mesure de résultat de la qualité des soins aigus. Les taux de mortalité après un IAM ont été utilisés pour l'examen comparatif des hôpitaux par l'AHRQ aux États-Unis (Davies *et al.*, 2001) et par le NHS britannique au Royaume-Uni. Ils ont aussi servi à des comparaisons internationales dans le projet de l'OCDE sur les maladies liées au vieillissement (OCDE, 2003a) et le projet Monica de l'OMS (Tunstall-Pedoe, 2003).

Le graphique 5.4.1 montre les taux, bruts et normalisés en fonction de la composition par âge et par sexe, de la mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission pour un IAM. Le taux normalisé moyen est légèrement inférieur à 5 %, avec un maximum en Corée (8.1 %) et un minimum en Islande (2.1 %), suivie par la Suède (2.9 %). D'autres pays nordiques (Finlande, Norvège et Danemark) sont aussi largement en dessous de la moyenne. Des différences entre les pays concernant les transferts de patients, la durée moyenne de séjour à l'hôpital et les délais des secours peuvent influencer sur les taux déclarés. Dans les pays ayant des services de secours d'urgence très spécialisés, un plus grand nombre de patients arrivent vivants à l'hôpital mais peuvent par la suite ne pas être stabilisés et

décéder quelques heures après l'admission. Dans d'autres pays, des malades cardiaques instables sont couramment transférés vers des centres de soins tertiaires, ce qui peut diminuer les taux de mortalité si le transfert est enregistré comme la sortie d'une personne vivante. Les taux de mortalité après un IAM pour les femmes sont généralement plus élevés que chez les hommes mais la différence n'est pas statistiquement significative pour tous les pays. Cela reflète le fait que, si les maladies coronariennes sont beaucoup plus courantes chez les hommes, elles sont habituellement plus graves chez les femmes.

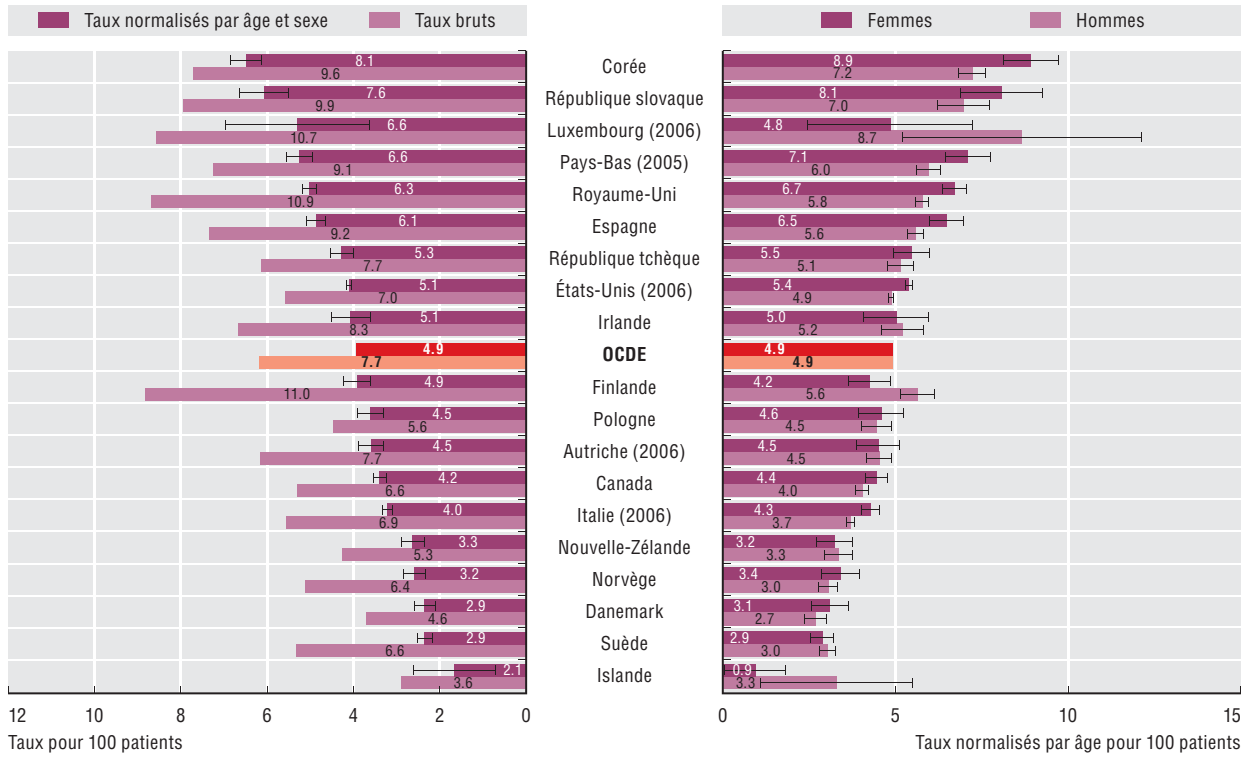
Le graphique 5.4.2 montre que les taux de mortalité après un IAM baissent dans tous les pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, la majorité enregistrant des baisses statistiquement significatives entre 2003 et 2007. Au Canada et dans d'autres pays, les réductions des taux de mortalité reflètent les progrès dans le traitement tels que les taux accrus de thérapie de reperfusion et la plus grande précocité de ces soins, qui visent à rétablir l'irrigation sanguine dans la partie du muscle cardiaque atteinte lors de la crise cardiaque (Fox *et al.*, 2007; et Tu *et al.*, 2009).

**Définition et écarts**

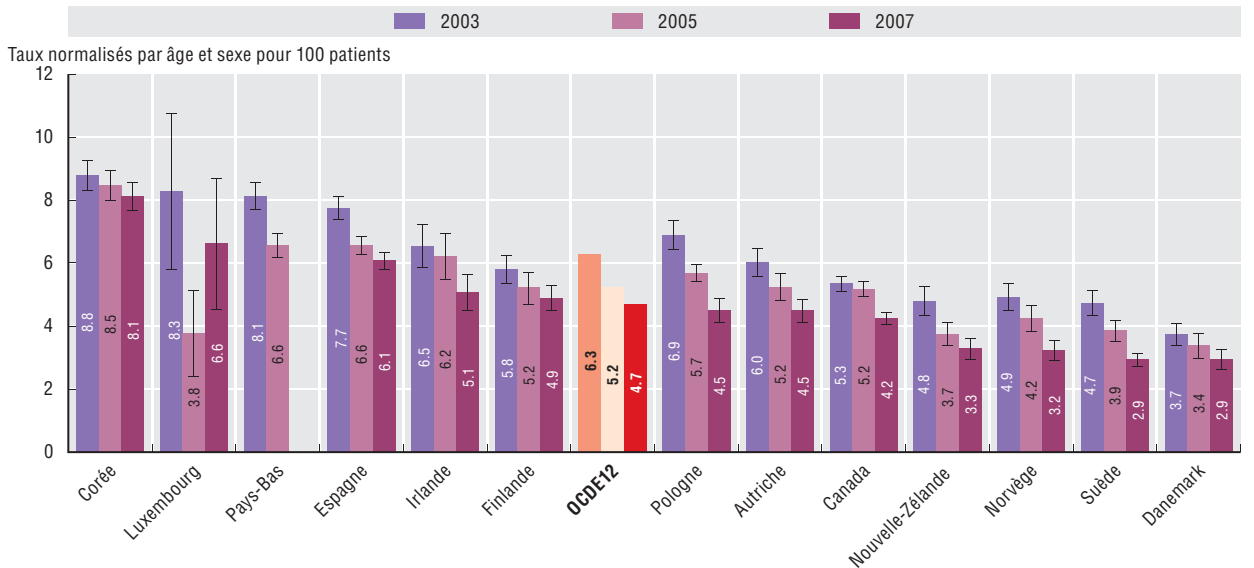
Le taux de mortalité à l'hôpital après un IAM correspond au nombre de personnes qui décèdent dans les 30 jours suivant l'admission à l'hôpital pour un IAM (y compris les admissions avec sortie le jour même). Dans l'idéal, ces taux devraient reposer sur le suivi de chaque patient. Cependant, tous les 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 corrige les différences de la composition par âge (plus de 45 ans) et par sexe et permet une comparaison internationale plus significative. Les taux bruts peuvent être plus utiles pour les considérations internes de chaque pays et permettent une comparaison avec les taux bruts présentés pour cet indicateur dans le *Panorama de la santé 2007*.

5.4.1 Mortalité à l’hôpital à 30 jours après admission pour infarctus aigu du myocarde (IAM), 2007



5.4.2 Réduction dans la mortalité à l’hôpital à 30 jours après admission pour IAM, 2003-07 (ou année la plus proche)



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—.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/722306341284>



Extrait de :  
**Health at a Glance 2009**  
OECD Indicators

Accéder à cette publication :  
[https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2009-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en)

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

OCDE (2009), « Mortalité à l'hôpital après infarctus aigu du myocarde », dans *Health at a Glance 2009 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2009-51-fr](https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-51-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).