

### Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)

La mortalité imputable aux maladies coronariennes a considérablement diminué depuis les années 1970 (voir l'indicateur « Mortalité imputable aux maladies cardiovasculaires » au chapitre 3). Les progrès de la prévention, notamment contre le tabac (voir l'indicateur « Consommation de tabac chez les adultes » au chapitre 4), et du traitement des maladies cardiovasculaires ont dépassé ceux enregistrés contre beaucoup d'autres maladies (OCDE, 2015a).

Un bon indicateur de la qualité des soins aigus est le taux de décès à 30 jours suite à un IAM. Il reflète les processus de soins, tels que le transport en temps voulu des patients et les interventions médicales efficaces. Cet indicateur est non seulement influencé par la qualité des soins fournis dans les hôpitaux, mais aussi par les différences en termes de transferts hospitaliers, de durée moyenne de séjour et de gravité des IAM.

Le graphique 8.10 présente les taux de mortalité dans les 30 jours suivant une admission pour IAM lorsque le décès se produit dans l'hôpital où l'admission pour IAM a eu lieu. L'Australie enregistre le taux le plus faible (4.1 %) et le Mexique le plus élevé (28.2%), ce qui donne à penser que les patients admis pour IAM ne reçoivent pas toujours les soins recommandés. Au Mexique, la qualité des services médicaux d'urgence préhospitaliers est apparemment faible (Peralta, 2006). Les taux élevés de diabète non contrôlé peuvent également contribuer à expliquer les taux élevés de décès après un IAM (voir l'indicateur « Traitement du diabète » au chapitre 8) car les patients souffrant du diabète ont de plus mauvais résultats de santé après un IAM que ceux n'en souffrant pas, en particulier si le diabète est mal contrôlé. Au Japon, les individus ont moins de risques de mourir d'une maladie cardiovasculaire de façon globale, mais sont plus susceptibles de mourir après leur admission à l'hôpital pour IAM que dans de nombreux autres pays de l'OCDE. Une explication possible est que la gravité de l'état des patients admis suite à un IAM peut être plus importante chez un petit groupe de personnes au sein de la population, mais ce phénomène peut également refléter des différences sous-jacentes dans les soins d'urgence, les diagnostics, les formes de traitement et même les systèmes de classification des maladies (OCDE, 2015b).

Le graphique 8.11 présente les taux de mortalité dans les 30 jours lorsque les décès sont enregistrés indépendamment du lieu où ils surviennent. Cet indicateur est plus robuste en ceci qu'il enregistre de façon plus exhaustive les décès que l'indicateur des décès pour un même hôpital, mais nécessite un identifiant de patient unique et des données associées – ce qui n'est pas disponible dans tous les pays. Le taux de mortalité de l'IAM varie entre les pays, allant de 7.1 % au Canada à 18.8 % en Hongrie et à 19.1 % en Lettonie.

Les taux de mortalité de l'IAM ont fortement diminué entre 2003 et 2013 (graphiques 8.10 et 8.11). Dans les pays de l'OCDE, les taux ont chuté de 11.2 % à 8.0 % si l'on tient compte des décès survenus dans le même hôpital et de 14.3 % à 9.5 % si l'on considère les décès survenus à et en dehors de l'hôpital. La diminution a été particulièrement frappante en République slovaque, aux Pays-Bas et en Australie pour le premier indicateur, et en Finlande et en Pologne pour le second indicateur, avec une réduction moyenne annuelle de 6 %, contre des moyennes de 3 % et 4 % respectivement pour l'OCDE. L'amélioration de l'accès à des soins aigus de qualité

élevée pour les crises cardiaques, y compris un transport en temps voulu des patients, des interventions médicales fondées sur des données probantes et des installations sanitaires spécialisées de qualité élevée (telles que les centres capables de réaliser des interventions par cathéter percutané) ont contribué à réduire les taux de mortalité dans les 30 jours (OCDE, 2015a). La Corée avait par exemple des taux de mortalité plus élevés pour l'IAM, mais en 2006, le pays a mis en œuvre un Plan global contre les maladies cardiovasculaires englobant la prévention, les soins primaires et les soins aigus des maladies cardiovasculaires (OCDE, 2012). Dans le cadre de ce plan, les services spécialisés ont été renforcés grâce à la création de centres régionaux cardio et cérébrovasculaires à travers le pays, et les temps d'attente moyens entre l'arrivée aux urgences et le début de la cathétérisation ont été réduits de 72.3 minutes en 2010 à 65.8 minutes en 2011, avec pour conséquence une diminution de la mortalité (OCDE, 2015a).

#### Définition et comparabilité

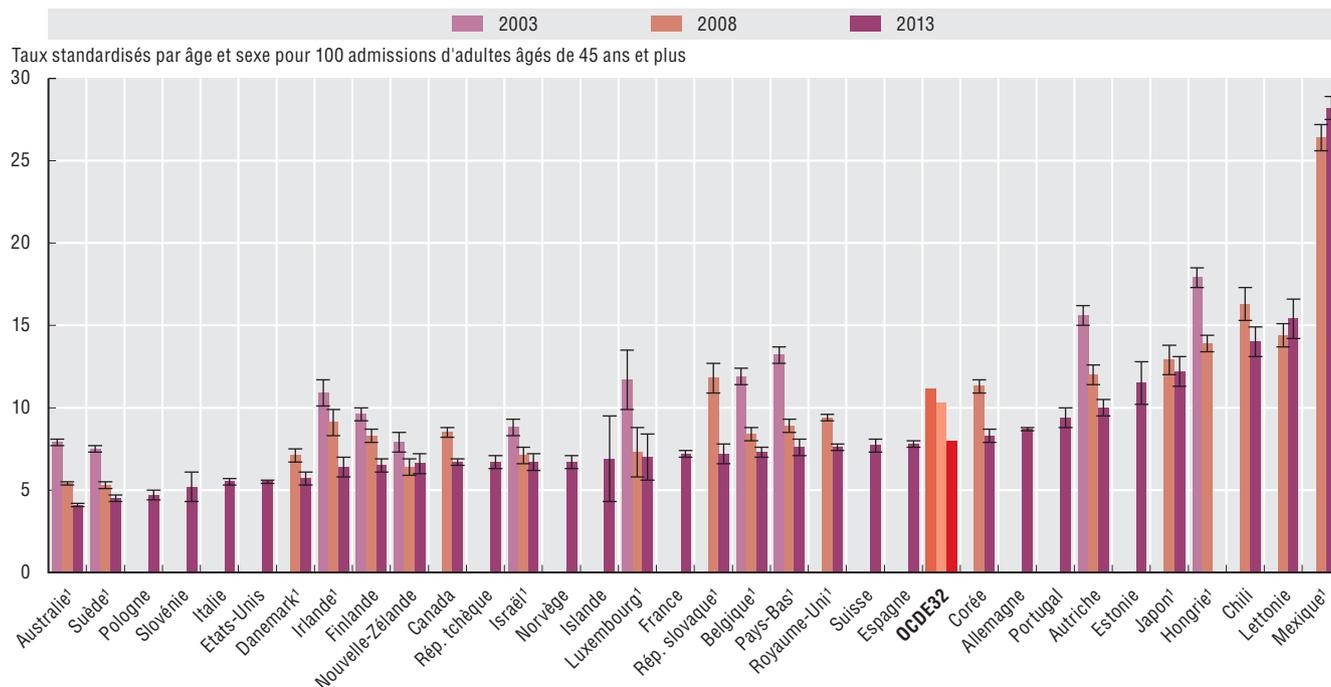
Le taux de mortalité mesure le pourcentage de personnes âgées de 45 ans et plus qui décèdent dans les 30 jours suivant leur admission à l'hôpital pour un problème de santé aigu spécifique. Les taux basés sur les données des admissions concernent les décès survenus dans l'hôpital où le patient a été initialement admis. Les admissions résultant d'un transfert ont été exclues pour l'ensemble des pays, sauf l'Australie, la Belgique, le Danemark, la Hongrie, l'Irlande, Israël, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, les Pays-Bas, la République slovaque et la Suède. Cette exclusion augmente généralement le taux par rapport aux pays qui n'excluent pas ces transferts. Les taux basés sur les données des patients concernent les décès survenus dans le même hôpital, un hôpital différent ou en dehors de l'hôpital.

Les taux sont standardisés par âge et sexe selon la population de l'OCDE de 2010 âgée de plus de 45 ans et admise à l'hôpital pour un problème de santé aigu spécifique, tel qu'un IAM et un accident vasculaire cérébral ischémique.

#### Références

- OCDE (2015a), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.
- OCDE (2015b), *OECD Reviews of Health Care quality: Japan 2015 – Raising Standards*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225817-en>.
- OCDE (2012), *OECD Reviews of Health Care quality: Korea 2012 – Raising Standards*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264173446-en>.
- Peralta, L.M.P. (2006), « The Prehospital Emergency Care System in Mexico City: A System's Performance Evaluation », *Prehospital and Disaster Medicine*, vol. 21, n° 2, pp. 104-111.

### 8.10. Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour infarctus aigu du myocarde, taux basés sur les admissions, 2003 à 2013 (ou année la plus proche)



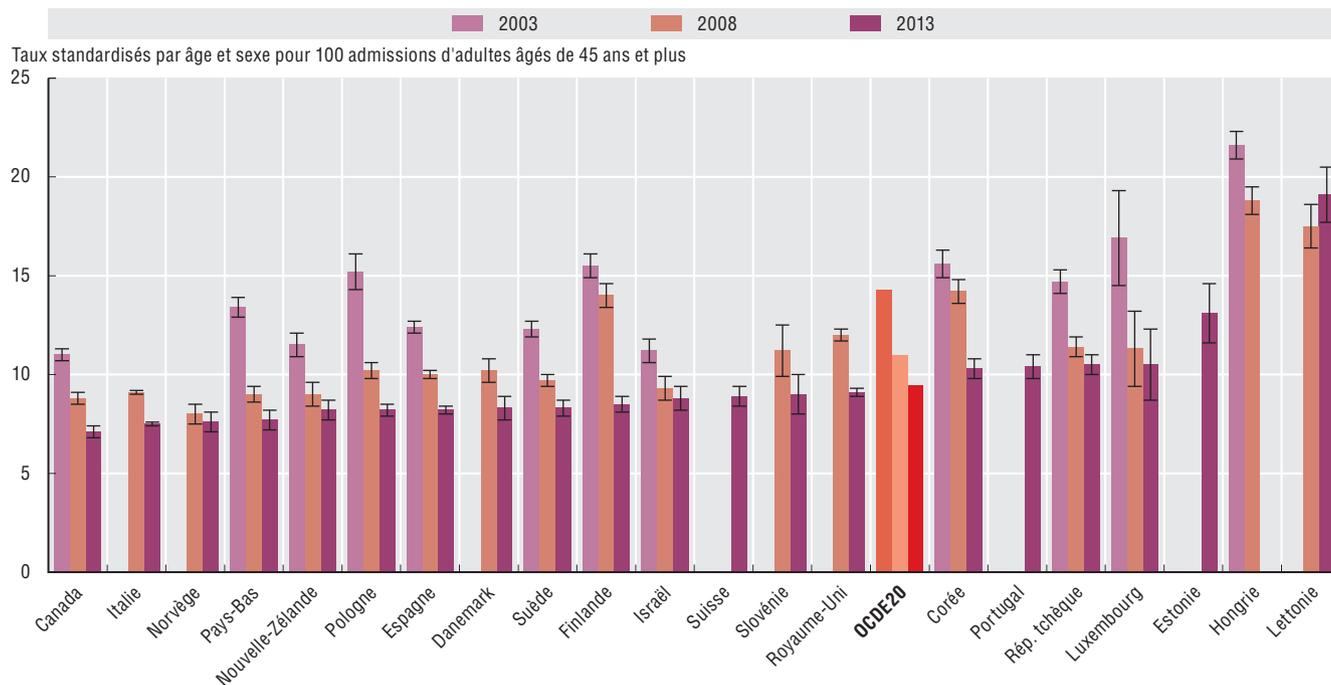
Note : Les intervalles de confiance à 95% sont représentés par H. Moyenne sur trois ans pour l'Islande et le Luxembourg.

1. Les admissions résultant d'un transfert sont incluses.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933282064>

### 8.11. Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour infarctus aigu du myocarde, taux basés sur les patients, 2003 à 2013 (ou année la plus proche)



Note : Les intervalles de confiance à 95% sont représentés par H. Moyenne sur trois ans pour le Luxembourg.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933282064>

Informations sur les données concernant Israël : <http://oe.cd/israel-disclaimer>



Extrait de :  
**Health at a Glance 2015**  
OECD Indicators

Accéder à cette publication :  
[https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en)

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

OCDE (2015), « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM) », dans *Health at a Glance 2015 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-47-fr](https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-47-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).