

Mortalité après infarctus du myocarde selon le type d'hôpital

La nécessité de l'hospitalisation rapide de l'infarctus du myocarde est maintenant bien admise, ainsi que l'utilité d'une thrombolyse dans des délais courts. Sur quel type d'hôpital faut-il alors diriger le malade ? Faut-il privilégier la proximité et la rapidité de mise en oeuvre des soins, ou faut-il préférer la plus grande expérience de l'hôpital ? Une étude américaine apporte des éléments de réponse à cette question¹.

L'étude s'insère dans le cadre du Cooperative Cardiovascular Project (CCP), étude de cohorte rétrospective réalisée dans le cadre du système Medicare aux USA. 98.898 patients de plus de 65 ans (moyenne 76 ans) répondaient aux critères d'insertion. Les hôpitaux où ils ont été adressés ont été classés en quatre groupes équivalents, selon le volume de leur activité dans le domaine de l'infarctus: (<1.4/semaine, 1.4 à 2.5, 2.5 à 4.4, >4.4). Etaient notés les conditions cliniques des patients, leur lieu de résidence, la spécialité du médecin prenant en charge, l'équipement de l'hôpital en moyens invasifs (angiographie, angioplastie, chirurgie), la mortalité à 30 jours et à 1 an.

La mortalité à 30 jours était de 16,7% dans le groupe de la plus faible activité et de 14,4% dans le groupe de la plus forte activité soit 2,3 morts de plus pour 100 patients. La

mortalité à 1 an était de 29,8% dans le groupe faible activité et de 27,0% dans le groupe forte activité.

Cette différence de résultats ne pouvait être attribuée à des différences de facteurs cliniques de gravité (les critères prédictifs étaient identiques dans les 4 groupes) ni à d'autres éléments cliniques (présence ou absence de contre-indication à la thrombolyse, temps écoulé depuis le début des symptômes). La disponibilité de moyens invasifs, le nombre de lits de l'hôpital et son rôle d'enseignement n'expliquaient pas par eux-mêmes la différence de mortalité. La qualification cardiologique du médecin traitant allait avec une légère réduction de mortalité, mais aussi un volume d'activité plus important. Le lieu de résidence des patients n'intervenait pas.

Cette étude montre une **réduction de mortalité pour les infarctus du myocarde traités dans des hôpitaux ayant la plus importante activité dans ce domaine**. Cette relation entre le volume d'activité d'un hôpital et ses résultats en terme de mortalité avait déjà été prouvée dans le domaine des interventions chirurgicales². Le bénéfice n'est pas lié à des différences tenant aux patients, ni au type d'équipement de l'hôpital, ou à la spécialisation des praticiens, mais essentiellement à leur volume d'activité. Le temps de transport vers des hôpitaux à forte activité, souvent plus éloignés, n'intervient pas sur les résultats, car la mise en oeuvre de la thrombolyse y est plus rapide (5 minutes de moins).

Comme Hannan², on peut se poser alors diverses questions:

- le volume d'activité est-il vraiment un critère de qualité des soins ou simplement un indicateur ? Une autre étude du CCP³ montre que la relation entre le volume d'activité et les résultats n'est vraie que pour une moyenne. Il y a de gros écarts à l'intérieur des groupes: de gros hôpitaux peuvent avoir de piètres résultats, beaucoup de petits ont des résultats remarquables. Ces deux études^{1,3} montrent qu'**une grosse part du bénéfice est liée à un plus large usage de l'aspirine et des bêtabloquants**, très variable également à l'intérieur des groupes.

- le volume d'activité est-il un facteur incontournable de meilleurs résultats ? Une étude sur le pontage coronarien a montré une réduction du risque opératoire, indépendante du volume d'activité, par la mise en route de programmes de recherche de qualité. Les auteurs^{2,3} pensent que le facteur déterminant, plus que le volume d'activité de l'établissement et son équipement, est la **mise en oeuvre de protocoles de soins et de procédures d'assurance de qualité**.

Que conclure pour nous de ces deux études ? L'assurance de qualité des soins dans les hôpitaux (et en médecine ambulatoire) est une exigence actuelle. Les palmarès établis par la presse, l'accréditation hospitalière en France en sont les illustrations. Il est important d'analyser les indicateurs utilisés: au delà des indicateurs quantitatifs (ici l'activité), les indicateurs qualitatifs (ici les protocoles) semblent plus pertinents. Les indicateurs de résultats comme la mortalité doivent être nuancés en fonction de l'état de gravité. Peut-être faut-il aussi tenir compte, en plus de la mortalité, du résultat fonctionnel et de la satisfaction du patient³.

Mais en France, le praticien a peu de moyens pour apprécier les procédures mises en oeuvre et orienter le SAMU vers une structure donnée. La transparence des relations ville-hôpital reste nécessaire.

1 - Thiemann D.R. The association between hospital volume and survival after acute myocardial infarction in elderly patients. N Engl J Med. 1999;340(21):1640-8

2 - Hannan E.L. The relation between volume and outcomes in health care. N Engl J Med. 1999;340(21):1677-9

3 - Chen J et al. Do "America's best hospitals" perform better for acute myocardial infarction ? N Engl J Med. 1999;340(4):286-9

Mots-clé: Infarctus du myocarde, qualité des soins, accréditation, hôpital

Numéro 149 du 17 juin 1999

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)