



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs de qualité généralisés

Thème « Infarctus du myocarde après la phase aiguë »

Analyse descriptive des résultats agrégés

Campagne 2010

Pourquoi ce document ?

Ce document présente les résultats issus des recueils des indicateurs généralisés par la HAS depuis 2009 dans le secteur MCO sur le thème « Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë ».

Ces indicateurs donnent une image du niveau de qualité de chacun des établissements concernés. Ils sont aussi, au niveau national et sous forme agrégée, un observatoire de la qualité des soins dans les établissements de santé français.

Pour en savoir plus

Les résultats individuels des établissements sont disponibles sur :

<http://www.platines.sante.gouv.fr>

La comparaison nominative des établissements de santé est disponible sur le site de la HAS à l'adresse suivante :

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1097781/
comparaison-des-etablissements-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1097781/comparaison-des-etablissements-de-sante)

La synthèse du rapport « Analyse descriptive des résultats agrégés 2010 » se trouve sur le site internet de la HAS au lien suivant :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1098019/ipaqss-les-rapports-2010

Pour nous contacter

Pour toutes questions relatives aux indicateurs, le service IPAQSS (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) vous répondra par mail : ipaqss@has-sante.fr

SOMMAIRE

Introduction	5
Synthèse des indicateurs (rapport 2011 des résultats de la campagne 2010)	6
Méthodes d'analyses	
Recueil des données	7
Méthodes de comparaison	8
Méthodes de présentation	8
Description des résultats agrégés du thème « Infarctus du myocarde » IDM	10
Résultats des indicateurs évaluant les prescriptions médicamenteuses après infarctus	
Indicateur agrégé « BASI »	13
<i>Indicateur « Prescription appropriée d'antiagrégants plaquettaires »</i>	21
<i>Indicateur « Prescription appropriée de bêta-bloquant »</i>	24
<i>Indicateur « Mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche » et « Prescription appropriée d'inhibiteur d'enzyme de conversion »</i>	27
<i>Indicateur « Prescription appropriée de statine »</i>	30
Mesure de la prévention du risque cardio-vasculaire	
Indicateur « Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques »	33
Indicateur « Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé » et « Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac »	37
Indicateur « Suivi du bilan lipidique à distance »	40
Analyses complémentaires	
Évolution des résultats des établissements ayant participé aux trois recueils	41
Analyses complémentaires – année 2010	45
Conclusion	47

INTRODUCTION

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont décidé dès 2006 de mettre en œuvre un recueil généralisé d'indicateurs afin de disposer pour l'ensemble des établissements de santé (ES) de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins. Les tableaux de bord portant sur le suivi d'indicateurs sont alimentés par des données comparatives utilisées à des fins de management interne, de pilotage institutionnel, d'évaluation externe, et de diffusion publique.

Fin 2010, la HAS a coordonné la troisième campagne de généralisation des indicateurs du thème « Infarctus du myocarde après la phase aiguë de l'ES » impliquant les ES ayant une activité MCO.

Tous les ES ayant participé au recueil de ces indicateurs ont accès, par le biais de la plate-forme QUALHAS, à leurs résultats individuels, et aux résultats comparatifs dans l'espace et dans le temps. Ces résultats sont également intégrés dans des tableaux de bord pour la certification et les ARS.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires renforce l'utilisation des indicateurs de qualité au sein des ES et constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'usager en rendant obligatoire la publication, par chaque ES, d'indicateurs sur la qualité des soins. La première campagne de recueil des indicateurs généralisés ne fait pas l'objet d'une diffusion publique l'année dite de « simulation ».

Chaque année, un arrêté DGOS est publié en décembre. Cet arrêté fixe les conditions dans lesquelles l'ES devra mettre les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins à la disposition du public, afin que les patients aient accès aux résultats de l'ES dans lequel ils sont pris en charge. Il définit également un objectif de performance à atteindre.

Conformément à l'arrêté du 28 décembre 2010, les résultats d'une partie des indicateurs du thème « Infarctus du myocarde à la sortie » de chacun des ES sont diffusés publiquement sur le site PLATINES du Ministère depuis septembre 2011. Ils doivent être mis à la disposition des patients par chacun des ES dans les 2 mois qui suivent cette publication. Pour ces indicateurs diffusés publiquement, les professionnels ont défini un objectif de performance (80 %) qui sera une référence de comparaison.

En 2011, seuls les résultats du score BASI et des indicateurs composant ce score ont été diffusés publiquement sur le site PLATINES. L'objectif de performance à atteindre pour le score BASI a été fixé à 80 %. À compter de la prochaine campagne de recueil, il sera fixé à 90 %.

Ce rapport présente les principaux constats et faits marquants issus de l'analyse des résultats de la campagne 2010. Il permet notamment d'analyser l'évolution des résultats sur 3 années consécutives.

SYNTHÈSE DES INDICATEURS

(rapport 2011 des résultats de la campagne 2010)

Le rapport présente les résultats de la campagne 2010 des indicateurs généralisés par la HAS pour le thème « Infarctus du myocarde après la phase aiguë ».

Le thème est composé des indicateurs suivants :

► Indicateurs évaluant les prescriptions médicamenteuses après infarctus

- Indicateur agrégé « BASI ».
- Indicateur « Prescription appropriée d'antiagrégants plaquettaires ».
- Indicateur « Prescription appropriée de bêta-bloquant ».
- Indicateur « Mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche » et « Prescription appropriée d'inhibiteur d'enzyme de conversion ».
- Indicateur « Prescription appropriée de statine ».

► Indicateurs évaluant la prévention du risque cardio-vasculaire

- Indicateur « Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques ».
- Indicateur « Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé » et « Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac ».
- Indicateur « Suivi du bilan lipidique à distance ».

Les résultats présentés concernent des séjours de patients hospitalisés entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2010, pour les 239 établissements participants à la campagne de recueil.

MÉTHODES D'ANALYSES

Recueil des données

► Outils de recueil

Le recueil des données se fait via l'utilisation d'outils informatiques développés avec l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Ils permettent à la fois le recueil et la restitution en temps réel de résultats pour chaque indicateur recueilli par l'ES et se composent :

- d'un logiciel de tirage au sort des séjours (LOTAS) qui sont analysés et qui servent au calcul des indicateurs : les spécifications du logiciel sont construits à partir des données PMSI ;
- d'une plate-forme Internet sécurisée (QUALHAS) à laquelle chaque ES se connecte à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe afin de saisir les informations. Ce système permet de restituer aux ES des résultats individuels dès la fin de la saisie, et des résultats comparatifs standardisés dès la fin de la campagne nationale.

Plusieurs niveaux de validation sont prévus par le système et permettent un contrôle a priori des données saisies : identification des opérateurs de saisie au sein des ES, étape de « verrouillage » qui donne accès à la lecture des résultats individuels, et enfin étape de « validation » qui rend impossible toute modification ultérieure des données saisies.

Toutes les données agrégées, présentées dans ce document, sont issues de la plate-forme de recueil Qualhas et ont été saisies par les ES.

► Conditions de recueil

Séjours analysés	Recueil facultatif ¹
60 séjours tirés au sort entre janvier et septembre 2010.	ES réalisant moins de 500 séjours MCO hors séance sur l'année 2009.

1. La liste des ES avec recueil facultatif est basée sur les remontées PMSI de l'année N-1. Cette liste est fournie par l'ATIH.

Le recueil des indicateurs consiste en une enquête rétrospective portant sur un échantillon aléatoire de séjours réalisés entre janvier et septembre 2010. Au maximum, 60 séjours doivent être analysés par chaque ES.

Le nombre de dossiers évalués est identique quelles que soient la taille et la catégorie des ES participant à la généralisation. En effet, ce nombre de dossiers, relativement faible, est un compromis entre une charge de travail acceptable, tout type de structure confondu, et est statistiquement suffisant pour permettre d'avoir une estimation des processus évalués. Un intervalle de confiance à 95 % est présenté avec le résultat de chaque indicateur. L'intervalle de confiance est calculé sur l'échantillon et ne tient pas compte de l'activité de l'ES. Un seuil minimum de 30 dossiers à évaluer par ES a été retenu pour que l'ES entre dans les comparatifs nationaux : il est alors possible d'assumer que la distribution soit normale et de calculer des intervalles de confiance.

Méthodes de comparaison

Sur la plate-forme QUALHAS, chaque ES peut se comparer à trois groupes de références :

- une « référence nationale » ;
- une « référence régionale » : les ES ont accès aux résultats des ES de leur région ;
- une « référence par catégorie d'ES » : les ES ont accès aux résultats des ES de leur catégorie ; centres hospitaliers (CH), centres hospitaliers universitaires (CHU), établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), établissements privés, et la catégorie « autres publics » regroupant principalement des syndicats interhospitaliers.

Méthodes de présentation

Dans ce rapport, les ES sont comparés selon deux méthodes de présentation :

- une première méthode déclinée en pictogrammes de couleur vert, jaune et orange pour la comparaison par rapport à la moyenne nationale (de tous les ES) ;
- une seconde méthode déclinée en flèches « positive », « négative » et « stable » pour l'évolution par rapport à l'année précédente.

Une troisième méthode déclinée en classes « A », « B », « C » sera utilisée pour la comparaison par rapport à l'objectif de performance à atteindre de 80 %. Cette comparaison se fera seulement sur les résultats de l'indicateur agrégé BASI.

► Positionnement par rapport au groupe de référence

Les trois catégories ont été définies en comparant l'IC à 95 % du taux de l'ES à la moyenne nationale.



ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à la moyenne de la moyenne nationale : la position de l'ES est dite « **significativement supérieure à la moyenne de la moyenne nationale** »².



ES dont l'IC à 95 % coupe la moyenne de la moyenne nationale : la position de l'ES est dite « **non significativement différente de la moyenne de la moyenne nationale** ».



ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à la moyenne de la moyenne nationale : la position de l'ES est dite « **significativement inférieure à la moyenne de la moyenne nationale** ».

► Évolution de l'ES par rapport à l'année précédente

L'évolution des scores ou taux a été calculée pour tous les établissements ayant participé aux recueils IDM 2009 et 2010. Une partition en trois classes est définie en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % du score de l'ES de l'année N à celui de l'année N-1 pour l'indicateur analysé.



ES dont la borne basse de l'IC à 95 % de l'année N est supérieure à la borne haute de l'IC à 95 % de l'année N-1.



ES dont l'IC à 95 % de l'année N coupe l'IC à 95 % de l'année N-1.



ES dont la borne haute de l'IC à 95 % de l'année N est inférieure à la borne basse de l'IC à 95 % de l'année N-1.

Pour les ES pour lesquels le recueil n'était pas obligatoire lors de la campagne 2009, ou pour ceux classés en « **Non répondant** » lors de l'une des 2 campagnes, l'évolution ne peut être calculée.

De même, pour les ES ayant moins de 30 dossiers évalués, lors de l'une des deux campagnes, leur évolution ne peut être calculée ; ils sont alors classés en « **Effectif N ≤ 30** ».

2. La référence nationale ne prend pas en compte les ES non répondants.

DESCRIPTION DES RÉSULTATS AGRÉGÉS DU THÈME « INFARCTUS DU MYOCARDE » (IDM)

On estime que chaque année en France, environ 100 000 personnes sont atteintes d'infarctus du myocarde. Parmi les patients pris en charge, 7 % décèdent dans le premier mois, 13 % au cours de la 1^{ère} année. Cette mortalité a été réduite de moitié en 10 ans grâce à une amélioration globale de la prise en charge.

Lors d'un infarctus du myocarde, après le traitement de la phase aiguë, un bilan est réalisé pour mettre en route un traitement adapté aux facteurs de risque cardiovasculaires et à la fonction cardiaque. Ce bilan comprend notamment la recherche et la prise en charge du tabagisme et du diabète ainsi que la réalisation d'examens pour évaluer la fonction cardiaque.

La lutte active contre la sédentarité, le surpoids ou l'obésité, la planification alimentaire, le sevrage tabagique représentent des interventions irremplaçables à toutes les étapes de la prise en charge du risque cardiovasculaire.

Le traitement médicamenteux « BASI » recommandé à la sortie associe bêta-bloquant (B), antiagrégant plaquettaire (A), statine (S) et inhibiteur de l'enzyme de conversion (I).

De plus, il importe chez les patients suivis en post-infarctus de contrôler les facteurs de risque métaboliques (taux de LDL-cholestérol < 1 g/l et suivi de l'hémoglobine glyquée chez le diabétique) et de dépister un éventuel diabète.

Sur ce thème majeur de santé publique, la HAS et les professionnels de santé ont développé des indicateurs de pratiques cliniques (IPC) évaluant la filière de prise en charge de l'IDM qui, mis en œuvre dans les différents secteurs de soins, contribuent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les qualités métrologiques des indicateurs sélectionnés pour la phase post aiguë ont été validées ce qui permet d'utiliser ces indicateurs à des fins de comparaison inter-ES. Pour évaluer la prise en charge de l'infarctus du myocarde, ces indicateurs devront être analysés au regard des autres indicateurs de la filière en amont et en aval de la phase post-aiguë de sortie de l'ES.

Les indicateurs évaluant la phase aiguë de la prise en charge ont été expérimentés en 2011 afin d'être validés métrologiquement. Leur développement s'est fait en collaboration avec le service Programmes Pilotes de la HAS et le Conseil National Professionnel de Cardiologie (CNPC). Ces indicateurs seront intégrés aux indicateurs relatifs à la sortie à compter de 2012.

En 2011, les indicateurs généralisés par la HAS sont ciblés sur la prise en charge de l'IDM après la phase post-aiguë. Ces indicateurs, exprimés sous la forme de taux, évaluent à la sortie de l'ES :

- les prescriptions médicamenteuses au travers du score BASI : Le score agrégé BASI a été développé en s'appuyant sur l'expertise méthodologique du projet COMPAQH (INSERM) et est diffusé publiquement pour la 1^{ère} fois en 2011. Le détail des indicateurs le composant sera présenté dans ce rapport ;
- la sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques ;
- l'initiation d'une prise en charge du facteur de risque « tabac » chez les patients tabagiques ;
- la prescription ou la proposition d'un contrôle lipidique à distance, pour les patients recevant un traitement par statine.

Bilan des retours

Pour la campagne 2010, les dossiers (60 par ES) ont été tirés au sort sur la période de janvier à septembre 2010. Ceci est un changement par rapport à la campagne 2009 lors de laquelle les dossiers étudiés concernaient le 1^{er} semestre 2009. Lors de la 1^{ère} campagne de 2008, les dossiers étaient tirés au sort sur l'année complète 2007. Ces trois campagnes permettent de décrire l'évolution des résultats observés, pour les ES qui ont participé aux trois campagnes successives.

Le recueil n'est pas accessible aux ES qui tirent au sort moins de 10 dossiers (soit environ 414 ES prenant en charge entre 1 et 10 IDM sur 9 mois). Seuls 370 ES avec plus de 10 IDM tirés au sort sur 9 mois devaient réaliser le recueil des indicateurs du thème. Parmi eux, 11 ES constituent la classe des « non répondants », ils étaient 4 lors de la dernière campagne de 2009. Par ailleurs, parmi les ES avec recueil facultatif, compte tenu de leurs critères d'activité, 12 ES ont choisi de réaliser le recueil.

Les ES qui ont pris en charge entre 10 et 30 IDM sur 9 mois n'ont pas un nombre de dossiers suffisant pour être intégrés dans la référence nationale (< 30 dossiers) mais ils ont néanmoins accès à leurs résultats individuels (soit 120 ES).

L'analyse nationale a porté sur 13 210 dossiers tirés au sort sur une période allant du 1^{er} janvier au 30 septembre 2010. Les dossiers non retrouvés (1 %) n'entrent pas dans les bases de référence.

Tableau 1 – Historique des effectifs

		Nb d'ES n'entrant pas dans la base de référence nationale		Base de référence nationale
Campagne	Population totale*	Nb d'ES non répondant	Nb d'ES avec effectif $N \leq 30$	Nb d'ES avec effectif $N > 30$
2008	649	30	344	275
2009	335	4	134	197
2010	370	11	120	239

* La population totale correspond aux ES ayant l'obligation de réaliser le recueil ainsi qu'aux ES en statut facultatif qui ont choisi de réaliser le recueil. Cette population comprend les ES entrant dans la base de référence nationale, ceux dont l'effectif était < 30 ainsi que les ES non répondants.

L'effectif des ES de la base de référence fluctue beaucoup d'une campagne à une autre en raison des changements de caractéristiques du tirage au sort. En 2010, plus de 350 ES prennent en charge plus de 10 IDM sur 9 mois. Parmi eux, seuls 64 % en hospitalisent plus de 30 sur une même période.

Cette année, la participation des cardiologues à l'analyse des dossiers, comme le recommande la HAS, était évaluée par le biais d'une question supplémentaire. Il était demandé aux ES de préciser si un cardiologue avait participé au recueil et s'il avait validé le recueil. Au final, un cardiologue a participé au recueil dans 87 % des ES, et un cardiologue a validé le recueil dans 16 % de ces ES.

RÉSULTATS DES INDICATEURS ÉVALUANT LES PRESCRIPTIONS MÉDICAMENTEUSES À LA SORTIE

INDICATEUR AGRÉGÉ « BASI »

Description et mode d'évaluation

Cet indicateur est un score construit par l'agrégation des quatre résultats d'indicateurs évaluant les prescriptions médicamenteuses après un IDM. Il correspond au traitement médicamenteux « BASI » recommandé à la sortie : bêta-bloquant (B), antiagrégants plaquettaires (A), statine (S), et inhibiteur de l'enzyme de conversion (I).

Il est calculé en suivant la méthode du « All-or-None », c'est-à-dire que l'on donne un score de 1 au patient dont les quatre prescriptions sont conformes au regard des recommandations de bonnes pratiques (i.e. prescription ou contre-indication), et un score de 0 si au moins une prescription est non-conforme.

Méthode de comparaison spécifique

Pour l'indicateur BASI, un troisième niveau de comparaison est pris en compte. Le Conseil National Professionnel de Cardiologie a validé un objectif national de performance à atteindre de 80 % pour cet indicateur qui est utilisé comme un seuil de comparaison entre les ES.

La valeur de 80 % signifie que, pour tous les ES, au moins 8 patients sur 10 doivent recevoir des prescriptions médicamenteuses appropriées à la sortie.

► Positionnement par rapport à l'objectif de performance de 80 %

Les trois premières classes ont été définies en comparant l'IC à 95 % du taux de l'ES à l'objectif de performance de 80 %. Une quatrième classe « D » a été créée pour les ES « Non répondant ».

Classe A	ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à 80 % : la position de l'ES est dite « significativement supérieure à l'objectif de performance ».
Classe B	ES dont l'IC à 95 % coupe les 80 % : la position de l'ES est dite « non significativement différente de l'objectif de performance ».
Classe C	ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à 80 % : la position de l'ES est dite « significativement inférieure à l'objectif de performance ».
Classe D	ES n'ayant pas rempli leur obligation de recueil : ES « Non répondant » .

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

Tableau 2 – Indicateur agrégé BASI
Statistiques descriptives au niveau national (en %)

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Base de référence nationale	239	13 210	80	83	25	100	15

Pour les indicateurs relatifs à la prescription médicamenteuse « BASI », le taux moyen national est de 80 %.

La médiane des scores moyens est à 83 %, autrement dit, la moitié des ES a plus de 83 % de ses patients qui reçoivent un traitement médicamenteux approprié après un infarctus.

► Comparaison des ES

Tableau 3 – Indicateur agrégé BASI
Distribution par rapport à la moyenne nationale

	Moyenne nationale				
Base de référence nationale	80	Nombre d'ES	84	115	40
		% d'ES	35	48	17

La moyenne nationale est de 80 %. Ce résultat très satisfaisant laisse malgré tout encore une marge d'amélioration pour 17 % des ES.

Tableau 4 – Indicateur agrégé BASI
Distribution par rapport à l'objectif de performance de 80 %

	Objectif national de performance		Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
Base de référence nationale	80	Nombre d'ES	84	115	40	11
		% d'ES	34	46	16	4

L'objectif de performance à atteindre fixé pour le BASI en 2011 est de 80 %.

Au niveau national, environ 80 % des ES ont atteint ou dépassé cet objectif.

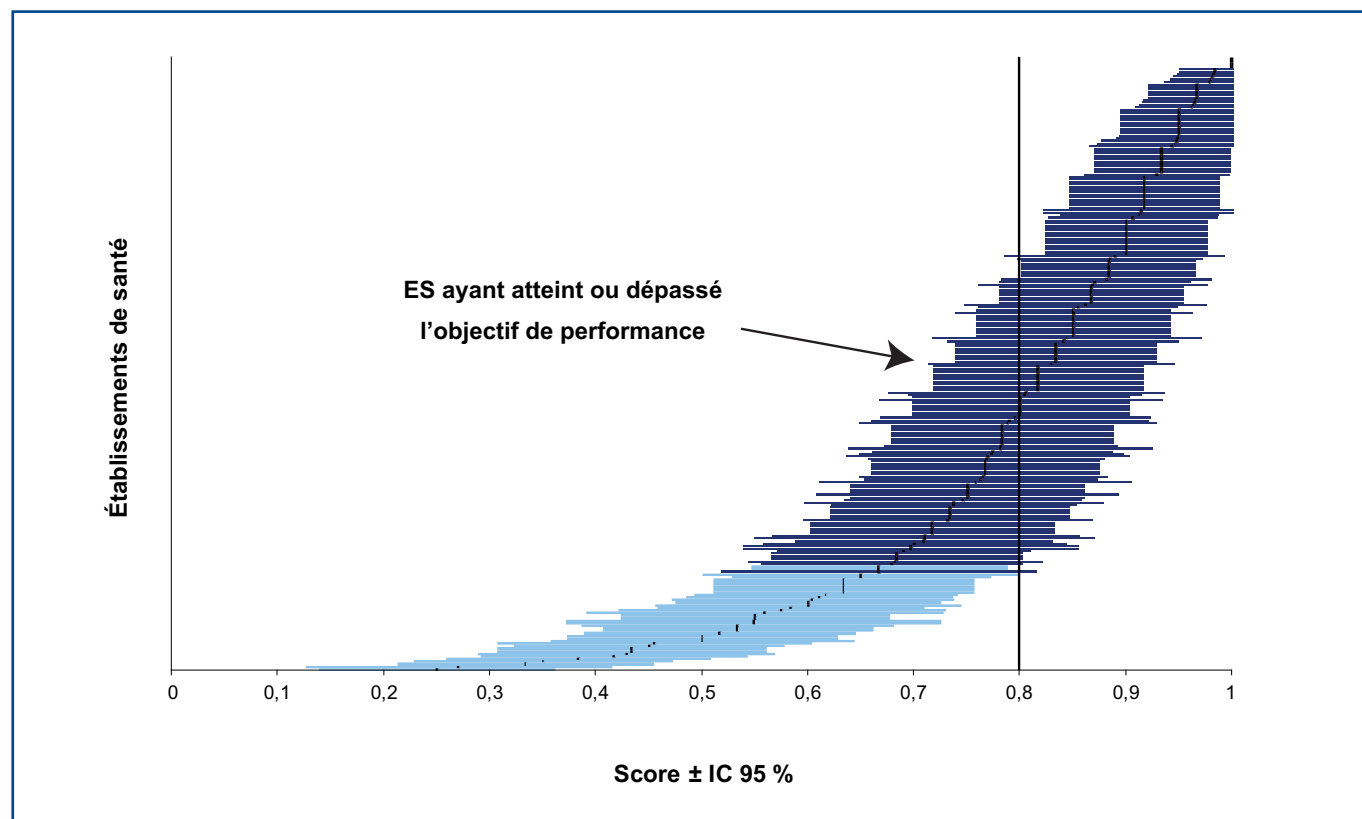
Tableau 5 – Indicateur agrégé BASI
Distribution par rapport à l'évolution des ES entre 2009 et 2010

				Total
Nombre d'ES	7	176	6	189
% d'ES	4	93	3	100

L'évolution entre la campagne de 2009 et celle de 2010 est calculée pour 189 ES. Pour 50 ES, il n'est pas possible de calculer l'évolution car ces ES n'ont pas participé à l'une ou l'autre des campagnes, soit car leur nombre de dossiers n'était pas suffisant du fait du changement de caractéristiques du TAS, soit parce qu'ils étaient « non répondant ».

Globalement, les résultats des autres ES sont stables depuis le recueil de la campagne précédente.

Graphique 1 – Indicateur agrégé BASI
Variabilité nationale



Ce graphique met en évidence la variabilité des résultats au niveau national, ce qui témoigne d'une hétérogénéité des pratiques existantes pour un certain nombre d'ES.

Variabilité régionale

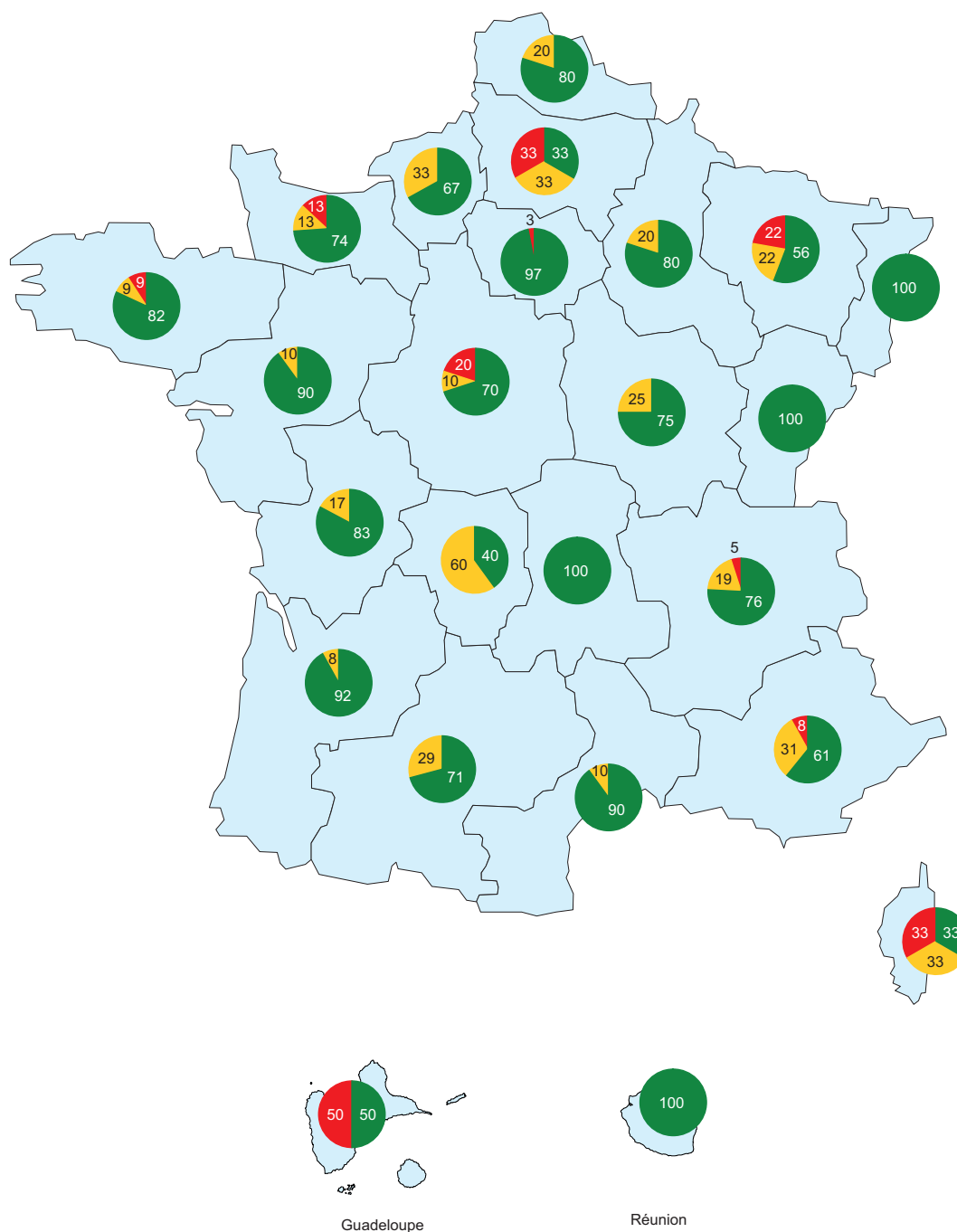
Tableau 6 – Indicateur agrégé BASI
Statistiques descriptives au niveau régional

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 80	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par région	Nb d'ES non répondants	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
ALSACE	8	414	87	0	3
AQUITAINE	13	746	81	0	9
AUVERGNE	5	271	84	0	3
BASSE-NORMANDIE	7	391	75	1	4
BOURGOGNE	8	457	80	0	4
BRETAGNE	10	576	84	1	10
CENTRE	8	470	81	2	5
CHAMPAGNE-ARDENNE	5	278	81	0	8
CORSE	2	102	75	1	0
FRANCHE-COMTÉ	5	279	80	0	2
GUADELOUPE	1	60	75	1	0
HAUTE-NORMANDIE	6	346	79	0	3
ILE-DE-FRANCE	36	2 045	88	1	12
LANGUEDOC-ROUSSILLON	10	544	79	0	4
LIMOUSIN	5	264	64	0	1
LORRAINE	7	373	73	2	7
MIDI-PYRÉNÉES	14	719	76	0	5
NORD-PAS-DE-CALAIS	20	1 085	76	0	4
PAYS DE LA LOIRE	10	549	82	0	7
PICARDIE	6	344	77	0	6
POITOU-CHARENTES	6	326	84	0	2
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	24	1 318	76	2	5
RÉUNION	3	173	88	0	0
RHÔNE-ALPES	20	1 080	76	1	13
Service de santé des armées	0	0	0	0	3
TOTAL ES	239				

On observe une variabilité régionale au regard des différences de moyenne, allant de 64 % pour le Limousin à 88 % pour l'Île de France et la Réunion.

Cartographie 1 – Indicateur agrégé BASI

Analyse régionale – Distribution par rapport à l'objectif de performance (80 %)



* Certaines régions ont de faibles effectifs d'ES participants ce qui explique les pourcentages (Ex. : 2 ES pour la Guadeloupe).

La variation par région du pourcentage d'ES ayant atteint l'objectif de performance témoigne de la variabilité régionale. Au niveau intra-régional, on observe aussi cette variabilité de résultats. Ces résultats régionaux mettent en évidence un potentiel d'amélioration pour les ES. Plusieurs régions ont d'ores et déjà l'ensemble de leurs ES participants dans lesquels au moins 8 patients sur 10 reçoivent un traitement approprié à la sortie.

Analyse par catégorie d'ES

► Résultats agrégés par catégories d'établissement

Tableau 7 – Indicateur agrégé BASI
Statistiques descriptives par catégorie d'ES (en %)

	ES composant la base de référence nationale		Moyenne nationale = 80	ES n'entrant pas dans la base de référence nationale	
	Nb d'ES avec effectif N > 30	Nb de dossiers	Moyenne par catégorie	Nb d'ES non répondants	Nb d'ES avec effectif N ≤ 30
CHU	40	2 312	86	0	1
CH	116	6 322	80	9	95
Privé	69	3 838	75	2	17
ESPIC	14	738	82	1	6
TOTAL ES	239				

Seul le score moyen des ES privés (75 %) est inférieur au score national.

► Perspectives du recueil 2011

Lors de la campagne de 2010, l'objectif national de performance à atteindre a été fixé à 80%. Pour la prochaine campagne de recueil de 2012, il est prévu d'augmenter cet objectif à 90 %. Le tableau ci-dessous présente donc une simulation de la répartition nationale des ES par rapport à un objectif de performance de 90 %.

Tableau 8 – Indicateur agrégé BASI
Simulation de la distribution par rapport à l'objectif de performance de 90 %

	Objectif de performance 2011		Classe A	Classe B	Classe C
Base de référence nationale	90	Nombre d'ES	20	126	93
		% d'ES	8	53	39

Au niveau national, environ 80 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 %. Si on augmente cet objectif à 90 %, alors 2/3 des ES auraient déjà atteint l'objectif cette année. Ce résultat témoigne d'une marge d'amélioration pour la prochaine campagne.

Conclusion

- La moyenne nationale est de 80 %, c'est-à-dire que 8 patients sur 10 ont un traitement approprié après un IDM. Cette moyenne est équivalente à l'objectif de performance validé par les professionnels : 80 % des ES ont atteint cet objectif.
- L'objectif national de performance sera augmenté à 90 % en 2012 : 2/3 des ES l'ont d'ores et déjà atteint en 2010.
- Les résultats sont stables entre la campagne de 2009 et celle de 2010 (pour les ES pour lesquels il est possible de calculer cette évolution).
- La variabilité des résultats régionaux au regard des différences de moyenne (64 % - 88 %) confirme l'intérêt de la mesure.
- La variabilité des résultats entre les différentes catégories d'ES est faible. La catégorie des ES privés ont des résultats inférieurs à la moyenne nationale.

Dans la suite du rapport, sont présentés le détail des résultats des indicateurs qui composent le score agrégé BASI :

- Prescription appropriée d'antiagrégants plaquettaires ;
- Prescription appropriée de bêta-bloquant ;
- Prescription appropriée d'inhibiteur de l'enzyme de conversion ;
- Prescription appropriée de statine.

INDICATEUR « PRESCRIPTION APPROPRIÉE D'ANTIAGRÉGANTS PLAQUETTAIRES »

Description et mode d'évaluation

Cet indicateur évalue la traçabilité d'une prescription appropriée d'antiagrégants plaquettaires (aspirine / clopidogrel ou prasugrel), après un infarctus, c'est-à-dire une prescription ou une absence de prescription justifiée par une contre-indication. Il est présenté sous la forme d'un taux.

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

Tableau 9 – Indicateur « Prescription appropriée d'antiagrégants plaquettaires »
Statistiques descriptives au niveau national (en %)

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Base de référence nationale	239	13 210	94	96	60	100	5

Il existe une faible marge d'amélioration pour cet indicateur. En effet, 50 % des ES ont un score supérieur à 96 % (médiane), et 90 % des ES ont un score supérieur à 89 % (P10).

► Comparaison des ES

Tableau 10 – Indicateur « Prescription appropriée d'antiagrégants plaquettaires »
Distribution par rapport à la moyenne nationale

	Moyenne nationale				
Base de référence nationale	94	Nombre d'ES	62	161	16
		% d'ES	26	67	7

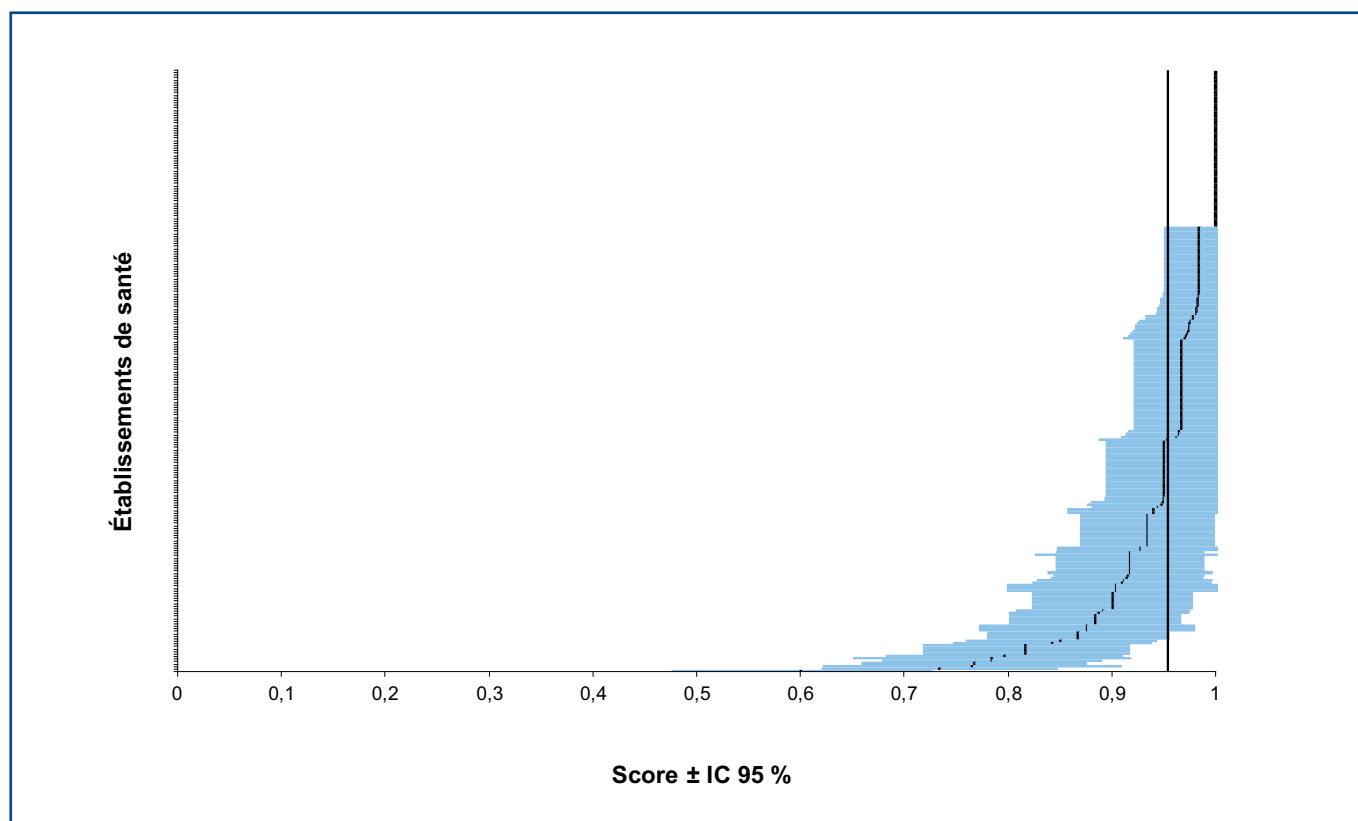
Moins d'un ES sur 10 a un résultat inférieur à la moyenne nationale.

Tableau 11 – Indicateur « Prescription appropriée d'antiagrégants plaquettaires »
Distribution par rapport à l'évolution des ES entre 2009 et 2010

				Total
Nombre d'ES	7	176	6	189
% d'ES	4	93	3	100

Globalement, les résultats des ES, pour lesquels il est possible de calculer une évolution, sont stables depuis la campagne de recueil de 2009.

Graphique 2 – Indicateur « Prescription appropriée d'antiagrégants plaquettaires »
Variabilité nationale



La variabilité nationale des résultats est présente mais relativement faible.

Conclusion

- Dans les ES prenant en charge plus de 30 IDM sur 9 mois, 94% des patients hospitalisés pour un IDM sortent de l'ES avec une prescription d'antiagrégants plaquettaires conforme aux recommandations de bonnes pratiques.
- Ce taux est stable par rapport à celui de l'année dernière (pour les ES pour lesquels il est possible de calculer cette évolution).
- Compte tenu du niveau des résultats, la marge d'amélioration pour les ES est faible.

INDICATEUR « PRESCRIPTION APPROPRIÉE DE BÊTA-BLOQUANT »

Description et mode d'évaluation

Cet indicateur évalue la traçabilité d'une prescription appropriée d'un bêta-bloquant, c'est-à-dire une prescription ou une absence de prescription justifiée par une contre-indication. Il est présenté sous la forme d'un taux.

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

*Tableau 12 – Indicateur « Prescription appropriée de bêta-bloquant »
Statistiques descriptives au niveau national (en %)*

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Base de référence nationale	239	13 210	93	95	64	100	7

Il existe une faible marge d'amélioration pour cet indicateur. En effet, 50 % des ES ont un score supérieur à 95 % (médiane), et 90 % des ES ont un score supérieur à 83 % (P10)

► Comparaison des ES

Tableau 13 – Indicateur « Prescription appropriée de bêta-bloquant »
Distribution par rapport à la moyenne nationale

	Moyenne nationale				
Base de référence nationale	93	Nombre d'ES	76	139	24
		% d'ES	32	58	10

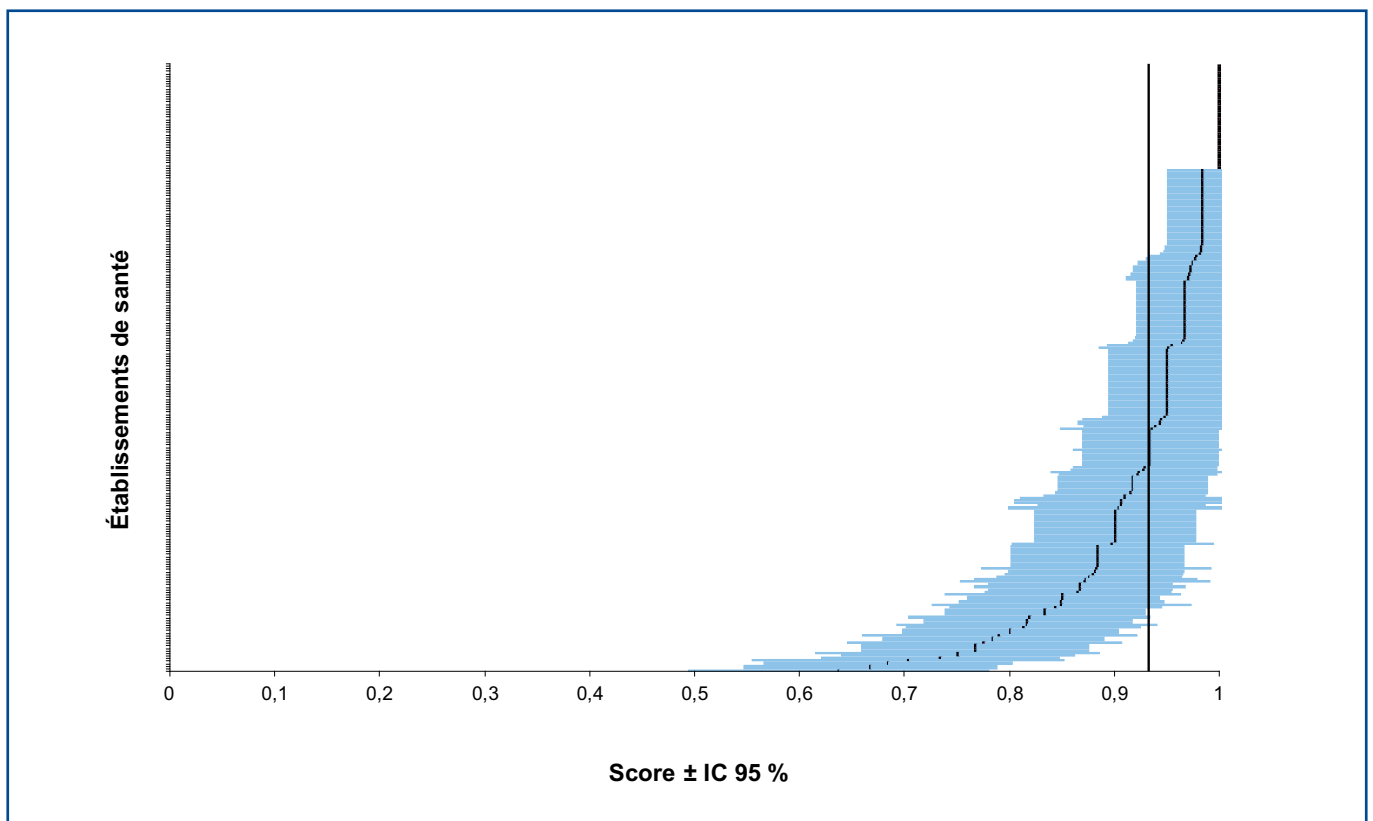
Seul un ES sur 10 se situe en dessous de la moyenne nationale.

Tableau 14 – Indicateur « Prescription appropriée de bêta-bloquant »
Évolution des établissements entre 2009 et 2010

				Total
Nombre d'ES	29	154	6	189
% d'ES	15	82	3	100

Les résultats sont stables pour environ 82 % des ES depuis la campagne de recueil de 2009, et 15 % d'entre eux ont amélioré leur score (pour les 189 ES pour lesquels il est possible de calculer une évolution).

Graphique 3 – Indicateur « Prescription appropriée de bêta-bloquant »
Variabilité nationale



La variabilité nationale des résultats est présente mais relativement faible.

Conclusion

- Dans les ES prenant en charge plus de 30 IDM sur 9 mois, 93 % des patients hospitalisés pour un IDM sortent de l'ES avec une prescription de bêta-bloquant conforme aux recommandations de bonnes pratiques.
- Pour 15 % des ES pour lesquels il est possible de calculer une évolution des résultats, ce taux s'est amélioré.
- Compte tenu du niveau des résultats, la marge d'amélioration pour les ES est assez faible.

INDICATEURS « MESURE DE LA FRACTION D'ÉJECTION DU VENTRICULE GAUCHE » ET « PRESCRIPTION APPROPRIÉE D'INHIBITEUR DE L'ENZYME DE CONVERSION »

Description et mode d'évaluation

L'indicateur sur la mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) évalue le pourcentage de dossiers pour lesquels une mesure de la FEVG a été effectuée et tracée au cours du séjour.

L'indicateur « Prescription appropriée d'inhibiteur de l'enzyme de conversion », évalue la traçabilité de la prescription d'IEC, après un infarctus, en l'absence de contre-indication, et dans le cas d'une fraction d'éjection du ventricule gauche altérée ($FEVG \leq 40\%$).

INDICATEUR « MESURE DE LA FEVG »

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

Tableau 15 – Indicateur « Mesure de la FEVG »
Statistiques descriptives au niveau national (en %)

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Base de référence nationale	239	13 210	91	94	49	100	10

Le taux moyen national de mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) après un infarctus est de 91 %.

La médiane est à 94 %, ce qui signifie que pour un ES sur deux, 94 % des dossiers présentent une mesure de la FEVG. 90 % des ES (P10) ont un score moyen d'au moins 76 %, et 10 % au moins (P90) ont un score de 100 %.

► Comparaison des ES

Tableau 16 – Indicateur « Mesure de la FEVG »
Distribution par rapport à la moyenne nationale

	Moyenne nationale				
Base de référence nationale	91	Nombre d'ES	97	108	34
		% d'ES	41	45	14

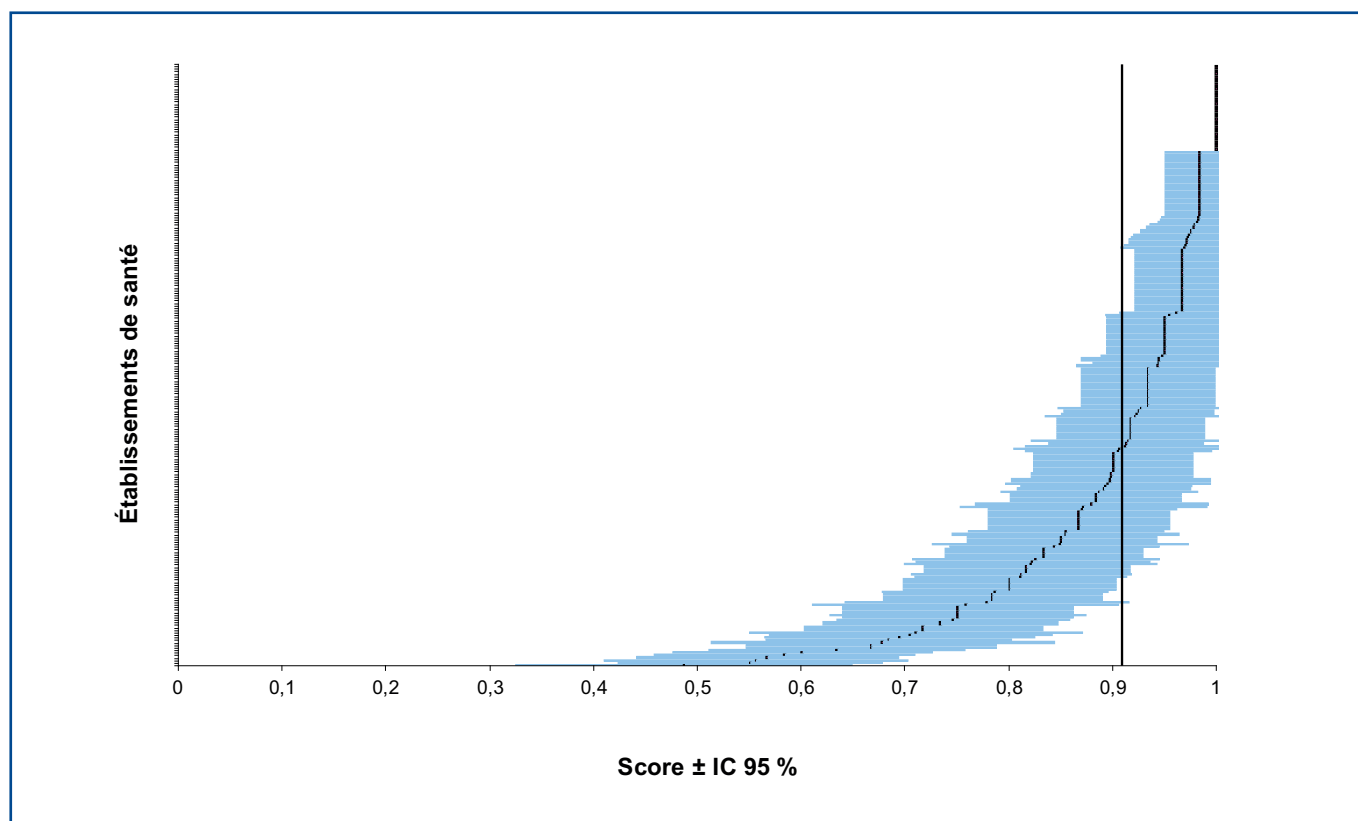
Un peu plus d'un ES sur 10 a un score inférieur à la moyenne nationale.

Tableau 17 – Indicateur « Mesure de la FEVG »
Distribution par rapport à l'évolution des ES entre 2009 et 2010

				Total
Nombre d'ES	18	165	6	189
% d'ES	10	87	3	100

Les résultats sont stables pour environ 87 % des ES depuis la campagne de recueil de 2009, et 10 % d'entre eux ont amélioré leur score (pour les 189 ES pour lesquels il est possible de calculer une évolution).

Graphique 4 – Indicateur « Mesure de la FEVG »
Variabilité nationale



La variabilité nationale des résultats est présente mais relativement faible.

INDICATEUR « PRESCRIPTION APPROPRIÉE D'INHIBITEUR DE L'ENZYME DE CONVERSION »

Cet indicateur est lié avec l'indicateur précédent.

Pour cet indicateur, tous les ES ont un effectif de dossiers inférieur ou égal à 30. Il n'y a donc pas de référence nationale, ni régionale, ni de comparaison inter-ES. Aucun résultat comparatif n'est fourni aux ES et donc aucun résultat ne sera présenté dans ce rapport.

Conclusion

- Le taux moyen national de mesure de la FEVG est de 91 %, pour les ES qui prennent en charge plus de 30 IDM sur 9 mois. La FEVG est altérée (≤ 40 %) dans 20 % de ces dossiers.
- 10 % des ES ont amélioré leur score (pour les ES pour lesquels il est possible de calculer une évolution) par rapport à l'année dernière.
- Compte tenu du niveau des résultats, la marge d'amélioration pour les ES est assez faible.

INDICATEUR « PRESCRIPTION APPROPRIÉE DE STATINE »

Description et mode d'évaluation

Cet indicateur évalue la traçabilité d'une prescription appropriée d'un traitement par statine, après un infarctus, c'est-à-dire une prescription justifiée ou une absence de prescription à cause d'une contre-indication. Il est présenté sous la forme d'un taux.

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

*Tableau 18 – Indicateur « Prescription appropriée de statine »
Statistiques descriptives au niveau national (en %)*

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Base de référence nationale	239	13 210	95	97	50	100	7

Il existe une faible marge d'amélioration pour cet indicateur. En effet, 50 % des ES ont un score supérieur à 97 % (médiane), et 90 % des ES ont un score supérieur à 88 % (P10).

► Comparaison des ES

Tableau 19 – Indicateur « Prescription appropriée de statine »
Distribution par rapport à la moyenne nationale

	Moyenne nationale				
Base de référence nationale	95	Nombre d'ES	74	147	18
		% d'ES	31	61	8

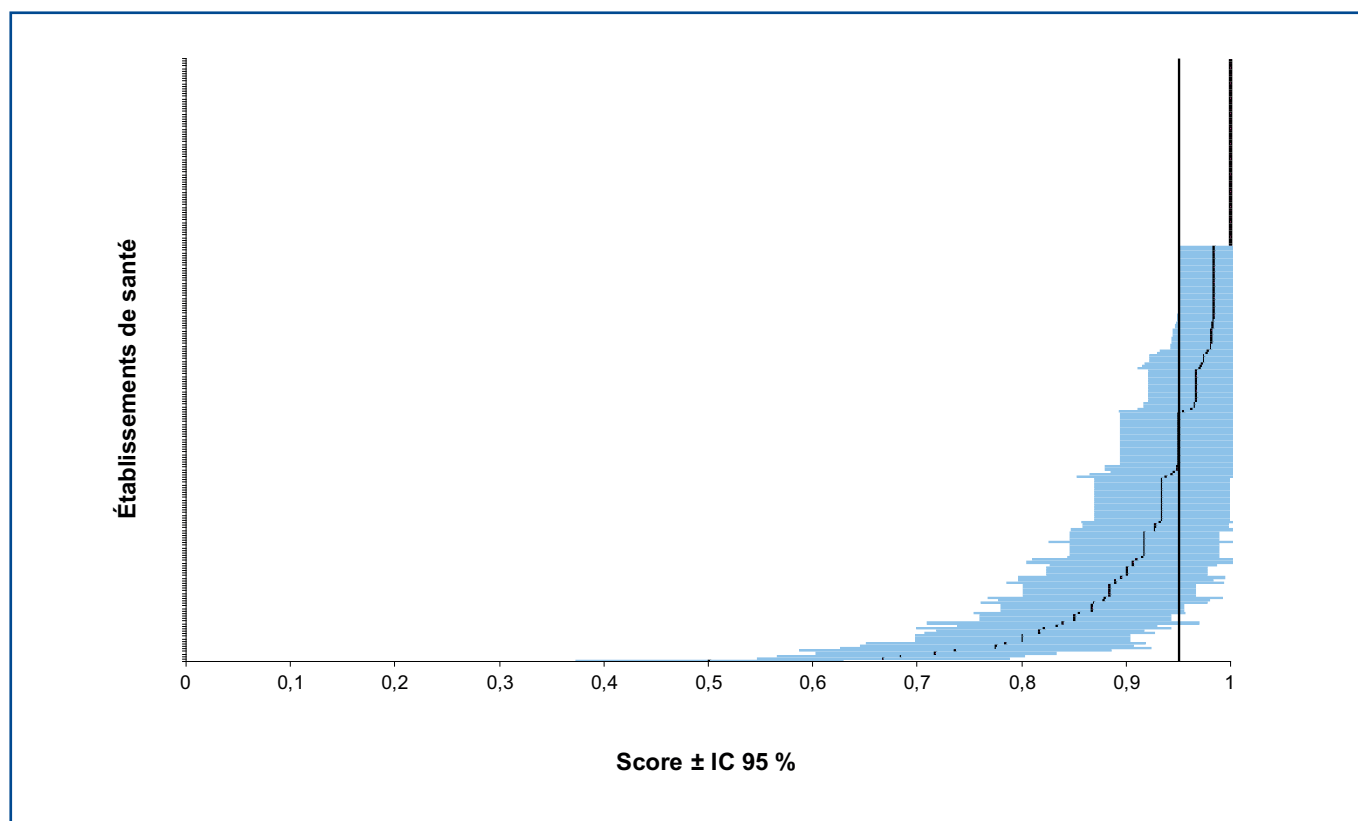
Moins de 10% des ES se situent en-dessous de la moyenne nationale.

Tableau 20 – Indicateur « Prescription appropriée de statine »
Distribution par rapport à l'évolution des ES entre 2009 et 2010

				Total
Nombre d'ES	12	168	9	189
% d'ES	6	89	5	100

Les résultats des établissements, pour lesquels une évolution peut être calculée, sont stables par rapport à la campagne de recueil de 2009.

Graphique 5 – Indicateur « Prescription appropriée de statine »
Variabilité nationale



La variabilité nationale des résultats est présente mais relativement faible.

Conclusion

- Dans les ES prenant en charge plus de 30 IDM sur 9 mois, 95 % des patients hospitalisés pour un IDM sortent de l'ES avec une prescription de statine conforme aux recommandations de bonnes pratiques.
- Il n'y a eu globalement aucune évolution par rapport à l'année dernière (pour les ES pour lesquels il est possible de calculer une évolution).
- Compte tenu du niveau des résultats, la marge d'amélioration pour les ES est faible.

Dans la suite du rapport, sont présentés les indicateurs évaluant la mesure de la prévention du risque cardio-vasculaire :

- Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques
- Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé et délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac
- Suivi du bilan lipidique à distance

MESURE DE LA PRÉVENTION DU RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

INDICATEUR « SENSIBILISATION AUX RÈGLES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES »

Description et mode d'évaluation

Cet indicateur évalue la traçabilité de la sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques : rendez-vous pour une consultation avec un(e) diététicien(ne) et/ou un(e) nutritionniste, et/ou participation à un atelier d'éducation thérapeutique, et/ou présence de conseils consignés dans le dossier ou dans le courrier de sortie.

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

Tableau 21 – Indicateur « Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques »
Statistiques descriptives au niveau national (en %)

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Base de référence nationale	239	13 210	57	57	3	100	27

Le taux moyen national de traçabilité de la sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques des patients hospitalisés pour un IDM est de 57 %.

Pour un ES sur deux, il y a environ 57 % des patients sensibilisés aux règles hygiéno-diététiques. 10 % des ES ont un score inférieur à 18 % (P10), et 10 % des ES ont un score supérieur ou égal à 95 % (P90). Il y a donc une forte variabilité entre les ES ce qui témoigne d'une grande hétérogénéité des pratiques.

► Comparaison des ES

Tableau 22 – Indicateur « Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques »
Distribution par rapport à la moyenne nationale

	Moyenne nationale				
Base de référence nationale	57	Nombre d'ES	82	81	76
		% d'ES	34	34	32

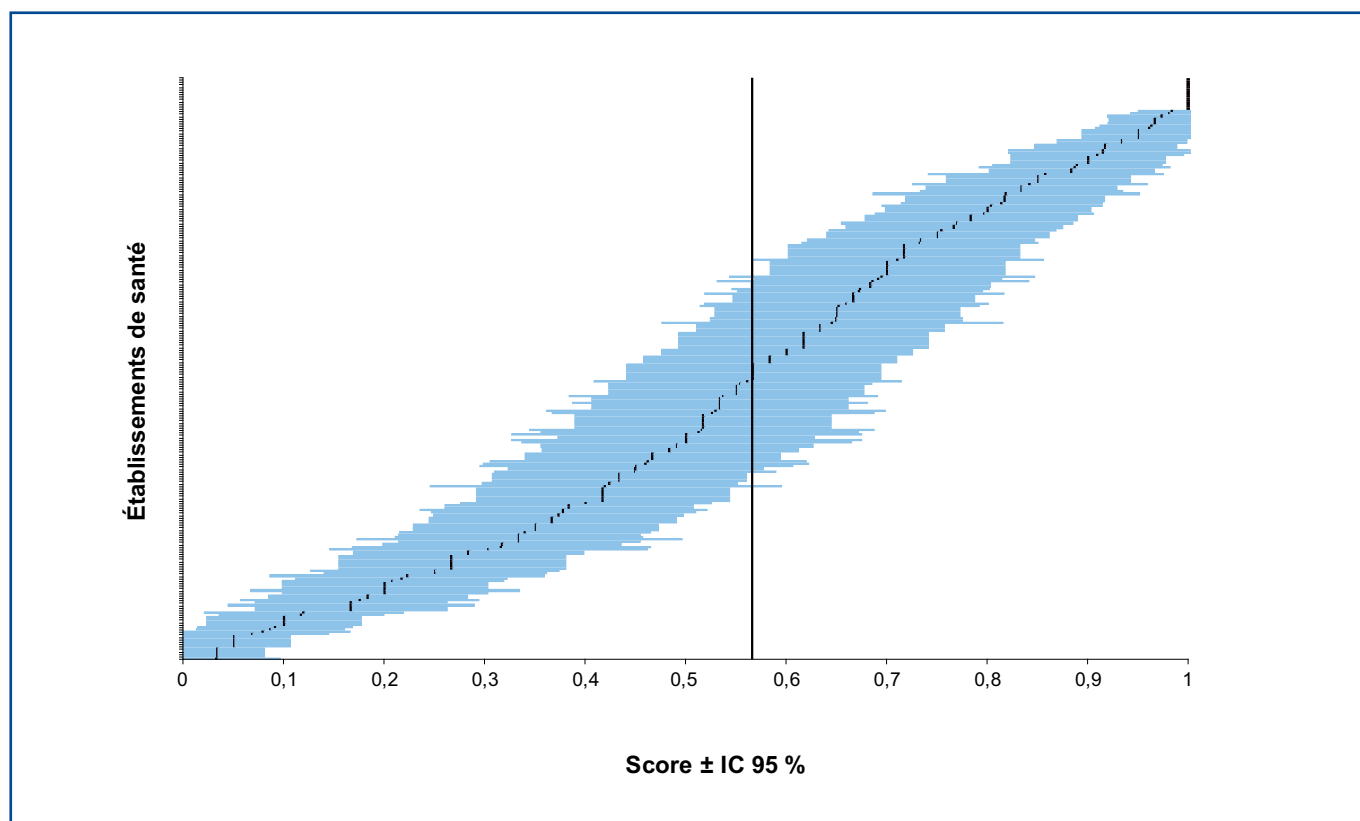
La majorité des ES (environ 2 tiers) se situent au moins au niveau de la moyenne nationale.

Tableau 23 – Indicateur « Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques »
Distribution par rapport à l'évolution des ES entre 2009 et 2010

				Total
Nombre d'ES	44	128	17	189
% d'ES	23	68	9	100

Pour les 189 ES pour lesquels il était possible de calculer une évolution, 23 % ont amélioré leur score depuis l'année dernière.

Graphique 6 – Indicateur « Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques »
Variabilité nationale



Ce graphique met en évidence la variabilité des résultats au niveau national, ce qui témoigne d'une hétérogénéité des pratiques existantes pour un certain nombre d'ES.

► Perspectives du recueil 2011

Lors de la prochaine campagne de recueil, un objectif national à atteindre sera fixé pour cet indicateur : il sera de 80 %. Le tableau ci-dessous présente donc une simulation de la répartition nationale des ES par rapport à un objectif de performance de 80 %.

Tableau 24 – Indicateur « Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques »
Simulation de la distribution par rapport à l'objectif de performance de 80 %

	Objectif national de performance 2011		Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
Base de référence nationale	80	Nombre d'ES	21	35	183	11
		% d'ES	9	14	73	4

Au niveau national, seulement 23 % des ES auraient atteint l'objectif de performance de 80 % cette année. Ce résultat témoigne d'une marge d'amélioration pour la prochaine campagne.

Conclusion

- Le taux moyen national de sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après infarctus est de 57 %, pour les ES qui prennent en charge plus de 30 IDM sur 9 mois.
- On observe une forte variabilité nationale des résultats ce qui témoigne d'une hétérogénéité des pratiques.
- Le taux a augmenté par rapport à la campagne précédente (pour les ES pour lesquels il est possible de calculer une évolution). Il reste cependant une importante marge d'amélioration.
- L'objectif national de performance sera fixé à 80 % lors de la prochaine campagne : seuls 23 % des ES l'aurait déjà atteint.

INDICATEURS « STATUT DU PATIENT VIS-À-VIS DU TABAC TRACÉ » ET « DÉLIVRANCE DE CONSEILS POUR L'ARRÊT DU TABAC »

Description et mode d'évaluation

Deux indicateurs sont décrits : le 1^{er} indicateur évalue la proportion de dossiers sur lesquels le statut du patient vis-à-vis du tabac est tracé. Le second évalue la réalisation et la notification dans le dossier de la délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac, pour un patient fumeur, au cours ou à l'issue du séjour après un IDM.

INDICATEUR « STATUT DU PATIENT VIS-À-VIS DU TABAC TRACÉ »

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

Tableau 25 – Indicateur « Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé »
Statistiques descriptives au niveau national (en %)

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Base de référence nationale	239	13 210	94	98	32	100	11

Le taux moyen national de traçabilité du statut du patient vis-à-vis du tabac est de 94 %.

La médiane est à 98 %, c'est-à-dire que pour la moitié des ES, au moins 98 % de leurs dossiers présentent le statut du patient vis-à-vis du tabac.

90 % des ES ont un résultat supérieur ou égal à 82 % (P10).

► Comparaison des ES

Tableau 26 – Indicateur « Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé »
Distribution par rapport à la moyenne nationale

	Moyenne nationale				
Base de référence nationale	94	Nombre d'ES	135	79	25
		% d'ES	57	33	10

Plus de la moitié des ES se situent au dessus de la moyenne nationale, c'est-à-dire plus de la moitié des ES retrouvent une trace du statut du patient vis-à-vis du tabac dans au moins 94 % de leurs dossiers.

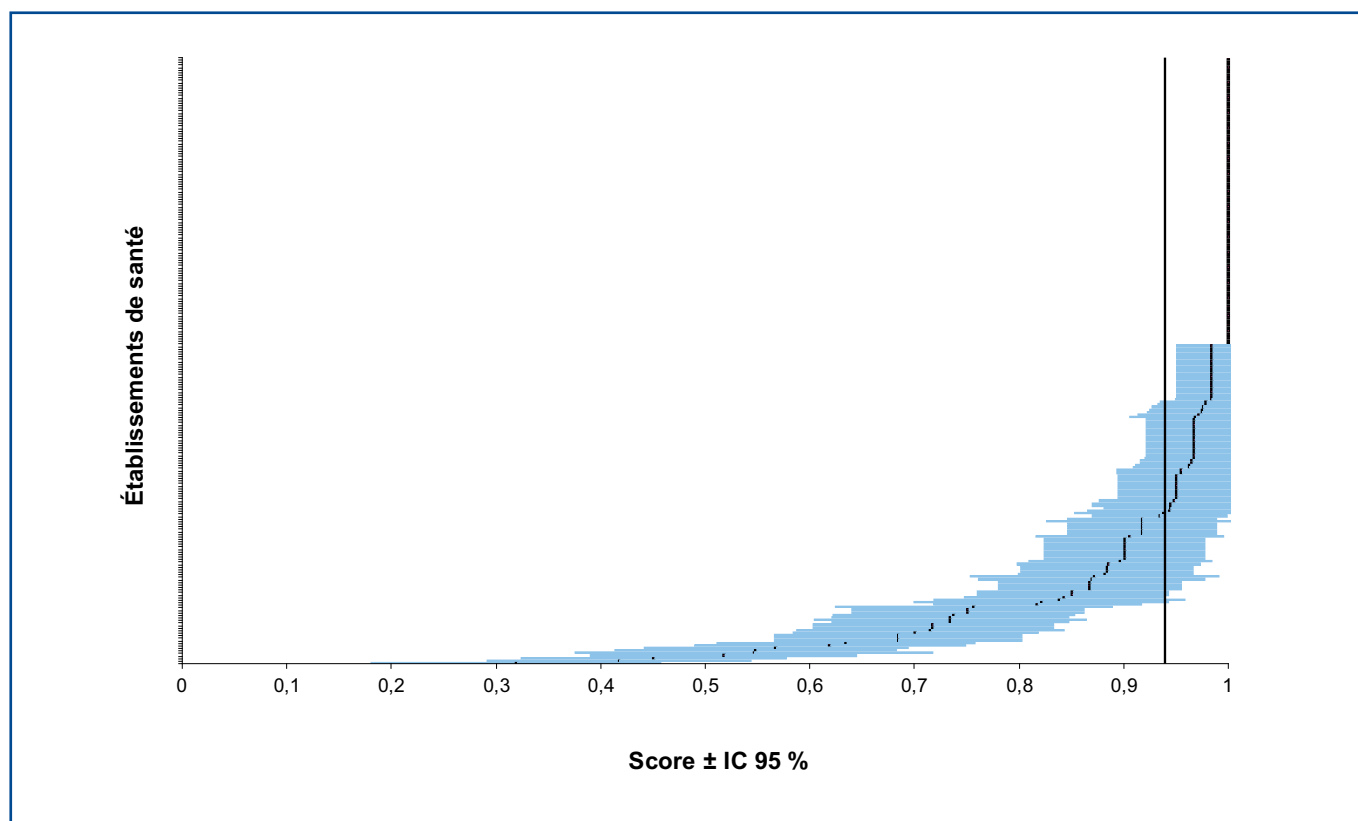
Il y a peu de marge pour une éventuelle amélioration.

Tableau 27 – Indicateur « Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé »
Distribution par rapport à l'évolution des ES entre 2009 et 2010

				Total
Nombre d'ES	13	159	17	189
% d'ES	7	84	9	100

Globalement, les résultats des ES sont stables depuis le recueil de la campagne précédente (pour les 189 ES pour lesquels il est possible de calculer une évolution).

Graphique 7 – Indicateur « Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé »
Variabilité nationale



La variabilité nationale des résultats est présente mais relativement faible.

INDICATEUR « DÉLIVRANCE DE CONSEILS POUR L'ARRÊT DU TABAC »

L'indicateur qui évalue l'initiation d'une prise en charge du tabagisme ne permet pas de comparaisons inter-ES compte-tenu du faible nombre de patients concernés (seuls deux ES ont pu évaluer plus de 30 dossiers). Cette prise en charge nécessite la recherche systématique du facteur de risque et la traçabilité dans le dossier du « statut du patient vis-à-vis du tabac ». Il n'y a donc pas de résultat comparatif pour cet indicateur.

On peut cependant préciser que parmi les 94 % de patients pour lesquels le statut vis-à-vis du tabac est tracé, 24 % sont fumeurs. Et pour 74 % de ces patients fumeurs, on retrouve la trace d'une délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac dans leur dossier.

Conclusion

- Le risque tabagique est évalué pour 94 % des patients pris en charge pour un IDM, et parmi eux, environ 24 % sont fumeurs et 74 % d'entre eux reçoivent des conseils pour l'arrêt du tabac.
- Globalement, les résultats sont stables pour les ES pour lesquels il est possible de calculer une évolution.
- Compte tenu du niveau des résultats, la marge d'amélioration pour les ES est assez faible.

INDICATEUR « SUIVI DU BILAN LIPIDIQUE À DISTANCE »

Description et mode d'évaluation

Cet indicateur évalue la traçabilité de l'initiation du suivi de l'efficacité du traitement par statine par la prescription d'un bilan lipidique (prescription de sortie ou mention de suivi dans le courrier de fin d'hospitalisation) à réaliser à distance.

Analyse nationale

► Résultats agrégés au niveau national

Tableau 28 – Indicateur « Suivi du bilan lipidique à distance »
Statistiques descriptives au niveau national (en %)

	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min.	Max.	Ecart type
Base de référence nationale	227*	11 707	33	23	0	100	32

* Le nombre d'ES est différent puisque la population de cet indicateur est celle pour laquelle une « Prescription appropriée de statine après infarctus » est retrouvée.

Le taux moyen national de traçabilité de la prescription d'un bilan lipidique après un infarctus est de seulement 33 %. Au moins 10 % des ES ont un score nul (P10), et 10 % des ES ont un score supérieur ou égal à 90 % (P90).

Conclusion

- Le taux moyen national de prescription du bilan lipidique à distance après infarctus est de 33 %, pour les ES qui prennent en charge plus de 30 IDM sur 9 mois.
- Le recueil de cet indicateur sera abandonné lors de la prochaine campagne de recueil : cet abandon est validé par le Conseil National Professionnel de Cardiologie au vu de l'évolution des recommandations professionnelles³⁴. En effet, le suivi du bilan lipidique à distance n'est plus complètement lié à la prescription de statine, on conservera donc seulement l'indicateur sur la prescription appropriée de statine à la sortie.

3. Efficacité et efficacité des hypolipémiants : Une analyse centrée sur les statines ; Septembre 2010 ; Service Évaluation des médicaments et Service Évaluation médico-économique et Santé publique / HAS.

4. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation; European Heart Journal; doi:10.1093/eurheart/ehr236.

ANALYSES COMPLÉMENTAIRES

Évolution des résultats des ES ayant participé aux trois recueils

Cette partie du rapport a pour objectif de mesurer l'évolution des résultats pour les ES ayant participé aux trois campagnes de recueil des indicateurs relatifs au thème « Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde à la sortie ». De plus, le lien entre le volume d'activité des ES au regard de la prise en charge des IDM et le résultat de l'indicateur agrégé (BASI) sur la qualité des prescriptions médicamenteuses à la sortie est analysé.

Tableau 29 – Nombre d'ES et de dossiers par année – Résultats du BASI

	2008	2009	2010
ES >10 dossiers participants par années 46 390 dossiers total	18 159 dossiers 598 ES	12 837 dossiers 330 ES	15 394 dossiers 359 ES
ES >10 dossiers participants aux 3 recueils 39 776 dossiers total (86 %)	14 644 (80,6 %) 291 ES	11 638 (90,7 %) 291 ES	13 494 (87,7 %) 291 ES
Résultats du BASI (%)	66,3	74,4	78,6

Le tableau ci-dessus représente la distribution des ES en termes de nombre de dossiers audités entre 2008 et 2010. Un total de 46 390 dossiers a été audité au cours des 3 années de recueil. Le nombre d'ES ayant participé à chaque campagne est de 291 avec 39 776 dossiers audités (86 %). Au final, par année, l'analyse comparative dans le temps concerne plus de 80% des dossiers audités.

On observe donc que la qualité des prescriptions médicamenteuses à la sortie, pour les patients ayant eu un IDM s'améliore progressivement au cours des trois campagnes. En effet, le pourcentage de prescriptions médicamenteuses appropriées s'améliore chaque année : 66 % en 2008, 74 % en 2009 à 79 % en 2010.

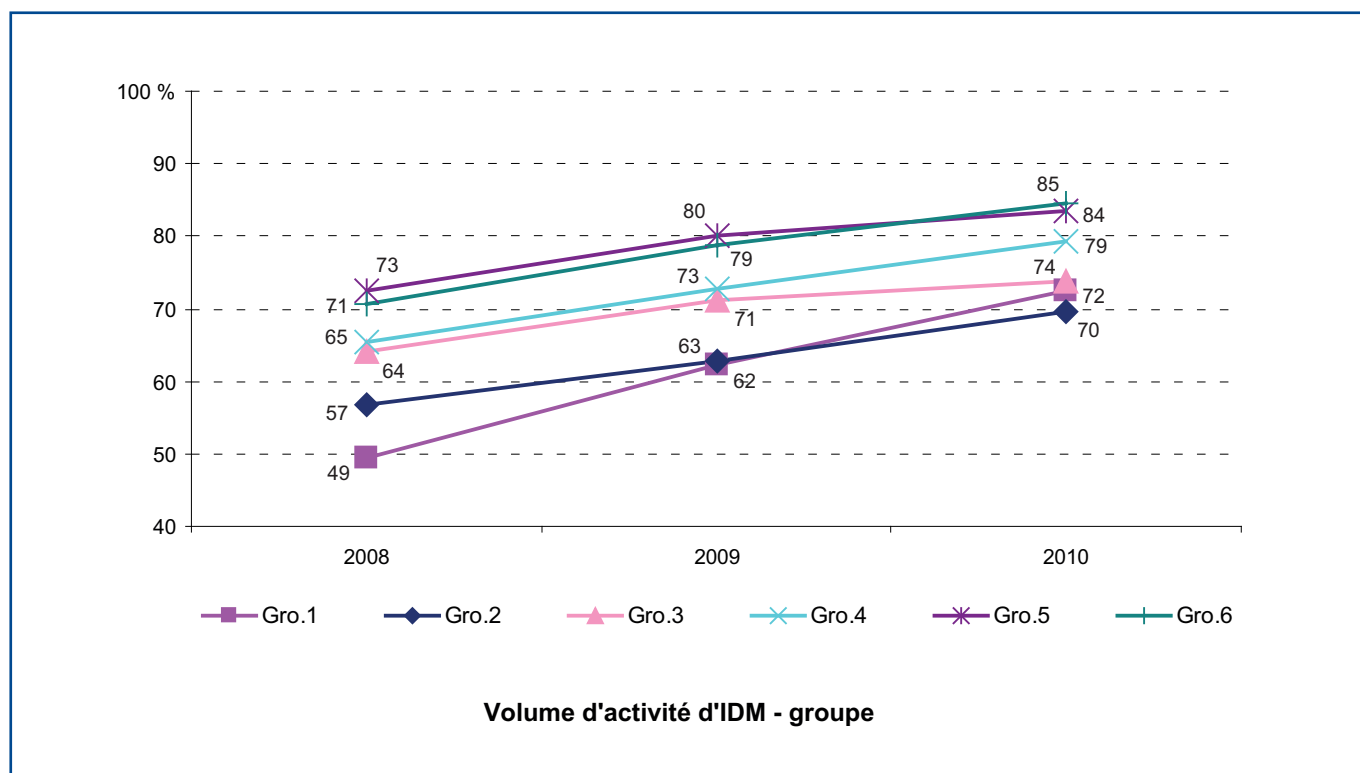
Tableau 30 – Description du volume d'activité d'IDM

Caractéristique des groupes (Nombre d'IDM – année 2008)		Groupe	Nombre d'ES
< 1 ^{er} décile	< 26	Groupe 1	26
1 ^{er} décile – 1 ^{er} quartile	26 - 44	Groupe 2	46
1 ^{er} quartile – Médiane	44 - 90	Groupe 3	74
Médiane – 3 ^e quartile	90 - 171	Groupe 4	75
3 ^e quartile – 9 ^e décile	171 - 327	Groupe 5	45
> 9 ^e décile	> 327	Groupe 6	25

Partant des ES ayant participé aux 3 campagnes, le volume d'activité d'IDM est construit à partir des séjours codés IDM en 2008 et est divisé en 6 groupes en fonction des déciles. Ce volume est assez différent selon les ES. En effet, 10 % des ES (N = 26) ont traité moins de 27 cas d'IDM en 2008.

De plus, 50 % des ES (la médiane) a traité moins de 90 patients par an. Le groupe 6 (10 % des ES), considéré comme ayant le volume d'activité le plus important, a eu plus de 327 patients hospitalisés pour un IDM en 2008.

Graphique 8 – Évolution de la qualité des prescriptions médicamenteuses à la sortie en fonction du volume d'activité d'IDM de l'ES

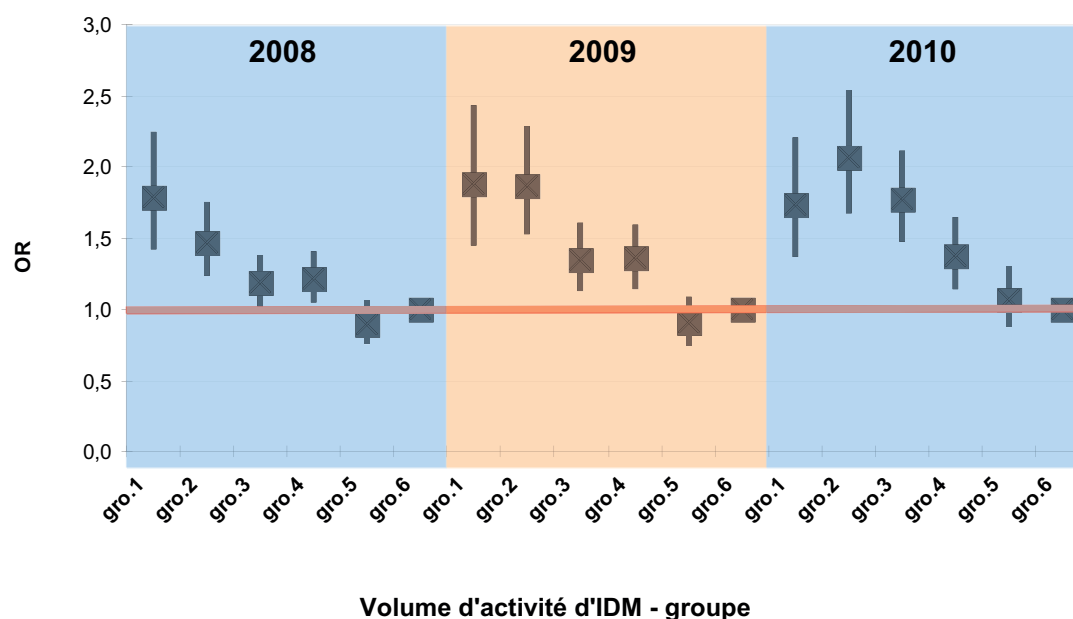


Le graphique 8 présente l'évolution moyenne de la qualité des prescriptions médicamenteuses recommandées à la sortie pour les patients IDM en fonction du volume d'activité d'IDM de l'ES où il a été hospitalisé.

Pour chaque groupe (de volume d'activité d'IDM), la qualité des prescriptions médicamenteuses à la sortie du patient s'améliore sur les 3 années.

Pour les patients hospitalisés dans les ES des groupes 5 et 6 (à « forte activité »), la qualité des prescriptions médicamenteuses à la sortie est meilleure chaque année comparée aux autres groupes. En 2010, cette différence représente plus de 10 points (85 % vs 72 %) par rapport aux traitements des patients pris en charge dans les groupes 1 et 2 (à « faible volume »).

Graphique 9 – Risque de prescriptions médicamenteuses non conformes aux recommandations pour le patient en fonction du volume d'activité d'IDM de l'ES qui le prend en charge*



* Régression logistique ajustée sur l'âge et le sexe.

Pour chaque année, le graphique 2 présente le risque pour le patient hospitalisé pour IDM d'avoir des prescriptions médicamenteuses à la sortie non conformes aux recommandations en fonction du volume d'activité d'IDM de l'ES qui le prend en charge.

Par rapport au groupe 6, c'est-à-dire les ES ayant le plus fort volume d'activité d'IDM, les patients hospitalisés dans des ES du groupe 1 ont 1.7 fois plus de risque d'avoir des prescriptions médicamenteuses à la sortie non conformes aux recommandations. Cette différence dans le risque de prescriptions médicamenteuses à la sortie non conformes se retrouve chaque année. Ce résultat confirme le lien entre le volume d'activité d'IDM des ES et la qualité des prescriptions médicamenteuses à la sortie pour les patients ayant été hospitalisés pour un IDM.

Conclusion

- 291 ES ont participé aux 3 campagnes.
- Amélioration de la qualité des prescriptions médicamenteuses recommandées à la sortie (de 66 % à 79 %), quel que soit le volume d'activité d'IDM de l'ES.
- Il existe un lien entre la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé pour un IDM et le niveau d'activité (au regard de cette pathologie) de l'ES qui le prend en charge. Autrement dit, un patient hospitalisé pour un IDM dans un ES qui prend en charge moins de 30 cas par an, a 1.7 fois plus de risque de ne pas avoir une prise en charge médicamenteuse de qualité à sa sortie que s'il avait été hospitalisé dans un ES qui admet plus de 30 cas par an.

Analyses complémentaires – année 2010

Cette partie teste le lien entre les caractéristiques des patients hospitalisés pour un IDM et la qualité des prescriptions médicamenteuses à la sortie, mesurée par le score BASI.

Tableau 31 – Description de la population

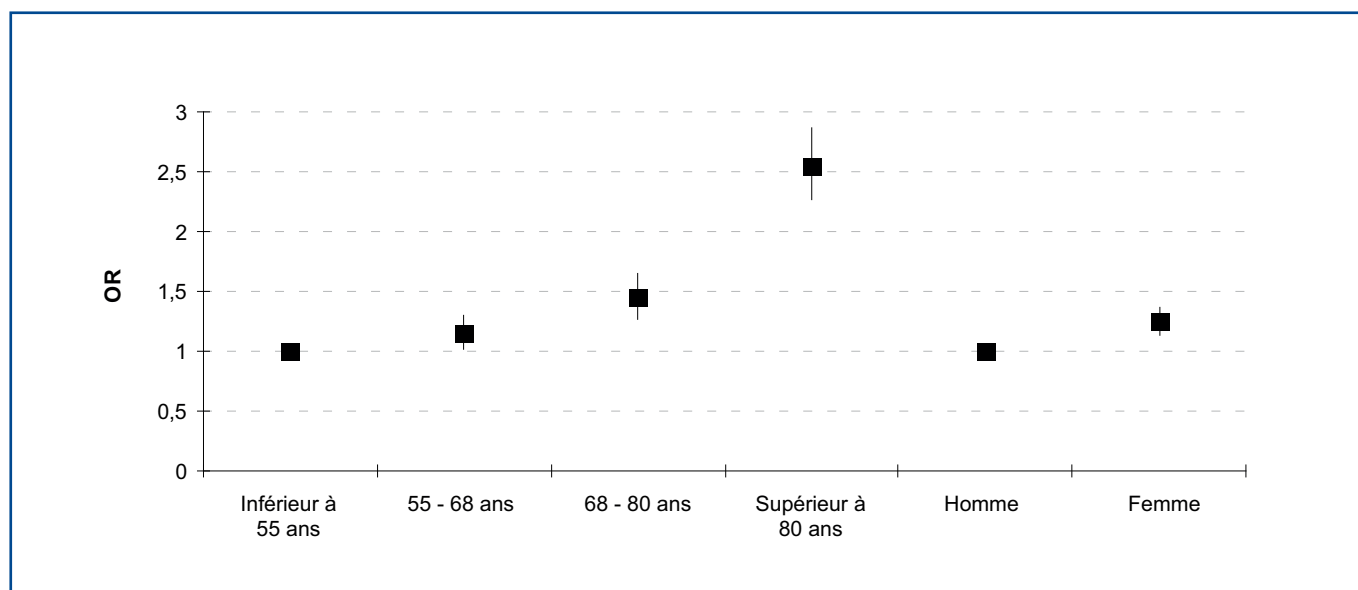
	Effectif	Pourcentage	BASI
Âge			
1. inférieur à 55 ans	3 620	25,2	85,2
2. 55 - 68 ans	3 769	26,2	83,3
3. 68 - 80 ans	2 888	20,1	79,2
4. supérieur à 80 ans	4 088	28,5	67,4
Sexe			
Homme	9 755	67,9	81,3
Femme	4 610	32,1	72,4

L'analyse porte sur l'ensemble des dossiers audités en 2010. Les patients ont été regroupés en 4 classes d'âge (quartiles) et selon leur sexe.

On remarque que 85 % des patients âgés de moins de 55 ans ont une prise en charge médicamenteuse conforme aux recommandations, alors que celle-ci n'est conforme que pour 67 % des patients âgés de plus de 80 ans.

Pour les femmes, 72 % des prescriptions médicamenteuses à la sortie sont retrouvées conformes aux recommandations contre 81 % pour les hommes

Graphique 10 – Risque de prescriptions médicamenteuses non conformes aux recommandations pour le patient en fonction de l'âge et du sexe



Le graphique 1 présente le risque pour le patient IDM d'avoir des prescriptions médicamenteuses à la sortie non conformes aux recommandations en fonction de son âge ou de son sexe.

En prenant comme référence les patients âgés de moins de 55 ans, le risque de ne pas avoir de prescriptions médicamenteuses à la sortie conformes aux recommandations est de :

- 1.3 pour les patients âgés entre 55 et 68 ans
- 1.7 pour les patients âgés entre 68 et 80 ans
- 2.9 pour les patients âgés de plus de 80 ans.

Le risque d'avoir des prescriptions médicamenteuses à la sortie non conformes est plus important chez le patient âgé.

Les femmes ont également un risque supérieur aux hommes de ne pas avoir leurs prescriptions médicamenteuses à la sortie conformes (1.4).

Conclusion

- L'âge et le sexe du patient hospitalisé pour un IDM sont des facteurs expliquant une partie de la variabilité des résultats observés :
 - Le risque d'avoir des prescriptions médicamenteuses à la sortie non conformes aux recommandations est plus important chez les femmes.
 - Plus le patient est âgé et moins ses prescriptions médicamenteuses à la sortie sont conformes aux recommandations.

CONCLUSION

Les indicateurs généralisés sont intégrés aux différents dispositifs applicables aux ES de santé (procédure de certification, contractualisation, etc.) et sont accessibles au grand public à partir des sites web institutionnels (site QUALHAS et site PLATINES), et des canaux de communication des ES.

En 2010, la HAS a piloté la troisième campagne de recueil généralisé des indicateurs du thème « Infarctus du myocarde à la sortie », dans les ES MCO.

Les résultats consolidés présentés dans ce rapport sont issus d'une analyse de dossiers de patients hospitalisés entre janvier et septembre 2010. Leur analyse permet de poser plusieurs constats :

- La comparaison dans le temps objective **une stabilité des résultats dans le temps**, expliquée notamment par le fait que ces résultats sont déjà élevés.
- Le **score agrégé BASI** calcule, pour la première fois en 2010, la qualité de la prise en charge médicamenteuse après un infarctus : 80 % des ES ont atteint l'objectif de performance validé par les professionnels. Cependant, la variabilité nationale et régionale objective l'intérêt de la mesure.
- Les résultats des indicateurs relatifs à la prévention du risque cardio-vasculaire représentent un fort potentiel d'amélioration pour les campagnes à venir, à l'inverse des indicateurs relatifs aux prescriptions médicamenteuses : 57 % de moyenne nationale pour la sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques.
- **Le risque d'avoir des prescriptions médicamenteuses à la sortie non conformes est plus important chez le patient âgé. Les femmes ont un risque supérieur aux hommes de ne pas avoir des prescriptions médicamenteuses à la sortie conformes.**
- **Il existe un lien entre la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé pour un IDM et le niveau d'activité (au regard de cette pathologie) de l'ES qui le prend en charge. Autrement dit, un patient hospitalisé pour un IDM dans un ES qui prend en charge moins de 30 cas par an, a 1.7 fois plus de risque de ne pas avoir une prise en charge médicamenteuse de qualité à sa sortie que s'il avait été hospitalisé dans un ES qui admet plus de 30 cas par an.** Ce constat induit la nécessité d'inclure les ES à faible volume d'activité d'IDM (entre 10 et 30 patients par an) dans la comparaison à l'objectif national de performance fixé. Une méthode de comparaison spécifique à ces ES est en cours de test et devrait permettre de les classer et de diffuser leur classement.

Enfin, le bilan de cette campagne montre l'implication particulièrement active des cardiologues (participation au recueil dans 87 % des ES) dans l'amélioration de la qualité de leur dossier et objective l'impact des actions qu'ils ont mises en œuvre dans ce sens.

Perspectives d'évolution du thème « Infarctus du myocarde »

La prochaine campagne de recueil qui débutera en 2012 concernera :

- des IQs évaluant la prise en charge après la phase aiguë pour une quatrième campagne. Ces IQs ont bénéficié de quelques actualisations validées par les professionnels du CNPC :
 - diffusion publique du score BASI : l'objectif national de performance fixé à 80 % pour la campagne de 2010, sera augmenté à 90 % pour la campagne de 2011.
 - les résultats de l'IQ évaluant la sensibilisation hygiéno-diététique seront diffusés publiquement pour la première fois sur le site PLATINES, avec un objectif de performance à atteindre fixé à 80 %.
 - tous les ES qui audient plus de 10 dossiers pourront être comparés.
 - l'indicateur « Suivi du bilan lipidique » ne sera plus recueilli : cet abandon est justifié par l'évolution des recommandations et fait l'objet d'un consensus professionnel (Conseil National Professionnel de Cardiologie).
- des IQs évaluant la phase aiguë de la prise en charge pour une première campagne.

Possibilité d'abandon des indicateurs du thème « Infarctus du myocarde »

La question de l'abandon de certains indicateurs qui composent ce thème s'est posée en raison des bons résultats obtenus. Un article publié par Reeves dans le *British Medical Journal** établit les conditions à partir desquelles il est pertinent d'abandonner un indicateur : si un indicateur atteint une médiane supérieure à 95 %, qu'il est stable sur plusieurs années et que la dispersion entre les ES est faible (c'est-à-dire que l'intervalle interquartile est inférieur à 4,5 %).

Le calcul des médianes et intervalles interquartiles des indicateurs ayant une faible variabilité et une stabilité des résultats dans le temps, ne permettent pas encore de les abandonner : toutes les médianes ne sont pas supérieures à 95 % et les intervalles interquartiles ne sont pas inférieurs à 4,5 %.

Indicateurs 2010	Médiane	[Q1 – Q3]	Intervalle interquartile [Q3 – Q1]
Prescription appropriée d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel	96	[93 - 100]	7
Prescription appropriée de bêta-bloquant	95	[90 - 98]	8
Mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche	94	[87 - 98]	11
Prescription appropriée de statine	97	[93 - 100]	7

La question de l'abandon de ces indicateurs sera reposée lors de la prochaine campagne, après analyse des résultats, et afin notamment de réduire la charge de travail des ES.

*D. Reeves, T. Doran, JM Valderas et al. How to identify when a performance indicator has run its course. BMJ. 2010; 340: 899-901.



www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00