

Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins

Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde

Résultats nationaux de la campagne 2013

Données 2012

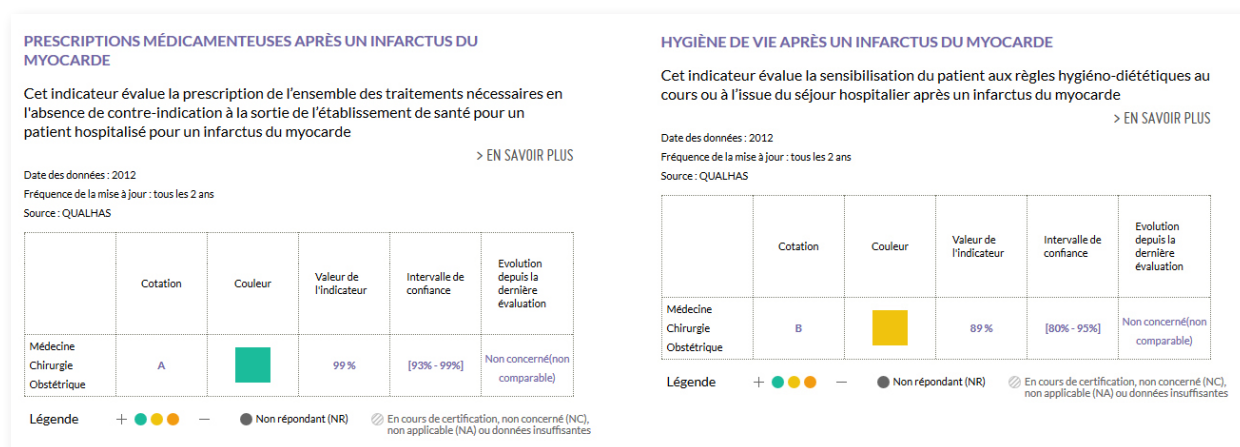
Ce document présente les résultats issus du recueil national des indicateurs du thème « Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde », sous la coordination de la Haute Autorité de Santé en 2013.

Ces indicateurs donnent une image du niveau de qualité de la prise en charge au sein 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.

Où retrouver les résultats de votre structure ?

Les résultats complets individuels et comparatifs de chaque structure ainsi que l'analyse complémentaire sont accessibles sur la plateforme QualHAS. Pour y accéder, contacter le service DIM de votre établissement.

Les résultats des indicateurs diffusés publiquement par établissement sont disponibles sur le site Scope Santé (www.scopesante.fr), site d'information sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers mis en place par la HAS en partenariat avec le ministère chargé de la santé.



Pour en savoir plus

Le descriptif des indicateurs est disponible sur le site internet :

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970481/ipaqss-recueils-des-indicateurs

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 e-mail : ipaqss@has-sante.fr

Ce document a été co-rédigé par Linda Banaei-Bouchareb, Frédéric Capuano et Marie Gloanec, sous la responsabilité de Catherine Grenier chef du service « Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins » (SIPAQSS).

Le secrétariat a été assuré par Virginie Mourao, SIPAQSS, HAS.

Rapport validé par le collège de la HAS le 17 juillet 2014.

Sommaire

Synthèse des résultats des indicateurs nationaux.....	5
Contexte.....	8
Descriptif de la campagne 2013	11
Indicateurs « SCA ST+ à la phase aiguë »	17
Indicateur « Délai entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction »	17
Indicateur « Administration d'antiagrégants plaquettaires à la phase aiguë »	19
Indicateur « Tenue du dossier patient pris en charge pour un SCA ST+ »	21
Parcours SCA ST+ : des 1 ^{ers} signes à la reperfusion	22
Indicateurs « IDM à la sortie »	24
Indicateur « Score agrégé des indicateurs évaluant les prescriptions médicamenteuses (BASI) »	24
Indicateur « Prescription appropriée d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel après un infarctus »	26
Indicateur « Prescription appropriée de bêtabloquant après un infarctus du myocarde » ...	28
Indicateur « Prescription appropriée d'inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou d'Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II (ARA 2) après un infarctus »	30
Indicateur « Prescription appropriée de statine après un infarctus »	32
Indicateur « Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques »	34
Indicateur « Statut fumeur et délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac »	36
Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale	38
Bilan et perspectives	39
Références bibliographiques	41
Table des illustrations	43
Annexes	45
Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse	45
Annexe II. Résultats complémentaires.....	48
Résultats complémentaires SCA ST+	64

Synthèse des résultats des indicateurs nationaux

Indicateurs nationaux

La 5^e campagne de recueil des indicateurs du thème « Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde » s'est déroulée d'avril à juillet 2013.

Pour la première fois en 2013, les indicateurs évaluant la prise en charge de l'infarctus du myocarde à la sortie ont été complétés par trois nouveaux indicateurs évaluant la prise en charge des SCA ST+ à la phase aiguë. Ces trois nouveaux indicateurs ont été développés et testés métrologiquement par le projet de recherche COMPAQ HPST.

Le recueil consiste en une enquête rétrospective auprès de tous les établissements de santé (ES) ayant une activité MCO et au moins 10 séjours codés en diagnostic principal (DP) d'IDM dans l'année 2012 (Lotas) : séjours hors séances, au moins 1 jour, code CIM 10 IDM en DP I21.0x à I21.9x et I22.xx.

Le recueil porte sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2012. L'échantillon est exhaustif pour les ES avec moins de 80 dossiers codés IDM par an et représentatif pour ceux ayant plus de 80 dossiers par an. Le calcul des moyennes nationales est pondéré sur l'activité des ES. Le tirage au sort est commun pour l'ensemble des indicateurs, et la sélection des séjours de la population SCA ST+ de moins de 12 heures se fait sur dossier grâce à des questions filtres en début de questionnaire. Sont exclus du calcul des indicateurs : cas intra-hospitaliers, décès au cours du séjour, patients refusant que leur dossier fasse l'objet de recueil, patients en fin de vie (abstention thérapeutique concertée avec la famille), patients transférés, dossiers avec données date/horaire non disponibles.

Le thème « Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde » est composé de 10 indicateurs.

Trois nouveaux indicateurs évaluant la prise en charge des SCA ST+ à la phase aiguë :

- délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction (deux parties selon le mode d'entrée dans l'établissement) ;
- administration d'antiagrégants plaquettaires à la phase aiguë ;
- tenue du dossier patient pris en charge pour un SCA ST+.

Ces indicateurs obligatoires et imputables aux ES ne sont pas diffusés publiquement cette année car il s'agit de leur première campagne de généralisation.

Sept indicateurs, recueillis depuis 2008, évaluant la prise en charge de l'IDM après la phase aiguë :

- score agrégé des indicateurs évaluant la traçabilité des prescriptions médicamenteuses de sortie (score BASI) :
 - prescription appropriée d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel après un infarctus,
 - prescription appropriée de bêtabloquant après un infarctus,
 - prescription appropriée d'Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion (IEC) ou d'Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II (ARA 2) après un infarctus et mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche,
 - prescription appropriée de statine après un infarctus ;
- sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques ;
- statut du patient vis-à-vis du tabac tracé et délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac.

Parmi ces sept indicateurs, le score BASI et la sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques sont diffusés publiquement sur le site Scope santé.

Résultats

Les résultats sont présentés sous la forme de moyenne nationale pondérée sur l'activité (prenant en compte dans son calcul le nombre de dossiers éligibles par établissement) ou de délai médian.

Pour les indicateurs diffusés publiquement, le pourcentage des ES ayant un résultat supérieur ou égal à l'objectif national de performance est rapporté.

Participation des ES

Pour cette campagne, sur 404 ES éligibles au recueil, le taux de répondants est de 95 %. Les 19 ES n'ayant pas réalisé ou finalisé le recueil sont considérés « non répondants ».

Parmi les 387 ES répondants (385 ES obligatoires et deux ES non obligatoires), 52,2 % (202 ES) ont rapporté une autorisation de cardiologie interventionnelle. Pour 85 % (329 ES) des ES, un cardiologue a participé au recueil.

Population SCA ST+

- 8188 de dossiers SCA ST+, soit 41 % des dossiers codés IDM.
- 25 % de femmes.
- âge moyen 63 ans, 26 % des patients de plus de 75 ans.
- 39,6 % de fumeurs.
- 18 % avec insuffisance cardiaque ($FEVG \leq 40\%$).
- Entrée : 35 % par les urgences.
- 47 % directe en centre de cardiologie interventionnelle.
- 70 % transport SMUR.

Résultats des indicateurs SCA ST+

Taux de reperfusion 90 %, 86 % par angioplastie et 14 % par thrombolyse.

Tableau 1. Les indicateurs du thème « Prise en charge des Syndromes Coronariens Aigus de type ST+ » – Données 2012 – Campagne 2013

Indicateurs évaluant la prise en charge des SCA ST+	Nbre d'ES	Résultats nationaux
Délai médian* entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction pour les patients admis directement en salle de coronarographie ou en service de cardiologie	121	0h15
Délai médian* entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction pour les patients admis par les Urgences	31	1h05
Administration d'antiagrégants plaquettaires à la phase aiguë	226	91,7 %
Tenue du dossier patient pris en charge pour un SCA ST+	121	94,2 %

* Le délai médian national permet de conclure que la prise en charge des patients se fait dans le délai médian pour la moitié des ES. La méthode de calcul actuelle de l'indicateur ne permet pas de comparaison inter-établissements par rapport à une référence nationale.

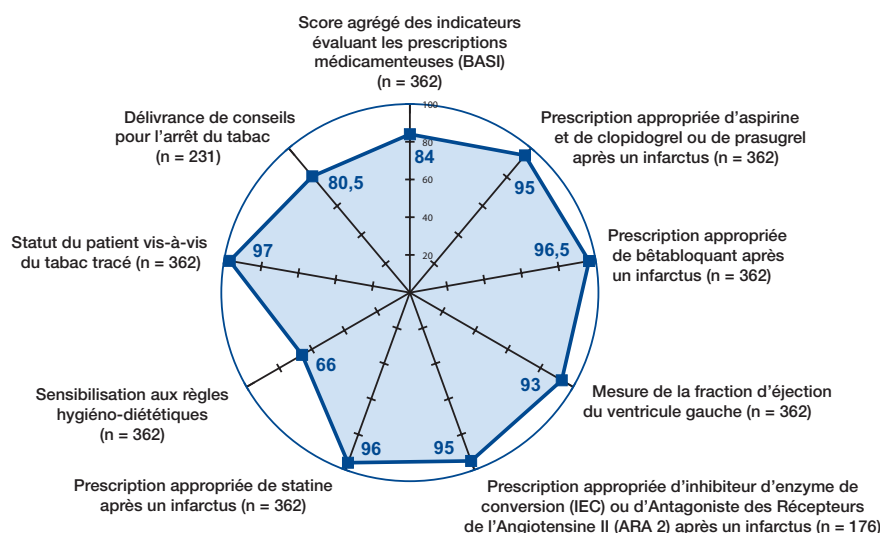
Le délai médian* national « arrivée dans l'établissement - ponction » quel que soit le mode d'entrée est de 23 minutes (population SCA ST+ de moins de 12 heures). L'indicateur a été calculé sur 75 % des dossiers avec données dates/horaires tracées.

Population tout IDM

- 20 027 dossiers ;
- 31 % de femmes ;
- âge moyen : 67 ans, 35 % des patients ont plus de 75 ans ;
- 30 % de fumeurs ;
- 20 % avec insuffisance cardiaque (FEVG $\leq$ 40%).

Résultats des indicateurs IDM à la sortie

Graphique 1. Les indicateurs du thème « Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde » - Campagne 2013 – Données 2012



Sur les indicateurs ayant fait l'objet d'une campagne nationale en 2013, les résultats de deux indicateurs sont diffusés sur Scope Santé (www.scopesante.fr) :

- score agrégé¹ des indicateurs évaluant la rédaction des prescriptions médicamenteuses de sortie (score BASI) : avec un seuil de performance à atteindre de 90 %. 60 % des ES ont une moyenne $\geq$ au seuil de performance de 90 % ;
- sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques : avec un seuil de performance à atteindre de 80 %. 42 % des ES ayant une moyenne $\geq$ au seuil de performance de 80 %.

Quelques priorités d'amélioration

- Informatisation des dossiers « patients », et notamment des dossiers de soins, observations médicales et prescriptions médicamenteuses.
- Traçabilité de la recherche de l'information sur les dates et horaires des premiers symptômes, ECG qualifiant et reperfusion.
- Accès des patients au parcours d'urgence recommandé « appel au 15 – SMUR – transfert direct en centre de cardiologie interventionnelle (CCI-USIC) ».
- Délai « arrivée - reperfusion par angioplastie » aux urgences.
- Optimisation du traitement BASI à la sortie
- Initiation de la prévention secondaire avant la sortie.
- Analyse et comparaison des parcours à l'échelle locale/régionale en utilisant notamment les indicateurs validés en lien avec les professionnels de santé.
- Partage des retours d'expérience professionnels autour des indicateurs et programmes d'amélioration performants au bénéfice de l'amélioration des prises en charge pour les patients.

1. Il s'agit de prescription appropriée (prescription ou absence de prescription justifiée). La méthode de calcul du score agrégé est le « all or none ».

Contexte

Politique nationale des indicateurs qualité et sécurité des soins

Depuis 2006, la Direction générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Haute Autorité de santé (HAS) ont engagé des travaux pour mettre en œuvre un recueil généralisé d'indicateurs afin de disposer, pour l'ensemble des établissements de santé, de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins.

Le programme de généralisation des indicateurs, la nature des indicateurs à développer et les modalités de leur utilisation et de leur diffusion sont discutés par le comité de pilotage de la généralisation des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins (COPIL), co-animé par la DGOS et la HAS, et regroupant l'ensemble des parties prenantes dont les fédérations d'établissements de santé, les représentants des directeurs et des présidents de CME, les directeurs généraux des agences régionales de santé, la CNAM-TS et des représentants des usagers.

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 établissements de santé et constitue un progrès pour le droit à l'information collective de l'utilisateur en rendant obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, d'indicateurs sur la qualité des soins. La liste des indicateurs mis à la disposition du public est fixée annuellement par arrêté ministériel (arrêté du 5 mars 2013).

La diffusion publique sur le site Scope Santé (www.sco-pesante.fr) concerne certains indicateurs obligatoires, imputables aux ES, ayant fait l'objet de plus d'une campagne nationale. Les résultats de ces indicateurs sont présentés par établissement avec un code couleur, selon qu'ils sont supérieurs (vert), égaux (jaune) ou inférieurs (orange) à la référence nationale, correspondants aux classes A, B, C. Le code couleur gris correspond aux non répondants, le gris hachuré aux indicateurs pour lesquels l'ES n'est pas concerné (parce qu'il n'a pas d'activité correspondante, ou que la comparaison n'est pas possible). La sélection de ces indicateurs et leur objec-

tif national de performance sont définis en concertation avec le comité de pilotage des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissements de santé (COPIL) et les structures professionnelles concernées par le thème.

Légende + ● ● ● ● — ● Non répondant
● En cours, non concerné, non applicable, ou données insuffisantes

En partenariat avec l'équipe de recherche COMPAQ-HPST, la HAS a élaboré les indicateurs de qualité et sécurité des soins sur le thème de l'IDM. Ces travaux ont été conduits avec les professionnels de médecine d'urgence et cardiologie directement impliqués dans la prise en charge de l'IDM. Les indicateurs, sous réserve de leur pertinence clinique et de leurs qualités métrologiques permettant la comparaison inter-établissements, ont été retenus pour la généralisation. Ces indicateurs concernent la « Prise en charge de l'infarctus du myocarde ».

Les informations demandées et les résultats de chaque ES participant (individuels et comparatifs) sont disponibles sur la base QUALHAS et accessibles aux professionnels des ES. Les renseignements nécessaires pour y accéder sont gérés par le service DIM de chaque établissement de santé.

Du fait de l'opposabilité croissante des indicateurs (utilisation dans des tableaux de bord de pilotage, contrat de performance, d'objectifs et de moyens (CPOM), dispositifs d'incitation financière à la qualité, etc.), un contrôle qualité de leur recueil s'avère nécessaire. À compter de 2013, une orientation nationale de contrôle IGAS coordonnée par la DGOS et la HAS s'applique à l'ensemble des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins. Le principe du contrôle qualité du recueil des indicateurs nationaux est d'assurer la fiabilité de l'autoévaluation réalisée lors des campagnes nationales de mesure en mettant en place une procédure de contrôle aléatoire. Le champ de cette inspection pour l'année 2013 visait 10 % des établissements de santé concernés par région : la moitié des établissements est tirée au sort par l'ATIH et l'autre au choix de l'ARS. Pour des raisons de calendrier,

le thème IDM n'a pas fait l'objet d'un contrôle en 2013, mais le fera lors de la prochaine campagne nationale en 2015.

La cinquième campagne de recueil des indicateurs du thème « Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde » s'est déroulée d'avril à juillet 2013.

Pour la première fois en 2013, les indicateurs évaluant la prise en charge de l'infarctus du myocarde à la sortie ont été complétés par trois nouveaux indicateurs évaluant la prise en charge des SCA ST+ à la phase aiguë. Ces trois nouveaux indicateurs ont été développés et testés métrologiquement par le projet de recherche COMPAQ HPST.

Jusqu'en 2012, les références nationales des indicateurs de qualité étaient calculées par une moyenne arithmétique simple des scores moyens par établissement de santé. Cela induit un poids identique pour tous les établissements de santé quel que soit leur nombre de dossiers éligibles (activité). À partir de la campagne 2013, le calcul de la moyenne est pondéré, intégrant désormais le nombre de dossiers éligibles par établissement. Les indicateurs nationaux de type délais médians permettent de situer la moitié des ES pour lesquels l'indicateur est calculé. Ils ne permettent pas de comparaison inter-établissements.

La prochaine campagne aura lieu en 2015 sur les données hospitalières de 2014.

Ce rapport présente les principaux constats issus de l'analyse des résultats de la campagne 2013 des indicateurs du thème « Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde ».

Thème « Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde en France »

Le monde médical a vécu un progrès considérable de la prise en charge thérapeutique des maladies cardiovasculaires ischémiques (Puymirat *et al.* 2012², Krumholz 2009³).

Cependant, les infarctus du myocarde (IDM) restent un problème de santé publique (BEH, 2011⁴ et InVs, 2012⁵) avec chaque année, environ 100 000 personnes atteintes : 3,4 % des patients pris en charge décèdent

lors de leur hospitalisation, 4,4 % le premier mois, et 13 % au total dans la première année. La mortalité précoce a été réduite de 65 % en 15 ans (Puymirat *et al.* 2012), grâce notamment aux progrès thérapeutiques et à la coopération entre les professionnels impliqués à la phase aiguë.

L'infarctus du myocarde est caractérisé par la nécrose aiguë des cellules myocardiques secondaire à une ischémie sévère et prolongée par obstruction d'une artère coronaire le plus souvent due à l'athérosclérose. L'IDM fait partie des Syndromes Coronariens Aigus (SCA). Si la douleur thoracique reste le symptôme initial majeur, les patients atteints de SCA sont classés en deux groupes diagnostiques et thérapeutiques sur la base de l'électrocardiogramme (ECG) :

- les patients atteints de SCA avec sus-décalage persistant du segment ST (SCA ST+) ;
- les patients atteints de SCA sans sus-décalage de ST (SCA non ST+).

Dans le cas des SCA ST+, la coronaire concernée est totalement bouchée. C'est une urgence diagnostique et thérapeutique qui nécessite la mise en place d'une stratégie de reperfusion prenant en compte le délai entre les 1^{ers} symptômes et la prise en charge (Premier contact médical avec ECG qualifiant) et le délai estimé entre ce premier contact médical et le transfert vers le centre de cardiologie le plus proche pour angioplastie primaire. L'objectif est de réaliser une reperfusion coronaire la plus rapide, complète et durable. La reperfusion se fait par angioplastie primaire (ballon, thrombo-aspiration, stenting direct), ou le cas échéant par thrombolyse.

Une des particularités du système de soins français est l'existence de la filière d'urgence recommandée : appel au centre 15 (SAMU), envoi du SMUR sur place qui fait l'ECG diagnostique et, s'il s'agit d'un SCA de type ST+, met en route la stratégie de reperfusion la plus adaptée au patient et aux délais estimés de transfert direct vers le centre de cardiologie interventionnelle le plus proche. Cette filière d'urgence assure le meilleur taux et délais de reperfusion au patient, ces points clés étant associés à une réduction significative de la morbi-mortalité.

L'infarctus du myocarde constitue depuis plusieurs années un thème de l'évaluation de la performance des établissements de santé dans le monde et en France.

2. Puymirat E, Simon T, Steg PG, Schiele F, Guert P, Blanchard D, et al. Association of changes in clinical characteristics and management with improvement in survival among patients with ST-elevation myocardial infarction. JAMA 2012;308(10):998-1006.

3. Krumholz HM, Wang Y, Chen J, Drye EE, Spertus JA, Ross JS, et al. Reduction in acute myocardial infarction mortality in the United States: risk-standardized mortality rates from 1995-2006. JAMA 2009;302(7):767-73.

4. Ducimetière P, Hass B, Ruidavets JB, Montaye M, Wagner A, Ferrière J, et al. Fréquence et mortalité à 28 jours des divers épisodes d'insuffisance coronaire aiguë dans trois régions françaises en 2006. BEH 2011(40-41):419-22.

5. De Peretti C, Chin F, Tuppin P, Danchin N. Personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde en France : tendances 2002-2008. BEH 2012(41):459-65.

Depuis 2008, QUALHAS permet le recueil national d'indicateurs pour le thème « Infarctus du myocarde » sur deux points clés des pratiques : la prescription appropriée du traitement BASI recommandé à la sortie et la délivrance de conseils hygiéno-diététiques, avec un volet spécifique pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs.

Les résultats depuis 2008 témoignent d'une amélioration des taux de prescriptions du BASI à la sortie, de la traçabilité des conseils hygiéno-diététiques, de la traçabilité du statut fumeur et chez ces patients de la délivrance de conseils pour le sevrage.

En 2013, trois nouveaux indicateurs ont fait l'objet d'une première campagne de généralisation évaluant la prise en charge des Syndromes Coronariens Aigus de type ST+ (SCA ST+) à la phase aiguë sur le délai entre l'admission et la ponction, l'administration d'antiagrégants plaquet-taires et la tenue du dossier.

Les données 2012 recueillies lors de la campagne de 2013 ont permis de :

- évaluer la qualité du parcours de prise en charge SCA ST+ « des premiers symptômes à la sortie » ;
- évaluer et suivre l'évolution de la traçabilité des prescriptions appropriées BASI et de la délivrance de conseils hygiéno-diététiques chez tous les IDM.

Ces indicateurs font l'objet du présent rapport publié sur le site de la HAS et deux indicateurs sont diffusés sur le site de diffusion publique Scope santé : score BASI à la sortie et sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques.

Le développement des indicateurs, leur actualisation au regard de leurs résultats et de nouvelles recommandations, et de leur marge d'amélioration, ainsi que la définition de l'objectif de performance national, sont réalisés en lien avec les professionnels de santé impliqués et leurs organisations professionnelles.

Descriptif de la campagne 2013

Établissements de santé

Le recueil consiste en une enquête rétrospective auprès de tous les établissements de santé (ES) ayant une activité MCO et au moins 10 séjours codés en diagnostic principal (DP) d'IDM dans l'année 2012 (Lotus). Le recueil porte sur un échantillon aléatoire de 80/100 dossiers patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2012. L'échantillon est exhaustif pour les ES avec moins de 80 dossiers par an et représentatif pour ceux ayant plus de 80 dossiers par an. Le calcul des moyennes nationales est pondéré sur l'activité des ES. Le tirage au sort est commun pour l'ensemble des indicateurs, et la sélection des séjours de SCA ST+ se fait grâce à des questions filtres en début de questionnaire.

Population analysée (séjours /dossiers)

Population SCA ST+ prise en charge dans les 12 heures (entre début des symptômes et ECG qualifiant)

Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour comportant un code CIM 10 d'IDM en diagnostic principal (codes I21.0x à I21.9x et I22.xx).
Critères d'exclusion	Exclusions réalisées lors du tirage au sort : ● séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; ● séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; ● séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire ; ● séjours avec mode de sortie par transfert vers une unité de soins de courte durée (MCO) ; ● séjours avec un GHM erreur. Exclusions réalisées lors du recueil : ● patient avec un autre diagnostic qu'un SCA ST+ ; ● patient victime d'un SCA au cours d'une hospitalisation ; ● patient pour lequel l'ECG qualifiant a eu lieu plus de 12h après le début des symptômes ; ● patient pour lequel le délai entre le début des symptômes et l'ECG qualifiant est impossible à déterminer à partir des données disponibles dans leurs dossiers.

Population IDM à la sortie

Critères d'inclusion	Séjours hors séances d'au moins un jour au cours desquels le patient n'est pas décédé et comportant un code CIM 10 d'IDM en diagnostic principal (codes I21.0x à I21.9x et I22.xx).
Critères d'exclusion	● Séances sélectionnées à partir des GHM relevant de la Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances. ● Séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie. ● Séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissements réalisée en tant qu'établissement prestataire. ● Séjours avec mode de sortie par transfert vers une unité de soins de courte durée (MCO). ● Séjours avec un GHM erreur.

Présentation des résultats

Les résultats nationaux sont des moyennes pondérées à l'activité de l'ES ou des délais médians.

Une comparaison inter-ES avec classement des ES par rapport à une référence nationale (seuil de performance) est réalisée pour les indicateurs diffusés publiquement.

Pour chaque indicateur, sont présentés la description de l'indicateur (numérateur, dénominateur), l'analyse nationale des résultats et les principaux constats.

Pour chaque indicateur, dans la partie analyse nationale, un tableau présente :

- à titre informatif, pour l'ensemble des dossiers analysés :
 - le nombre d'établissements ayant participé au recueil,
 - le nombre de dossiers inclus,
 - la médiane brute ;
- pour les ES avec plus de 10 dossiers, base de calcul des indicateurs nationaux :
 - le nombre d'établissements,
 - le nombre de dossiers inclus ;
 - le minimum ;
 - le maximum ;
 - le premier quartile (où se situent 25 % des ES) ;
 - le résultat national calculé au niveau ES (moyenne pondérée à l'activité⁶ ou délai médian⁷) ;
 - le troisième quartile (où se situent 75 % des ES).

La méthode détaillée du recueil, du calcul et de l'analyse des indicateurs est présentée en [annexe I](#).

Pour les indicateurs diffusés publiquement, le pourcentage des ES ayant un résultat supérieur ou égal à l'objectif national de performance est rapporté. Pour tous les indicateurs, la distribution des ES par rapport à la moyenne nationale est présentée dans la partie dédiée.

Résultats complémentaires : La distribution des résultats des indicateurs par région et par catégorie d'ES ainsi que le résultat des indicateurs complémentaires SCA ST+ sont rapportés pour information en [annexe II](#). Une réflexion est en cours concernant les méthodes pour assurer la comparabilité inter-régionale des résultats.

Analyse descriptive de la population

Le recueil obligatoire concerne les 404 ES éligibles qui ont pris en charge plus de 10 séjours codés infarctus du myocarde lors de l'année 2012. Le recueil national s'est déroulé d'avril à juillet 2013.

Pour cette campagne, sur 404 ES éligibles au recueil, le taux de répondants est de 96 %. Les 19 ES n'ayant pas réalisé ou finalisé le recueil sont considérés « non répondants ».

Parmi les 387 ES répondants (385 ES obligatoires + 2 ES non obligatoires), 52,2 % (202 ES) ont rapporté une autorisation de cardiologie interventionnelle.

Pour 85 % (329 ES) des ES un cardiologue a participé au recueil.

23 912 dossiers de patients ont été tirés au sort sur l'année 2012. Parmi les 23 912 dossiers tirés au sort, 5 % comportaient une incohérence PMSI et 1,7 % n'ont pas été retrouvés, 18 dossiers n'étaient pas mobilisables⁸ pour réaliser l'enquête. Ainsi 22 288 dossiers ont été évalués par les 387 ES.

Exclusions : 1,6 % de ces dossiers ont été exclus car il s'agissait de patients en fin de vie (avec trace d'une abstention thérapeutique décidée avec la famille).

Les ES avec plus de 10 dossiers ont fait l'objet du calcul des indicateurs de type délai médian ou moyenne nationale, sauf pour le score tenue du dossier SCA ST+ qui est calculé pour les ES avec plus de 30 dossiers.

6. Le calcul de la moyenne nationale pondérée tient compte de l'activité des ES (nombre de séjours codés en diagnostic principal IDM par an et par ES)

7. Le délai médian permet de conclure que les patients sont pris en charge dans ce délai dans la moitié des ES pour lesquels l'indicateur a été calculé. La méthode actuelle de calcul de l'indicateur ne permet pas de classement inter-ES.

8. Le dossier est non mobilisable lorsque le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées à des fins autres que sa prise en charge.

Tableau 2. Nombre d'établissements pris en compte pour le calcul des indicateurs – Campagne 2013

Indicateurs	Nbre d'ES avec effectif n > 10 (ou 30 dossiers*)
Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction Partie 1 : pour les patients admis directement en salle de coronarographie ou en service de cardiologie	121
Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction Partie 2 : pour les patients admis par les Urgences	31
Administration d'antiagrégants plaquettaires à la phase aiguë	226
Tenue du dossier patient pris en charge pour un SCA ST+*	121
Score agrégé des indicateurs évaluant les prescriptions médicamenteuses (BASI)	362
Prescription appropriée d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel après un infarctus	362
Prescription appropriée de bêtabloquant après un infarctus	362
Mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche	362
Prescription appropriée d'inhibiteur d'enzyme de conversion (IEC) ou d'Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II (ARA 2) après un infarctus	176
Prescription appropriée de statine après un infarctus	362
Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques	362
Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé	362
Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac	231

* Le calcul de la moyenne pour le score tenue du dossier patient est réalisé dans les ES avec plus de 30 dossiers.

Informatisation des dossiers IDM analysés

Au total, l'analyse nationale a porté sur 21 924 dossiers, dont 14 % sont totalement et 75 % partiellement informatisés.

Éléments informatisés dans les dossiers par ordre de fréquence décroissante (taux calculés sur l'ensemble des dossiers IDM analysés) :

- courrier de fin d'hospitalisation n = 13 414 (78 %) ;
- examens complémentaires n = 11 199 (68 %) ;
- compte-rendu opératoire n = 10 484 (64 %) ;
- prescriptions médicamenteuses n = 9 042 (57 %) ;
- dossier de soins n = 4 165 (34 %) ;
- observations médicales n = 3 961 (33 %).

Deux populations analysées

Populations analysées : à partir du tirage au sort des dossiers codés IDM, deux populations ont été distinguées :

- **Les SCA ST+ à la phase aiguë** identifiés au travers d'un certain nombre de questions filtres en début de questionnaire⁹ représentent 11 744 dossiers analysés.

Parmi eux, 8 188 dossiers (au total 41 % des dossiers codés IDM) ont été conservés pour le recueil des indicateurs. Les exclusions du calcul des indicateurs sont : 23 % des SCA ST+ pris en charge au-delà de 12 heures ou délai de prise en charge non estimable, 5 % des SCA survenus en intra-hospitalier, et 2 % décédés dans les premières 24 heures.

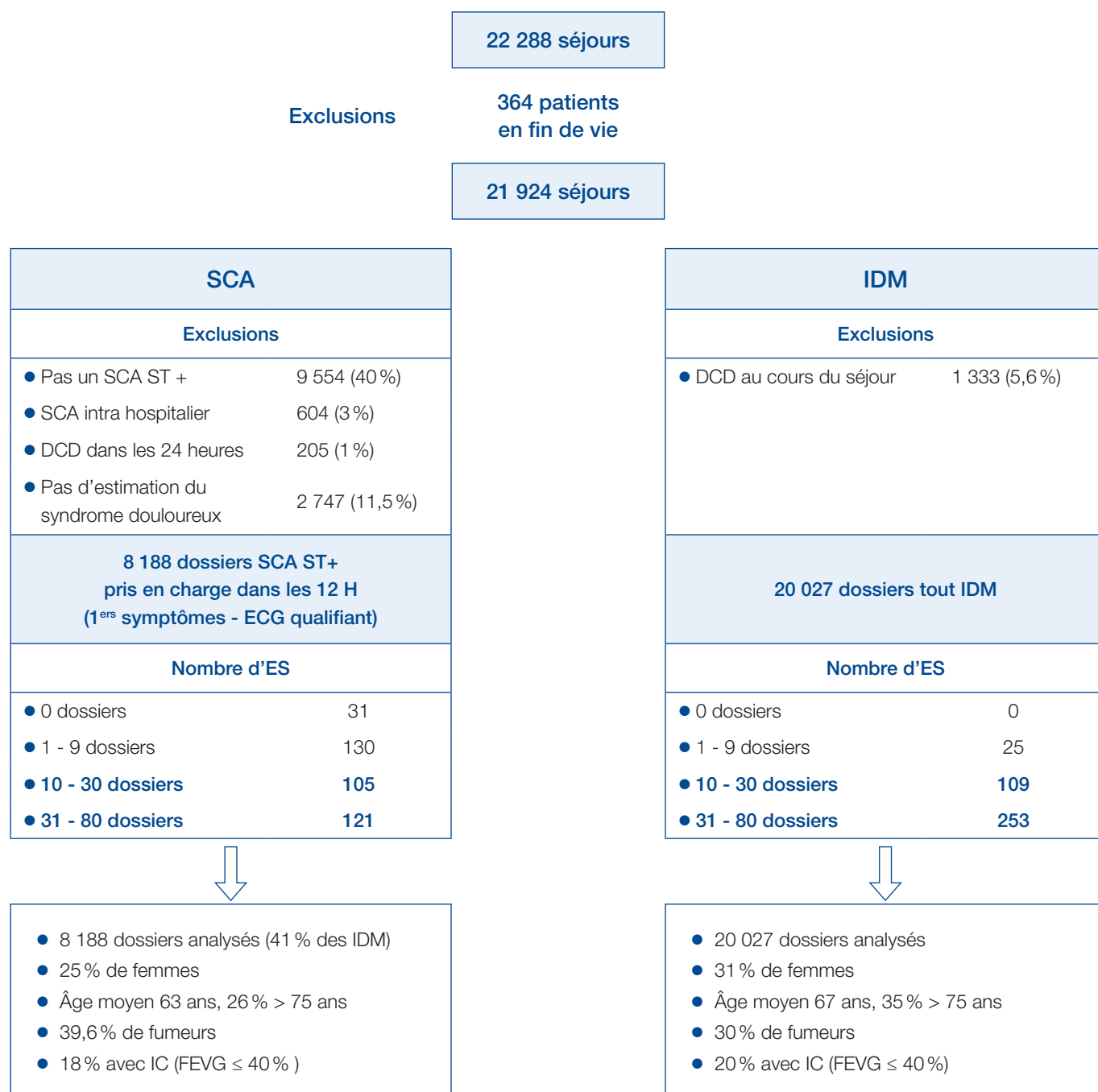
9. Les exclusions réalisées au moment du recueil sont : patient avec un autre diagnostic qu'un SCA ST+ ; patient victime d'un SCA au cours d'une hospitalisation ; patient pour lequel l'ECG qualifiant a eu lieu plus de 12 h après le début des symptômes ; patient pour lequel le délai entre le début des symptômes et l'ECG qualifiant est impossible à déterminer à partir des données disponibles dans leurs dossiers.

- **Les IDM (SCA ST+ et autres IDM) à la sortie** de l'établissement représentent 20 027 dossiers analysés.

La synthèse de chacune des deux populations/séjours analysés ainsi que le pourcentage de femmes, l'âge moyen, le pourcentage de fumeurs et d'insuffisants cardiaques ($FEVG \leq 40\%$) sont rapportés dans la figure X.

La répartition détaillée âge-sexe figure dans les résultats complémentaires en [annexe II](#).

Figure 1. Synthèse de la population analysée – Campagne 2013 – Données 2012



Taux national de reperfusion

Taux national de reperfusion : 90 % des patients SCA ST+ pris en charge dans les 12 premières heures qui suivent le début des symptômes sont reperfusés, dont 86 % par angioplastie primaire et 14 % par thrombolyse.

Mode d'entrée dans l'établissement et de transport

Pour les patients admis pour un SCA ST+, 47 % sont entrés directement en salle de coronarographie et seraient donc dans la filière d'urgence recommandée, et 35 % ont été admis par les urgences.

Le mode de transport est le SMUR pour 70 % des patients.

Mode d'entrée	Pourcentage
Directe en salle de coronarographie	47 %
Urgences	35 %

Mode d'entrée	Pourcentage
Service de cardiologie	16 %
Indéterminé	2 %

Indicateurs « SCA ST+ à la phase aiguë »

Indicateur « Délai entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction »

Description

Cet indicateur est divisé en deux parties suivant le mode d'entrée dans le parcours de prise en charge : soit directement en salle de coronarographie ou en service de cardiologie, soit via le service des Urgences.

Mesure	Partie 1 : Délai médian entre l'heure d'arrivée dans l'établissement et l'heure de la réalisation de la ponction, en phase aiguë, pour les patients admis directement en salle de coronarographie ou en service de cardiologie. Partie 2 : Délai médian entre l'heure d'arrivée dans l'établissement et l'heure de la réalisation de la ponction, en phase aiguë, pour les patients admis par les Urgences.
Recommandations ^{10,11}	« Il est démontré aujourd'hui que la reperfusion coronaire précoce à la phase aiguë de l'IDM contribue largement à améliorer le pronostic des patients. La relation entre le bénéfice pronostique et la précocité de la reperfusion a été établie, et cela quel que soit le moyen thérapeutique de la reperfusion. [...] Le choix de la stratégie de reperfusion d'un SCA ST+ est fonction de plusieurs paramètres. La pierre angulaire de cette stratégie est la réduction du temps écoulé depuis le début de la symptomatologie jusqu'à la reperméabilisation coronarienne. » La reperfusion coronaire précoce contribue à améliorer le pronostic des patients. L'organisation de l'établissement pour la prise en charge du patient entre son arrivée et la ponction de coronarographie peut influencer ce délai. Le diagnostic n'étant pas encore établi pour les patients admis par les urgences lors de leur arrivée dans l'établissement, il a été décidé de distinguer les patients admis directement en salle de coronarographie probablement via le parcours d'urgence recommandé ou en service de cardiologie, de ceux admis par les urgences.

Analyse nationale

Le délai national médian « arrivée dans l'établissement – ponction » quel que soit le mode d'entrée est présenté pour information. La méthode actuelle de calcul ne permet pas de comparaison inter-établissements.

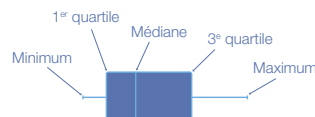
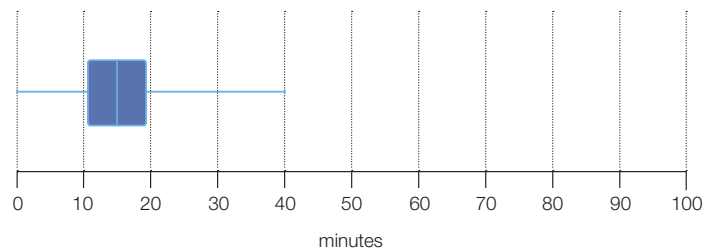
Pour la moitié des patients SCA ST+ pris en charge dans les 12 heures, le délai entre l'hospitalisation et la réalisation d'une ponction en vue de la reperfusion par angioplastie primaire est de 23 minutes. Le délai médian national a été calculé dans 75 % des dossiers. Il semble optimal au regard des recommandations¹¹.

10. European Society of Cardiology, Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom-Lundqvist C, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J 2012;33(20):2569-619.

11. American College of Cardiology Foundation, American Heart Association, Society for Cardiovascular Angiography, Levine GN, Bates ER, Blankenship JC, et al. 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention. Circulation 2011;124(23):e574-e651.

Tableau 3 et Graphique 2. Indicateur « Partie 1 : Délai entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction pour les patients admis directement en salle de coronarographie ou en service de cardiologie » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013

	Date des séjours	2012
Ensemble des dossiers analysés	Nbre d'ES	189
	Nbre de dossiers	3358
	Médiane brute	0h15
ES avec plus de 10 dossiers	Nbre d'ES	121
	Nbre de dossiers	2627
	Min ES	0
	Max ES	0h40
	1 ^{er} quartile	0h11
	Délai médian ES	0h15
	3 ^e quartile	0h19

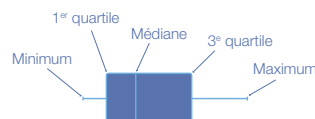
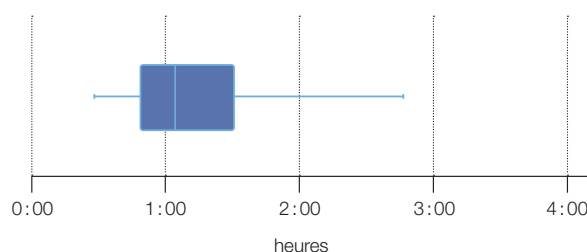


Le délai national médian est calculé pour les ES avec plus de 10 dossiers inclus comportant les informations dates et horaires requises.

L'admission directe en centre de cardiologie interventionnelle correspond au parcours d'urgence recommandé « appel du SAMU - SMUR - transfert direct en CCI ». Pour la moitié des patients SCA ST+ pris en charge dans les 12 heures dans ce parcours, le délai entre l'hospitalisation et la réalisation d'une ponction en vue de la reperfusion par angioplastie primaire est de 15 minutes. Ce délai semble optimal sachant que le délai recommandé entre l'admission et la montée du ballonnet doit être au plus de 60 minutes.

Tableau 4 et Graphique 3. Indicateur « Partie 2 : Délai entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction pour les patients admis par les Urgences » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013

	Date des séjours	2012
Ensemble des dossiers analysés	Nbre d'ES	207
	Nbre de dossiers	1 324
	Médiane brute	1 h30
ES avec plus de 10 dossiers	Nbre d'ES	31
	Nbre de dossiers	482
	Min ES	0h27
	Max ES	2 h48
	1 ^{er} quartile	0h52
	Délai médian ES	1 h05
	3 ^e quartile	1 h27



L'admission par les urgences multiplie par 4 le délai entre l'hospitalisation et la réalisation d'une ponction en vue de la reperfusion par angioplastie primaire. Ce délai d'1 h05 doit pouvoir être diminué.

Pour les 6302 dossiers de patients ayant eu une coronarographie, le délai (date et heure) entre l'arrivée dans l'ES et la ponction était renseigné dans 75 % des dossiers.

Principaux constats sur les résultats

- 25 % des dossiers SCA ST+ ont été exclus de l'analyse nationale à cause de données date et/ou horaire non tracées.
- Le délai national médian est de 23 minutes tous parcours confondus. Pour les patients pris en charge dans le parcours d'urgence recommandé, identifié par un transfert direct en centre de cardiologie interventionnelle, le délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction est de 15 minutes. Ces résultats sont optimaux au regard des recommandations. Ce délai est significativement augmenté dans les autres parcours, et est multiplié par 4 si le patient passe par les urgences.
- 14 % des patients ont eu une thrombolyse en première intention (exclus du calcul du délai).

Indicateur « Administration d'antiagrégants plaquettaires à la phase aiguë »

Description

Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels est retrouvée dans le dossier une administration d'aspirine associée à un autre antiagrégant plaquettaire* à dose recommandée, au maximum dans les 24 h suivant le premier contact médical.										
Dénominateur	Nombre total de séjours inclus.										
Recommandations^{12,13}	D'après les recommandations, les molécules et doses recommandées sont les suivantes : <table> <tr> <th>Antiagrégants</th><th>Doses recommandées</th></tr> <tr> <td>Aspirine</td><td> • 150 et 500 mg selon la voie d'administration et le type de reperfusion </td></tr> <tr> <td>Clopidogrel</td><td> • Angioplastie primaire : 300 mg minimum • Thrombolyse : ▶ 300 mg, âge < 75 ans ▶ 75 mg, âge > 75 ans • Absence de thérapie de reperfusion : 75 mg </td></tr> <tr> <td>Prasugrel</td><td> • 60 mg, âge < 75 ans </td></tr> <tr> <td>Ticagrelor</td><td> • 180 mg </td></tr> </table> Le groupe de travail qui a validé l'indicateur a décidé de ne pas prendre en compte la recherche de la dose recommandée d'aspirine pour l'évaluation de la prescription appropriée.	Antiagrégants	Doses recommandées	Aspirine	• 150 et 500 mg selon la voie d'administration et le type de reperfusion	Clopidogrel	• Angioplastie primaire : 300 mg minimum • Thrombolyse : ▶ 300 mg, âge < 75 ans ▶ 75 mg, âge > 75 ans • Absence de thérapie de reperfusion : 75 mg	Prasugrel	• 60 mg, âge < 75 ans	Ticagrelor	• 180 mg
Antiagrégants	Doses recommandées										
Aspirine	• 150 et 500 mg selon la voie d'administration et le type de reperfusion										
Clopidogrel	• Angioplastie primaire : 300 mg minimum • Thrombolyse : ▶ 300 mg, âge < 75 ans ▶ 75 mg, âge > 75 ans • Absence de thérapie de reperfusion : 75 mg										
Prasugrel	• 60 mg, âge < 75 ans										
Ticagrelor	• 180 mg										

* En plus du clopidogrel et du prasugrel (Effient), le ticagrelor (Brilique) est pris en compte dans la liste des antiagrégants recommandés dans le traitement des Syndromes Coronariens Aigus. Après la campagne nationale de recueil des indicateurs SCA ST+, une recommandation HAS ANSM validant l'utilisation de ces 4 molécules à la phase aiguë est parue en 2013¹⁴.

12. European Society of Cardiology, Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom-Lundqvist C, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J 2012;33(20):2569-619.

13. Haute Autorité de Santé. EFIENT 10 mg, comprimés pelliculés. Laboratoire LILLY. Prasugrel chlorhydrate. Avis de la commission de la transparence du 22 juillet 2009. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/efient_-_ct-6544.pdf ; Haute Autorité de Santé. DUOPLAVIN 75 mg/75 mg, comprimé pelliculé. Laboratoires SANOFI AVENTIS France : clopidogrel / acide acétylsalicylique. Avis de la commission de la transparence du 21 juillet 2010. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-08/duoplavin_-_ct-8086.pdf ; Haute Autorité de Santé. BRILIQUE 90 mg, comprimés pelliculés. Laboratoire AstraZeneca. Avis de la commission de la transparence du 19 octobre 2011. Saint Denis la Plaine: HAS; 2011.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/brilique_07-12-2011_avis_ct10968.pdf

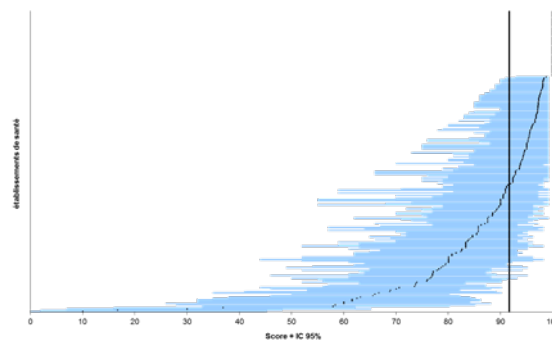
14. Haute Autorité de Santé, Société française de rhumatologie. Antiagrégants plaquettaires : prise en compte des risques thrombotique et hémorragique pour les gestes percutanés chez le coronarien Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-12/argumentaire_antiagregants_plaquettaires_-_gestes_percutanes.pdf

Analyse nationale

Tableau 5 et Graphique 4. Indicateur « Administration d'antiagrégants plaquettaires à la phase aiguë » – Statistiques descriptives et variabilité nationale¹⁵ en 2013

	Date des séjours	2012
Ensemble des dossiers analysés	Nbre d'ES	356
	Nbre de dossiers	8 188
	Moyenne brute	90 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nbre d'ES	226
	Nbre de dossiers	7 669
	Min ES	10 %
	Moyenne pondérée ES	91,7 %
	Max ES	100 %
	1 ^{er} quartile	88,4 %
	Médiane	95,2 %
	3 ^e quartile	98,7 %



Seuls les établissements avec plus de 10 dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale pondérée. Le calcul de la moyenne nationale pondérée tient compte de l'activité des ES (nombre de séjours codés en diagnostic principal IDM par an et par ES).

Tableau 6. Indicateur « Administration d'antiagrégants plaquettaires à la phase aiguë » – Causes de non-conformités* de l'indicateur

N total = 7 669	N non conformes
Administration d'aspirine non retrouvée en l'absence de CI, discussion bénéfice risque ou refus	58
Administration d'aspirine plus de 24h suivant le 1 ^{er} contact médical	52
Administration de clopidogrel/prasugrel non retrouvée en l'absence de CI, discussion bénéfice risque ou refus	162
Administration de clopidogrel/prasugrel plus de 24h suivant le 1 ^{er} contact médical	103
Dose de charge de l'autre antiagrégant plaquettaire administrée non conforme aux recommandations	543

* Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformités.

Principaux constats sur les résultats

- La moyenne nationale d'administration d'antiagrégants plaquettaires à la phase aiguë est pour cette première campagne de recueil de 91,7 %.
- La principale cause de non-conformité pour cet indicateur concerne la dose de charge recommandée dans l'administration d'un autre antiagrégant plaquettaire. Elle concerne 543 dossiers sur 7 669. Une analyse plus fine par les ES concernés est nécessaire pour interpréter ce résultat au regard des caractéristiques des patients et des recommandations.

15. Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

Indicateur « Tenue du dossier patient pris en charge pour un SCA ST+ »

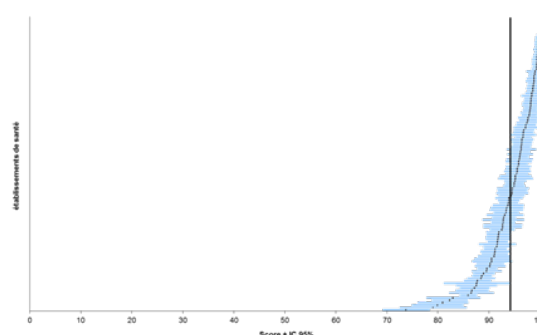
Description

Numérateur	Nombre de critères conformes pour chaque dossier. ● Facteurs de risque / Antécédents coronariens à l'admission ● Tension artérielle à l'admission ● Fréquence cardiaque à l'admission ● ECG qualifiant horodaté ● Évaluation de la douleur avec une échelle à l'admission ● Mode d'entrée dans la filière hospitalière ● Recherche à l'admission de l'heure de début des symptômes tracée ● Compte rendu opératoire en cas d'angioplastie avec type de stent utilisé (le cas échéant)
Dénominateur	Nombre de critères évalués et applicables pour chaque dossier.
Recommandations^{16,17}	« La bonne tenue du dossier du patient contribue à la continuité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la qualité de la pratique professionnelle. Le dossier est également un support privilégié de l'évaluation des pratiques. Il est enfin un outil d'enseignement et de recherche pour les professionnels de santé. Pour ces raisons, l'amélioration du dossier est une thématique constante des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins dans les établissements de santé. » Les 8 critères retenus de conformité du dossier d'un patient hospitalisé pour un SCA ST+ ont été validés par le groupe de travail.

Analyse nationale

Tableau 7 et Graphique 5. Indicateur « Tenue du dossier patient pris en charge pour un SCA ST+ » – Statistiques descriptives et variabilité nationale¹⁸ en 2013

	Date des séjours	2012
Ensemble des dossiers analysés	Nbre d'ES	356
	Nbre de dossiers	8188
	Moyenne brute	93 %
ES avec plus de 30 dossiers	Nbre d'ES	121
	Nbre de dossiers	5626
	Min ES	73,7 %
	Moyenne pondérée ES	94,2 %
	Max ES	100 %
	1 ^{er} quartile	91,7 %
	Médiane	95,5 %
	3 ^e quartile	98,3 %



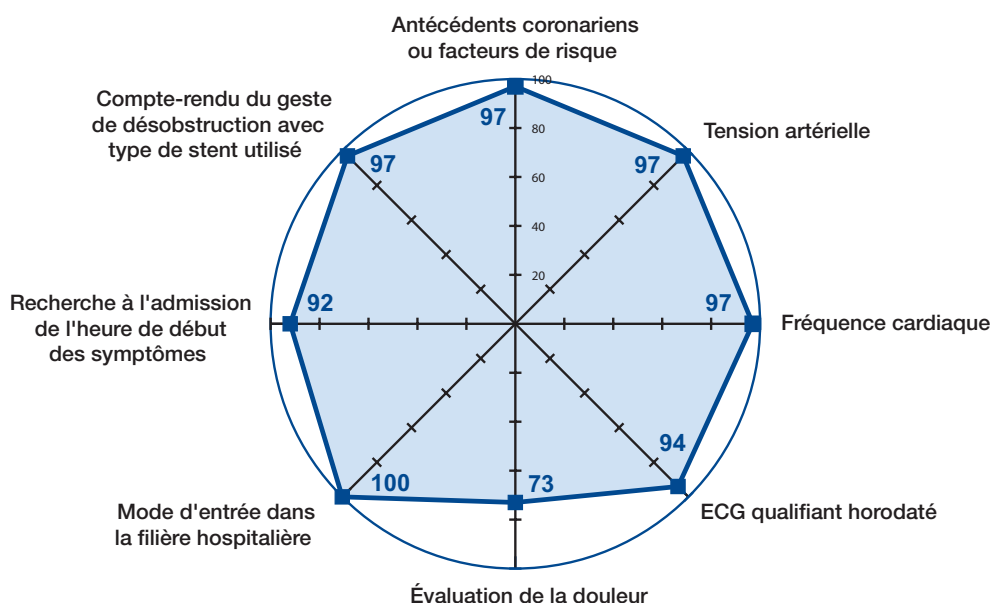
Seuls les établissements avec plus de 30 dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale pondérée. Le calcul de la moyenne nationale pondérée tient compte de l'activité des ES (nombre de séjours codés en diagnostic principal IDM par an et par ES).

16. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient, réglementation et recommandations. Paris: ANAES; 2003. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_-_fascicule_1_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf.

17. Société française d'anesthésie et de réanimation, Société française de médecine d'urgence, Vivien B, Adnet F, Bounes V, Cheron G, et al. Sédation et analgésie en structure d'urgence (Réactualisation de la Conférence d'experts de la Sfar de 1999). Ann Fr Anesth Reanim 2010;29(12):934-49.

18. Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

Graphique 6. Critères composant l'indicateur « Tenue du dossier patient pris en charge pour un SCA ST+ »



Principaux constats sur les résultats

- La moyenne nationale du score composite tenue du dossier patient pris en charge pour un SCA ST+ est pour cette première campagne de recueil égale à 94,2 %.
- 82 % des ES ont une moyenne $\geq$ à cette moyenne nationale.
- 73 % des dossiers ont une trace de l'évaluation de la douleur avec une échelle.
- La recherche de l'heure du début des symptômes n'est pas tracée dans 8 % des dossiers et l'heure et date de l'ECG qualifiant dans 6 % des dossiers.

Parcours SCA ST+ : des 1^{ers} signes à la reperfusion

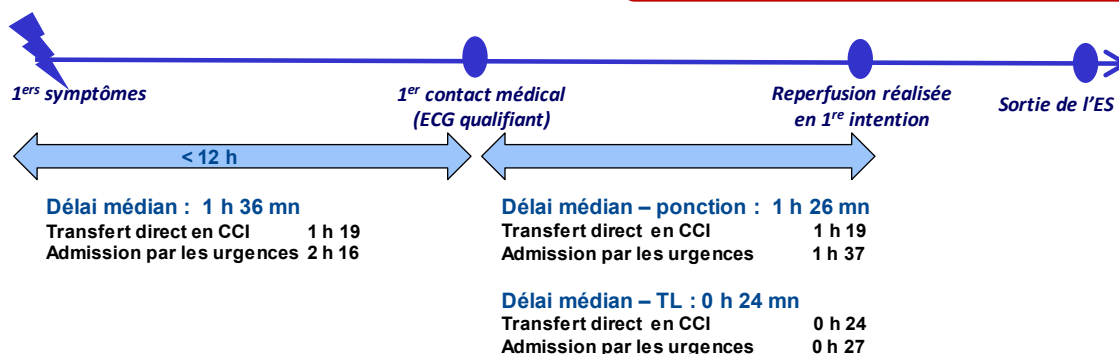
Les informations recueillies par les établissements de santé dans la base QUALHAS pour renseigner les trois indicateurs nationaux obligatoires SCA ST+ lors de la campagne 2013 ont été utilisées pour l'analyse descriptive d'indicateurs clés du parcours de prise en charge des SCA ST+, des premiers signes à la reperfusion. Ces éléments ont été sélectionnés en lien avec les professionnels concernés sur la base des recommandations en vigueur, adaptés aux pratiques en France :

- délai premiers symptômes – ECG qualifiant ;
- délai premiers symptômes – reperfusion (toute modalité, par TL, par angioplastie) ;
- délai ECG q – reperfusion (toute modalité, par TL, par angioplastie) ;
- taux de reperfusion (toute modalité, par TL, par angioplastie) ;
- durée de séjour ;
- analyse tous parcours, comparaison parcours d'urgence recommandé vs autres parcours.

Les résultats de ces indicateurs sont synthétisés dans le schéma suivant et décrits en détail dans l'[annexe III](#).

8 188 dossiers SCA ST+
Données 2012 – Campagne 2013

90 % de patients reperfusés,
14 % par thrombolyse & 86 % par angioplastie



Une deuxième étude du parcours SCA ST+ centré patient a été réalisée par la HAS sur les 4 637 dossiers SCA ST+ de moins de 12 heures comprenant tous les éléments du parcours tracés (notamment dates et horaires). Ainsi 23 % des dossiers éligibles ont été exclus de cette étude (et du calcul des indicateurs) pour non traçabilité des informations relatives aux dates et/ou horaires.

Cette étude a permis rétrospectivement d'évaluer la qualité du parcours de ces patients, et ce des premiers signes à la sortie sur quatre points clés : premiers symptômes, ECG qualifiant, reperfusion coronaire et prescription du traitement recommandé BASI à la sortie. Cette étude a été présentée aux 25^{es} Journées européennes de la Société Française de Cardiologie le 17 janvier 2014. www.jesfc.org/fr/le-programme.html.

Le parcours SCA ST+ centré patient peut être évalué rétrospectivement des premiers symptômes à la sortie sur les indicateurs phares validés à l'international, sur les données disponibles dans Qualhas lors des campagnes nationales de recueil sur le thème. La faisabilité de cette évaluation repose en grande partie sur la traçabilité des dates/horaires et modalités de prise en charge. Elle présente notamment un intérêt pour le benchmarking local et régional autour d'indicateurs communs basés sur des références valides ayant démontré leur impact sur la morbi-mortalité par infarctus.

Globalement les résultats chez ces patients pris en charge dans les 12 heures sont bons, avec notamment des taux de reperfusion importants. Cependant, des marges d'améliorations existent notamment pour :

- augmenter le taux des patients SCA ST+ pris en charge dans les 12 heures ;
- réduire le délai entre les premiers symptômes et le premier contact médical ;
- augmenter le taux de patients pris en charge dans le parcours optimal ;
- réduire le délai admission - premier contact médical et premier contact - reperfusion lorsque le patient se présente aux urgences.

Les résultats obtenus confortent :

- l'efficacité du parcours d'urgence recommandé en termes de délais et taux de reperfusion, pour un gain démontré en qualité de vie (réduction significative de la morbi-mortalité) ;
- la nécessité de communiquer sur les signes d'infarctus et l'appel au 15 en première intention en cas de survenue de ces signes.

Indicateurs « IDM à la sortie »

Indicateur « Score agrégé des indicateurs évaluant les prescriptions médicamenteuses (BASI) »

Description

L'indicateur, présenté sous la forme d'un score sur 100, évalue la prescription appropriée de quatre molécules à la sortie de l'établissement de santé. Toute prescription tracée ou non-prescription justifiée (contre-indication, balance bénéfice risque, refus du patient) est considérée comme une prescription appropriée.

Un patient ayant fait un infarctus du myocarde doit avoir un suivi régulier pour prévenir les complications, identifier et contrôler les facteurs de risque et améliorer ainsi la qualité de vie post-IDM. Ce suivi comporte notamment la prise du traitement médicamenteux BASI recommandé (B pour bêtabloquant, A pour antiagrégant plaquettaire, S pour statine et I pour inhibiteur de l'enzyme de conversion), qui doit être prescrit à la sortie de l'hôpital.

Pour chaque dossier, il est recherché la prescription de ces quatre traitements ou la justification de la non-prescription (cotation à 1). Les justifications acceptées sont : contre-indication (liste à cocher), discussion bénéfice risque, ou refus du patient tracé. En cas de non prescription et d'absence de justification pour un seul des traitements, le dossier est coté à 0. Un score global est calculé par établissement.

L'indicateur est satisfait si dans chaque dossier, il est retrouvé :

- la prescription appropriée de bêtabloquant à l'issue du séjour ;
- la prescription appropriée d'aspirine et de clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor à l'issue du séjour ;
- la prescription appropriée de statine à l'issue du séjour ;
- la prescription appropriée d'inhibiteur de l'enzyme de conversion ou d'antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II à l'issue du séjour pour les patients dont la FEVG est $\leq$ à 40 %.

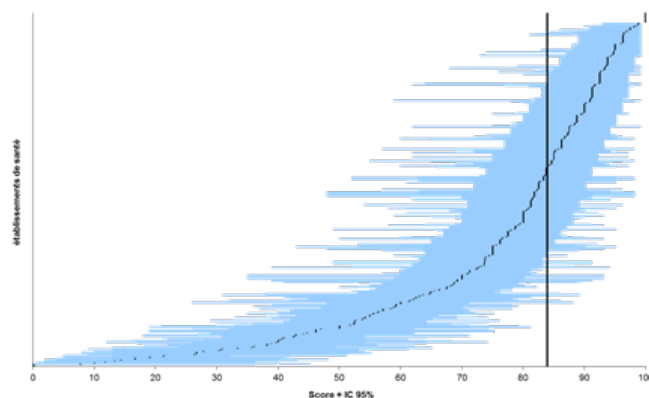
Numérateur	Nombre de dossiers pour lesquels le patient a fait l'objet d'une prescription pour l'ensemble des quatre traitements concernés ou de non prescription justifiée.
Dénominateur	Nombre total de séjours inclus d'IDM

Le résultat de cet indicateur est diffusé publiquement sur le site Scope Santé. Cette diffusion est accompagnée de références et notamment du positionnement par rapport à un objectif de performance nationale à atteindre. Pour le score BASI, cet objectif fixé en lien avec les professionnels de santé concernés est de 90 %, c'est-à-dire que pour tous les ES éligibles, au moins neuf patients sur dix doivent sortir avec une prescription appropriée de ces quatre molécules.

Analyse nationale

Tableau 8 et Graphique 7. Indicateur « Score agrégé des indicateurs évaluant les prescriptions médicamenteuses (BASI) » – Statistiques descriptives et variabilité nationale¹⁹ en 2013

	Date des séjours	2012
Ensemble des dossiers analysés	Nbre d'ES	387
	Nbre de dossiers	20027
	Moyenne brute	80 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nbre d'ES	362
	Nbre de dossiers	19825
	Min ES	0 %
	Moyenne pondérée ES	84 %
	Max ES	100 %
	1 ^{er} quartile	80 %
	Médiane	87,3 %
	3 ^e quartile	93,3 %



Seuls les établissements avec plus de dix dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale pondérée. Le calcul de la moyenne nationale pondérée tient compte de l'activité des ES (nombre de séjours codés en diagnostic principal IDM par an et par ES). La méthode de calcul du score agrégé est le « *all or none* ». Le score global est coté 1 si la prescription ou l'absence de prescription justifiée est retrouvée pour chacun des quatre traitements.

	Objectif national de performance à 90 %						
Années données	Classe A « + »		Classe B « = »		Classe C « - »		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2012	16	4,4	202	55,8	144	39,8	362

La classe A contient les ES qui ont dépassé l'objectif de performance de 90 %. Dans la classe B se trouvent ceux qui ont atteint cet objectif, et ceux qui ont un score inférieur se trouvent dans la classe C.

Principaux constats sur les résultats

- La moyenne nationale pondérée de prescriptions médicamenteuses appropriées BASI à la sortie des patients ayant eu un infarctus du myocarde est de 84 %.
- 60 % des ES ont une moyenne de prescription BASI à la sortie $\geq$ à l'objectif national de performance de 90 % (Classes A et B).

19. Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

Indicateur « Prescription appropriée d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel après un infarctus »

Description

L'indicateur est satisfait si une prescription d'aspirine et de clopidogrel, de prasugrel ou de ticagrelor ou une absence de prescription justifiée est retrouvée à la sortie.

Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels le patient : ● a fait l'objet d'une prescription d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel à l'issue du séjour (ordonnance de sortie) en l'absence de contre-indication à l'aspirine et au clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor ; OU ● a fait l'objet d'une prescription d'aspirine (ordonnance de sortie) et présente une contre-indication au clopidogrel, au prasugrel ou ticagrelor ; OU ● a fait l'objet d'une prescription de clopidogrel ou de prasugrel ou de ticagrelor (ordonnance de sortie) et présente une contre-indication à l'aspirine ; OU ● présente une contre-indication à l'aspirine et au clopidogrel, prasugrel et ticagrelor.
Dénominateur	Nombre total de séjours inclus d'IDM.
Recommandations ^{20,21,22,23}	« L'aspirine [...] a fait la preuve de son efficacité ; [...] le bénéfice apporté concerne surtout le risque d'accident coronaire majeur ou d'accident vasculaire cérébral ; l'aspirine diminue également la mortalité, mais à la limite de la signification statistique, dans un seul essai. [...] après un IDM, le bénéfice de l'aspirine est conservé pour des doses plus faibles (inférieures à 300 mg), qui sont par ailleurs mieux tolérées. » Dans sa conférence de consensus, la HAS recommandait de prescrire du clopidogrel : « Le clopidogrel est recommandé à la phase précoce d'un syndrome coronarien aigu ST+, en association avec l'aspirine ou seul si celle-ci est contre-indiquée (grade A). La posologie initiale recommandée est une dose de charge de 300 mg per os pour les patients de moins de 75 ans, et de 75 mg pour les patients de plus de 75 ans ». En plus du clopidogrel, le prasugrel et le ticagrelor sont pris en compte dans la liste des antiagrégants recommandés dans le traitement des Syndromes Coronariens Aigus.

20. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Haute Autorité de Santé. Bon usage des agents antiplaquettaires. Saint-Denis: ANSM; 2012. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Recommandations-ANSM-HAS-Bon-usage-des-agents-antiplaquettaires-Point-d-information>.

21. European Society of Cardiology, Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom-Lundqvist C, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J 2012;33(20):2569-619.

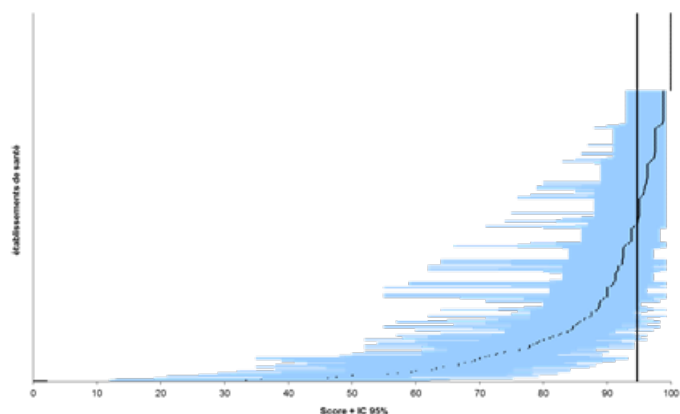
22. Haute Autorité de Santé, SAMU de France, Société francophone de médecine d'urgence, Société française de cardiologie, Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie. Conférence de consensus, 23 novembre 2006. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. www.sfm.org/documents/consensus/cdc_idm_aigu-reco_longues-version_corrigee_avril_2007.pdf.

23. European Society of Cardiology, Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2011;32(23):2999-3054.

Analyse nationale

Tableau 9 et Graphique 8. Indicateur « Prescription appropriée d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel après un infarctus » – Statistiques descriptives et variabilité nationale²⁴ en 2013

	Date des séjours	2012
Ensemble des dossiers analysés	Nbre d'ES	387
	Nbre de dossiers	20 027
	Moyenne brute	93 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nbre d'ES	362
	Nbre de dossiers	19 825
	Min ES	0
	Moyenne pondérée ES	95 %
	Max ES	100 %
	1 ^{er} quartile	94 %
	Médiane	96 %
	3 ^e quartile	98 %



Seuls les établissements avec plus de dix dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale pondérée. Le calcul de la moyenne nationale pondérée tient compte de l'activité des ES (nombre de séjours codés en diagnostic principal IDM par an et par ES).

Principaux constats sur les résultats

- Dans 95 % des ES, les patients sortent de l'établissement avec une prescription appropriée d'aspirine et de clopidogrel ou prasugrel ou ticagrelor après un infarctus du myocarde.
- Pour 86 % des ES, cet indicateur est $\geq$ à la moyenne nationale de 95 %.

24. Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

Indicateur « Prescription appropriée de bêtabloquant après un infarctus du myocarde »

Description

L'indicateur est satisfait si une prescription de bêtabloquant ou une absence de prescription justifiée est retrouvée à la sortie.

Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels le patient : ● a fait l'objet d'une prescription de bêtabloquants à l'issue du séjour (ordonnance de sortie) en l'absence de contre-indication ; OU ● présente au moins une contre-indication relative aux bêtabloquants ET dont le dossier contient la trace d'une discussion bénéfice/risque justifiant la prescription ou non de bêtabloquants ; OU ● présente au moins une contre-indication absolue aux bêtabloquants.
Dénominateur	Nombre total de séjours inclus d'IDM.
Recommandations^{25,26}	« Tous les patients en l'absence de contre-indication (y compris en cas d'insuffisance cardiaque, sous réserve d'une surveillance étroite) sauf ceux à bas risque, doivent bénéficier d'un traitement par bêtabloquant. Le traitement doit être commencé dans les premiers jours suivant l'IDM (s'il n'a pas été mis en œuvre à la phase aiguë) et poursuivi indéfiniment. [...] Les bénéfices des bêtabloquants en termes de réduction des risques de récurrence d'IDM et de décès dépassent le risque de ce traitement, même chez des patients ayant une BPCO contrôlée (voire un asthme contrôlé), une atteinte vasculaire périphérique sévère, un intervalle PR supérieur à 0,24 s, une insuffisance cardiaque ou un diabète, [ces contre-indications relatives] peuvent être levées après une discussion bénéfice/risque, sous réserve d'une surveillance attentive. » Les récentes recommandations européennes sur les patients atteints de SCA non ST+ ont impliqué l'évolution de l'indicateur à partir de 2012. Ces recommandations ne préconisent plus obligatoirement la prescription de bêtabloquant pour les patients SCA non ST+ dont la FEVG n'est pas altérée (> 40 %). Par conséquent, le groupe de travail a validé la recherche de la conformité de l'indicateur chez tout IDM à l'exclusion des SCA non ST+ avec FEVG > 40 %.

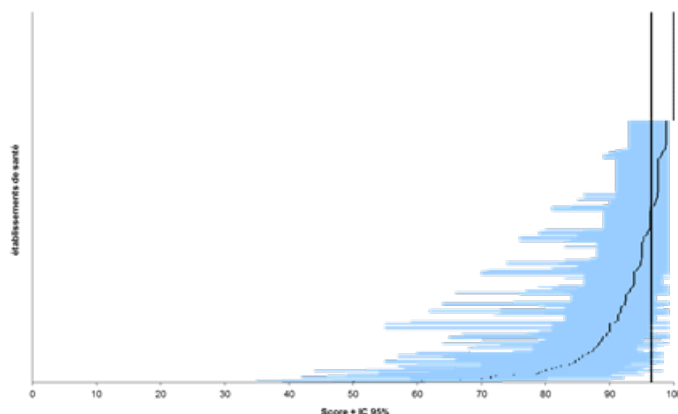
25. European Society of Cardiology, Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom-Lundqvist C, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J 2012;33(20):2569-619.

26. European Society of Cardiology, Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2011;32(23):2999-3054.

Analyse nationale

Tableau 10 et Graphique 9. Indicateur « Prescription appropriée de bêtabloquant après un infarctus » – Statistiques descriptives et variabilité nationale²⁷ en 2013

	Date des séjours	2012
Ensemble des dossiers analysés	Nbre d'ES	387
	Nbre de dossiers	20 027
	Moyenne brute	93 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nbre d'ES	362
	Nbre de dossiers	19 825
	Min ES	0
	Moyenne pondérée ES	95 %
	Max ES	100 %
	1 ^{er} quartile	94 %
	Médiane	96 %
	3 ^e quartile	98 %



Seuls les établissements avec plus de dix dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale pondérée. Le calcul de la moyenne nationale pondérée tient compte de l'activité des ES (nombre de séjours codés en diagnostic principal IDM par an et par ES).

Principaux constats sur les résultats

- La moyenne nationale de prescription appropriée de bêtabloquant après un infarctus du myocarde est de 96,5 %.

27. Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

Indicateur « Prescription appropriée d'inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou d'Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II (ARA 2) après un infarctus »

Description

Ces indicateurs évaluent la prescription appropriée d'inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) ou d'Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II (ARA 2) à l'issue du séjour ou une absence de prescription justifiée, après un IDM, si la fonction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) est altérée ($\leq 40\%$).

Ils donnent lieu au calcul de deux mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux :

- Indicateur 1 : Mesure de la FEVG au cours du séjour.
- Indicateur 2 : Résultat de la FEVG inférieur ou égal à 40 % ET prescription appropriée d'un traitement par IEC ou ARA 2 à la sortie.

Numérateur	Indicateur 1 ● Nombre de patients ayant eu une mesure de la FEVG pendant le séjour Indicateur 2 ● Nombre de patients dont la FEVG est $\leq 40\%$ ayant fait l'objet d'une prescription appropriée d'IEC ou d'ARA 2 à l'issue du séjour (ordonnance de sortie)
Dénominateur	Indicateur 1 ● Nombre de séjours inclus d'IDM Indicateur 2 ● Nombre de séjours inclus d'IDM avec une FEVG $\leq 40\%$
Recommandations^{28,29}	« Un traitement IEC à long terme doit être proposé à tous les patients à haut risque hémodynamique, c'est-à-dire ceux ayant présenté une insuffisance cardiaque clinique ou une altération de la fonction systolique ventriculaire gauche (FEVG $\leq 40\%$). »

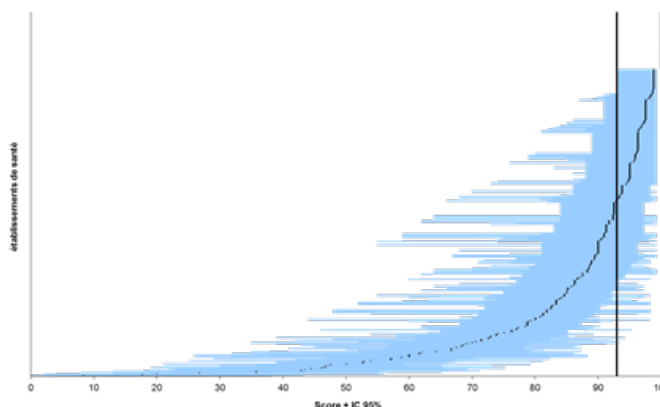
28. European Society of Cardiology, Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom-Lundqvist C, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J 2012;33(20):2569-619.

29. European Society of Cardiology, Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2011;32(23):2999-3054.

Analyse nationale

Tableau 11 et Graphique 10. Indicateur « Mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) » – Statistiques descriptives et variabilité nationale³⁰ en 2013

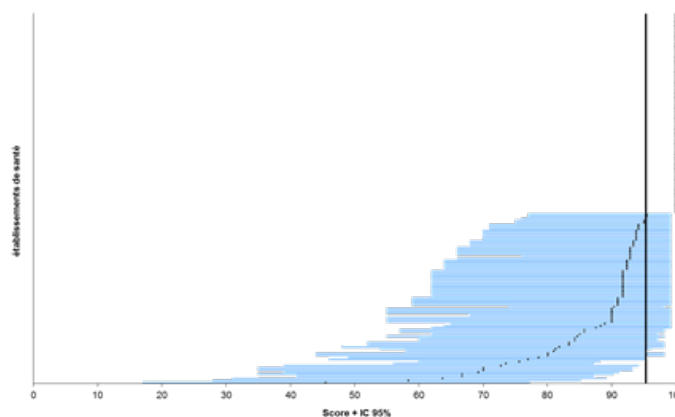
	Date des séjours	2012
Ensemble des dossiers analysés	Nbre d'ES	387
	Nbre de dossiers	20027
ES avec plus de 10 dossiers	Nbre d'ES	362
	Nbre de dossiers	19825
	Min ES	8
	Moyenne pondérée ES	93 %
	Max ES	100 %
	1 ^{er} quartile	91 %
	Médiane	96 %
	3 ^e quartile	99 %



Seuls les établissements avec plus de dix dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale pondérée. Le calcul de la moyenne nationale pondérée tient compte de l'activité des ES (nombre de séjours codés en diagnostic principal IDM par an et par ES).

Tableau 12 et Graphique 11. Indicateur « Prescription appropriée d'inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou d'Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II (ARA 2) après un infarctus » – Statistiques descriptives et variabilité nationale³¹ en 2013

	Date des séjours	2012
Ensemble des dossiers analysés	Nbre d'ES	373
	Nbre de dossiers	3631
ES avec plus de 10 dossiers	Nbre d'ES	176
	Nbre de dossiers	2659
	Min ES	45
	Moyenne pondérée ES	95 %
	Max ES	100 %
	1 ^{er} quartile	92 %
	Médiane	100 %
	3 ^e quartile	100 %



Seuls les établissements avec plus de dix dossiers inclus et dont la FEVG est inférieure à 40 % sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale pondérée. Le calcul de la moyenne nationale pondérée tient compte de l'activité des ES (nombre de séjours codés en diagnostic principal IDM par an et par ES).

30. Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

31. Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

Principaux constats sur les résultats

- La moyenne nationale pondérée de mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) est de 93 %.
- Parmi les patients avec mesure tracée de la FEVG, 20 % ont une insuffisance cardiaque (FEVG $\leq$ 40 %)
- En moyenne, 95 % des patients, dont la FEVG est altérée, sortent de l'établissement avec une prescription appropriée d'IEC ou d'ARA II après un infarctus du myocarde.

Indicateur « Prescription appropriée de statine après un infarctus »

Description

L'indicateur est satisfait si une prescription de statine ou une absence de prescription justifiée est retrouvée à la sortie.

Numérateur	Nombre de séjours pour lesquels le patient a fait l'objet d'une prescription appropriée de statine à l'issue du séjour (ordonnance de sortie), ou si : • le patient est déjà sous un autre hypolipémiant avant l'IDM ; • ou présente un taux de LDL-cholestérol inférieur à 1g/l ; • ou présente une contre-indication aux statines.
Dénominateur	Nombre de séjours inclus d'IDM.
Recommandations ^{32,33,34}	« La prévention secondaire s'adresse aux patients qui présentent [...] des antécédents coronaires [...]. Le bénéfice de la prévention cardiovasculaire par les hypolipémiants n'est pas exclusivement coronaire. [...]. La prévention cardiovasculaire a désormais des effets démontrés chez les sujets de 70 à 80 ans, la femme ménopausée, le patient hypertendu, le patient diabétique de type 1 ou de type 2 [...]. Les patients ayant fait un accident coronaire doivent bénéficier du traitement préventif au décours de l'accident aigu. La réduction du risque cardiovasculaire est directement corrélée à l'abaissement de la concentration de LDL-cholestérol et est également observée chez les sujets ayant des concentrations de LDL-cholestérol dans les valeurs usuelles d'une population indemne de pathologie cardiovasculaire. [...]. Le traitement hypocholestérolémiant est un traitement au long cours [...]. Il est nécessaire d'attendre au moins un mois (et jusqu'à trois mois) avant de faire une vérification de la concentration de LDL-cholesterol et de tester la tolérance biologique du médicament. »

32. Haute Autorité de Santé. Efficacité et efficacité des hypolipémiants. Une analyse centrée sur les statines. Evaluation des technologies de santé, analyse médico-économique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.

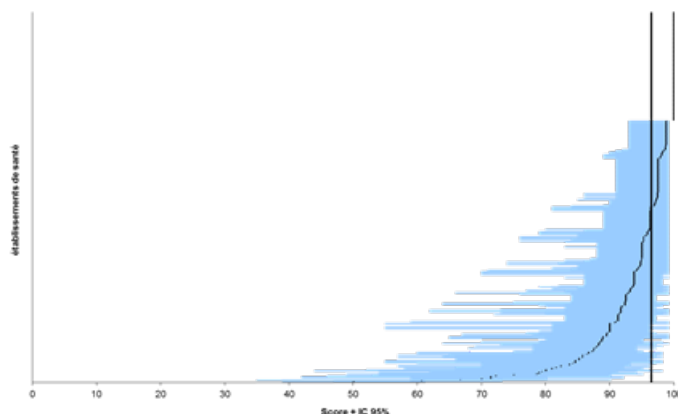
33. European Society of Cardiology, Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom-Lundqvist C, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J 2012;33(20):2569-619.

34. European Society of Cardiology, Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2011;32(23):2999-3054.

Analyse nationale

Tableau 13 et Graphique 12. Indicateur « Prescription appropriée de statine après un infarctus » – Statistiques descriptives et variabilité nationale³⁵ en 2013

	Date des séjours	2012
Ensemble des dossiers analysés	Nbre d'ES	387
	Nbre de dossiers	20 027
	Moyenne brute	95 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nbre d'ES	362
	Nbre de dossiers	19 825
	Min ES	33
	Moyenne pondérée ES	96 %
	Max ES	100 %
	1 ^{er} quartile	95 %
	Médiane	97 %
	3 ^e quartile	99 %



Seuls les établissements avec plus de dix dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale pondérée. Le calcul de la moyenne nationale pondérée tient compte de l'activité des ES (nombre de séjours codés en diagnostic principal IDM par an et par ES).

Principaux constats sur les résultats

- En moyenne, 96 % des patients sortent de l'établissement avec une prescription appropriée de statine après un infarctus du myocarde.

35. Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

Indicateur « Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques »

Description

L'indicateur est satisfait si une trace de la sensibilisation du patient aux règles hygiéno-diététiques est retrouvée dans le dossier du patient pendant le séjour ou à la sortie. Cette sensibilisation peut être réalisée sous une ou plusieurs formes parmi les suivantes :

- consultation diététicien(ne) (prévue ou réalisée) ;
- consultation nutritionniste (prévue ou réalisée) ;
- participation à un atelier d'éducation thérapeutique (prévue ou réalisée) ;
- conseils notés dans le dossier ou dans le courrier de sortie.

Numérateur	Nombre de dossiers pour lesquels le patient a fait l'objet d'une sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques (consultation diététicienne et/ou nutritionniste, et/ou participation à un atelier d'éducation thérapeutique, et/ou conseils consignés dans le dossier ou le courrier de sortie).
Dénominateur	Nombre de dossiers inclus d'IDM.
Recommandations ^{36,37,38,39,40,41}	« Le régime dit "méditerranéen" (riche en pain, en fruits et légumes, en poisson, et pauvre en viandes autres que la volaille ; huile d'olive) doit être mis en œuvre chez tous les patients après IDM. [...] L'approche diététique ayant fait la preuve de son efficacité, la prévention secondaire après un IDM doit passer par un entretien systématique avec un(e) diététicien(ne) afin d'apprécier les habitudes alimentaires du patient [...]. Cette rencontre est idéalement faite en présence du conjoint. [...] Des programmes de réadaptation ont montré des réductions significatives de la cholestérolémie totale et des LDL, et une augmentation de la cholestérolémie des HDL. L'activité physique, l'amaigrissement, la modification de l'alimentation, la prise en charge du stress, et l'arrêt du tabac sont des mesures qui améliorent le profil lipidique, même sans intervention médicamenteuse. Parce que la plupart des programmes sont multifactoriels, il est difficile de savoir quelle composante est la plus efficace. »

Le résultat de cet indicateur est diffusé publiquement sur le site Scope Santé. Cette diffusion est accompagnée de références et notamment du positionnement par rapport à un objectif de performance national à atteindre. Pour cet indicateur, cet objectif est de 80 %, c'est-à-dire que pour tous les ES, au moins 8 patients sur 10 doivent être sensibilisés aux règles hygiéno-diététiques.

36. Société française de cardiologie, Delahaye F, Bory M, Cohen A, Danchin N, de Gevigney G, et al. Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë. Arch Mal Coeur Vaiss 2001;94(7):697-738.

37. Société française de cardiologie, Pavy B, Iliou MC, Vergès B, Brion R, Monpère D. Référentiel des bonnes pratiques de la réadaptation cardiaque de l'adulte en 2011. Paris: SFC; 2011.

38. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.

39. Haute Autorité de Santé. Maladie coronarienne. Guide affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.

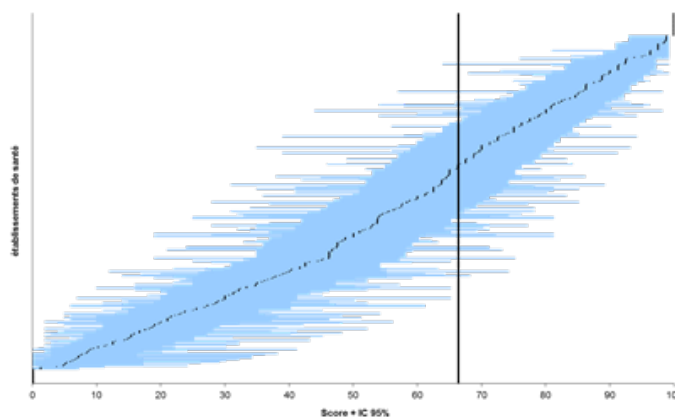
40. European Society of Cardiology, Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom-Lundqvist C, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J 2012;33(20):2569-619.

41. European Society of Cardiology, Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2011;32(23):2999-3054.

Analyse nationale

Tableau 14 et Graphique 13. Indicateur « Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques » – Statistiques descriptives et variabilité nationale⁴² en 2013

	Date des séjours	2012
Ensemble des dossiers analysés	Nbre d'ES	387
	Nbre de dossiers	20 027
	Moyenne brute	62 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nbre d'ES	362
	Nbre de dossiers	19 825
	Min ES	0 %
	Moyenne pondérée ES	66 %
	Max ES	100 %
	1 ^{er} quartile	49 %
	Médiane	69 %
	3 ^e quartile	88 %



Seuls les établissements avec plus de dix dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale. Le calcul de la moyenne nationale pondérée tient compte de l'activité des ES (nombre de séjours codés en diagnostic principal IDM par an et par ES).

Tableau 15. Indicateur « Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques »

	Objectif national de performance à 80 %						
Années données	Classe A « + »		Classe B « = »		Classe C « - »		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2012	55	15	98	27	209	58	362

La classe A contient les ES qui ont dépassé l'objectif de performance de 80 %. Dans la classe B se trouvent ceux qui ont atteint cet objectif, et ceux qui ont un score inférieur se trouvent dans la classe C.

Principaux constats sur les résultats

- En moyenne, 66 % des patients ont dans leurs dossiers une trace de sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un infarctus du myocarde.
- 42 % des ES ont une moyenne de traçabilité de cette sensibilisation $\geq$ à l'objectif national de performance de 80 % (Classes A et B).

42. Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

Indicateur « Statut fumeur et délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac »

Description

Ces indicateurs évaluent la réalisation et 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. Ces indicateurs donnent lieu au calcul de deux mesures distinctes, présentées sous la forme d'un taux :

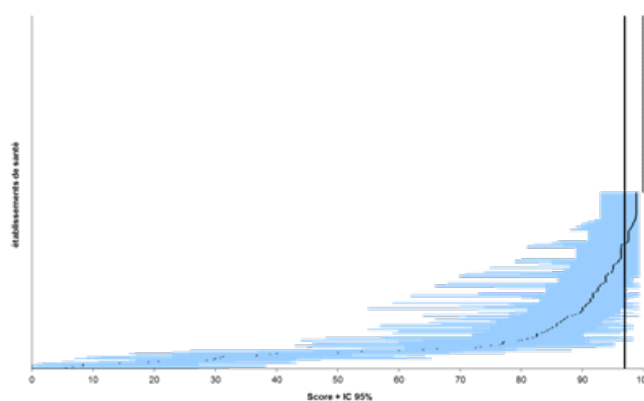
- Indicateur 1 : Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé dans le dossier ;
- Indicateur 2 : Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac.

Numérateur	Indicateur 1 ● Nombre de dossiers dans lesquels la trace du statut de fumeur est retrouvée Indicateur 2 ● Nombre de dossiers correspondant à des patients fumeurs et pour lesquels la délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac est mentionnée dans le dossier, ou dans le courrier de sortie, ou sur l'ordonnance de sortie, ou s'il est fait mention dans l'un de ces documents de la réalisation ou d'un rendez-vous pris pour une consultation spécifique
Dénominateur	Indicateur 1 ● Nombre de dossiers inclus d'IDM Indicateur 2 ● Nombre de dossiers inclus d'IDM survenant chez un patient fumeur
Recommandations ^{43,44,45,46}	« L'arrêt du tabagisme est une mesure essentielle chez les patients ayant eu un IDM. [...] tous les professionnels de santé doivent participer à l'aide au sevrage, qui passe par une amélioration de l'accès aux informations sur les moyens et les structures d'aide, l'optimisation de la prise en charge et l'accompagnement du fumeur. »

Analyse nationale

Tableau 16 et Graphique 14. Indicateur « Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé » – Statistiques descriptives et variabilité nationale⁴⁷ en 2013

	Date des séjours	2012
Ensemble des dossiers analysés	Nbre d'ES	387
	Nbre de dossiers	20 027
	Moyenne brute	95 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nbre d'ES	362
	Nbre de dossiers	19 825
	Min ES	5,6 %
	Moyenne pondérée ES	97 %
	Max ES	100 %
	1 ^{er} quartile	97 %
	Médiane	100 %
	3 ^e quartile	100 %



43. Société française de cardiologie, Delahaye F, Bory M, Cohen A, Danchin N, de Gevigney G, et al. Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë. Arch Mal Coeur Vaiss 2001;94(7):697-738.

44. Haute Autorité de Santé. Maladie coronarienne. Guide affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.

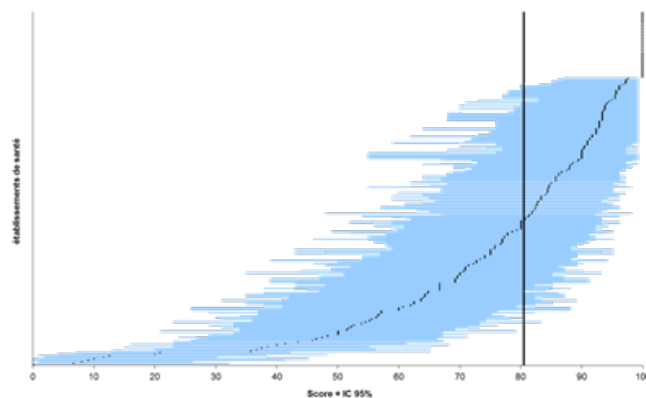
45. European Society of Cardiology, Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom-Lundqvist C, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J 2012;33(20):2569-619.

46. European Society of Cardiology, Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J 2011;32(23):2999-3054.

Seuls les établissements avec plus de dix dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale pondérée. Le calcul de la moyenne nationale pondérée tient compte de l'activité des ES (nombre de séjours codés en diagnostic principal IDM par an et par ES).

Tableau 17 et Graphique 15. Indicateur « Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac » – Statistiques descriptives et variabilité nationale⁴⁸ en 2013

	Date des séjours	2012
Ensemble des dossiers analysés	Nbre d'ES	358
	Nbre de dossiers	5 849
	Moyenne brute	79 %
ES avec plus de 10 dossiers	Nbre d'ES	231
	Nbre de dossiers	5 342
	Min ES	0 %
	Moyenne pondérée ES	80,5 %
	Max ES	100 %
	1 ^{er} quartile	72,2 %
	Médiane	85,7 %
	3 ^e quartile	95,5 %



Seuls les établissements avec plus de dix dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale pondérée. Le calcul de la moyenne nationale pondérée tient compte de l'activité des ES (nombre de séjours codés en diagnostic principal IDM par an et par ES).

Principaux constats sur les résultats

- Le statut du patient vis-à-vis du tabac est tracé en moyenne dans 97 % des dossiers.
- Parmi les 30 % de patients fumeurs, 80,5 % en moyenne ont dans leurs dossiers la trace de conseils délivrés pour l'arrêt du tabac.

47. Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

48. Chaque barre horizontale représente, pour chaque établissement, la valeur de l'indicateur et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale pondérée.

Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale

Le tableau ci-dessous présente pour chaque indicateur SCA ST+ à la phase aiguë et IDM à la sortie, la distribution des ES par rapport à la moyenne nationale. Pour les 2 indicateurs IDM diffusés publiquement*, la distribution des ES est aussi réalisée par rapport au seuil national de performance (cf. Résultats des indicateurs IDM à la sortie).

Tableau 18. Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale - Campagne 2013

	Moyenne nationale				
Administration d'antiagrégants plaquettaires à la phase aiguë	91,7 %	Nbre d'ES % d'ES	50 22,1	144 63,7	32 14,2
Tenue du dossier patient pris en charge pour un SCA ST+	94,2 %	Nbre d'ES % d'ES	52 43	47 38,8	22 18,2
Score agrégé des indicateurs évaluant les prescriptions médicamenteuses (BASI)*	84 %	Nbre d'ES % d'ES	48 13,3	218 60,2	96 26,5
Prescription appropriée d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel après un infarctus	95 %	Nbre d'ES % d'ES	76 21	234 64,6	52 14,4
Prescription appropriée de bêtabloquant après un infarctus	96,5 %	Nbre d'ES % d'ES	106 29,3	235 64,9	21 5,8
Mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche	93 %	Nbre d'ES % d'ES	57 15,7	236 65,2	69 19,1
Prescription appropriée d'inhibiteur d'enzyme de conversion (IEC) ou d'Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II (ARA 2) après un infarctus	95 %	Nbre d'ES % d'ES	95 54	70 39,8	11 6,3
Prescription appropriée de statine après un infarctus	96 %	Nbre d'ES % d'ES	88 24,3	222 61,3	52 14,4
Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques*	66,4 %	Nbre d'ES % d'ES	97 26,8	120 33,1	145 40,1
Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé	97 %	Nbre d'ES % d'ES	181 50	131 36,2	50 13,8
Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac	80,5 %	Nbre d'ES % d'ES	49 21,2	148 64,1	34 14,7

Bilan et perspectives

Le bilan et les perspectives sont issus de l'analyse des résultats des indicateurs SCA-IDM et du parcours SCA ST+.

► Un taux de participation des ES important

En 2013, 96 % des établissements ayant pris en charge plus de dix infarctus du myocarde ont participé à la campagne nationale. Les 19 établissements n'ayant pas participé au recueil sont considérés non répondants. De plus, un cardiologue a participé au recueil dans 85 % des ES.

► Un taux national de reperfusion important

Le taux national de reperfusion des patients pris en charge pour SCA ST+ est de 90 %, dont 86 % par angioplastie primaire et 14 % par thrombolyse.

► La traçabilité de la recherche de l'information sur les horaires à améliorer

La traçabilité de la recherche de l'information sur les dates et horaires des premiers symptômes, de l'admission, de l'ECG qualifiant et de la reperfusion sont essentiels. Ils permettent d'une part de décider de la stratégie de prise en charge la plus efficace pour le patient et d'autre part d'évaluer l'indicateur national « délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction » pour les patients SCA ST+ pris en charge en moins de 12 heures.

Lors de la campagne 2013, 25 % des dossiers ont dû être exclus du calcul de cet indicateur pour non renseignement dans le dossier patient de la date et/ou de l'heure de l'arrivée en ES et de la ponction.

► Moins de la moitié des patients pris en charge dans le parcours d'urgence recommandé « appel au 15 - SMUR - transfert direct en centre de cardiologie interventionnelle (CCI) »

En cas de diagnostic d'infarctus de type SCA ST+, il est recommandé d'orienter le patient le plus rapidement possible en salle de coronarographie disponible pour explorer les coronaires et les reperfusionner par angioplastie.

L'admission directe en CCI concerne 43 % des patients avec SCA ST+ de moins de 12 heures, ce qui laisse encore une marge d'amélioration importante.

► Un délai « admission - reperfusion par angioplastie » optimal dans le parcours d'urgence recommandé, et à améliorer aux urgences

L'indicateur national « délai entre l'arrivée dans l'établissement de santé et la ponction » évalue pour les établissements dotés de CCI ouUSIC la rapidité de la réalisation de la coronarographie. Ce délai médian national est de 23 minutes.

Lorsque le patient est admis directement en salle de coronarographie, il est dans le parcours d'urgence recommandé et le délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation de la ponction est alors de 15 minutes. Ce délai semble optimal au regard des recommandations. Cependant, lorsque le patient arrive par les urgences, ce délai est de 1 h05, soit quatre fois plus long et devrait pouvoir être diminué.

► Une prescription médicamenteuse spécifique et appropriée de bon niveau, avec une marge d'amélioration importante

91,7 % des patients pris en charge pour un SCA ST+ se voient administrer le traitement antiagrégant plaquettaire dans les 24 premières heures.

Et, en moyenne 84 % des patients sortent du court séjour avec un traitement BASI approprié. Dans 60 % des établissements, ce traitement est prescrit chez neuf patients sur dix.

Cependant, une marge d'amélioration importante existe car 40 % des établissements sont en dessous de l'objectif national de performance avec une grande variabilité inter-établissements.

Un effort reste aussi à faire pour que la fraction d'éjection du ventricule gauche, élément pronostique important, soit évaluée et tracée chez tous les patients hospitalisés pour un infarctus du myocarde.

► Une initiation de la prévention secondaire avant la sortie insuffisante

En moyenne, la délivrance de conseils hygiéno-diététiques avant la sortie est rapportée dans 66 % des dossiers.

► Une tenue du dossier conforme pour 94,2 % des patients SCA ST+

Cependant des progrès restent à faire en termes de recherche tracée des données horaires (notamment de l'apparition des premiers symptômes dont dépend la mise en œuvre de la stratégie de reperfusion) et d'évaluation de la douleur avec une échelle (non retrouvée dans 27 % des dossiers).

► Le taux d'informatisation des dossiers reste très faible

Seulement 14 % des dossiers patients sont totalement informatisés. Sur l'ensemble des dossiers, les éléments les plus informatisés sont le courrier de fin d'hospitalisation, le compte rendu opératoire et les examens complémentaires. Les prescriptions médicamenteuses sont informatisées dans près de la moitié des dossiers. Les moins informatisés sont le dossier de soins et les observations médicales.

► Une première évaluation nationale du parcours SCA ST+, des premiers signes à la sortie

En 2013, les données recueillies, pour l'indicateur obligatoire « délai médian admission-ponction » calculé chez les patients avec SCA ST+ de moins de 12 heures ayant bénéficié d'une reperfusion par angioplastie primaire en première intention, ont permis l'évaluation par la HAS du parcours SCA ST+ « des premiers signes à la sortie ».

Les indicateurs de cette analyse complémentaire sont validés dans la littérature comme impactant la morbi-mortalité par infarctus du myocarde. Ils dépendent des pratiques mais également du délai et des modalités de recours aux soins par le patient. De ce fait, ils ne sont pas imputables à l'ES et ne permettent pas de comparaison valide inter-établissements.

Les résultats de cette évaluation permettent de conclure que :

- l'évaluation du parcours des patients SCA ST+ est faisable. Elle requiert la traçabilité d'un set minimal de points clés consensuels basés sur les preuves et le retour d'expérience des pratiques et notamment des dates et horaires des quatre étapes clés du parcours (premiers symptômes, ECG qualifiant, admission, reperfusion).

- le parcours d'urgence recommandé permet l'accès le plus rapide aux soins spécialisés, assurant les meilleurs taux et délais de reperfusion. Or, il ne concerne que 43 % des patients.

Quelques priorités d'amélioration :

- informatisation des dossiers, et notamment des prescriptions médicamenteuses, dossiers de soins et observations médicales ;
- traçabilité de la recherche de l'information sur les dates et horaires des 1^{ers} symptômes, ECG qualifiant et reperfusion ;
- accès des patients au parcours d'urgence recommandé « appel au 15 - SMUR - transfert direct en centre de cardiologie interventionnelle (CCI) » ;
- délai « admission - reperfusion par angioplastie » aux urgences ;
- optimisation de la prescription BASI à la sortie ;
- optimisation de l'initiation de la prévention secondaire avant la sortie ;
- analyse et comparaison des parcours à l'échelle locale/régionale en utilisant notamment les indicateurs validés en lien avec les professionnels de santé ;
- partage des retours d'expérience professionnels autour des indicateurs et les programmes d'amélioration performants au bénéfice de l'amélioration des prises en charge pour les patients.

Le prochain recueil des indicateurs sur la « Qualité de la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde » sera mis en œuvre par la HAS en 2015.

Une concertation des professionnels sera réalisée au préalable pour actualiser ces indicateurs notamment au regard des nouvelles recommandations et du potentiel d'amélioration attendu.

Certains de ces indicateurs obligatoires, imputables aux ES, ayant fait l'objet de plus d'une campagne nationale et ayant une marge d'amélioration attendue seront diffusés publiquement sur le site Scope Santé, conformément à la loi HPST.

Références bibliographiques

Recommandations et autres travaux institutionnels

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient, réglementation et recommandations. Paris: ANAES; 2003.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_-_fascicule_1_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Haute Autorité de Santé. Bon usage des agents antiplaquettaires. Saint-Denis: ANSM; 2012.

ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Recommandations-ANSM-HAS-Bon-usage-des-agents-antiplaquettaires-Point-d-information

American College of Cardiology Foundation, American Heart Association, Society for Cardiovascular Angiography, Levine GN, Bates ER, Blankenship JC, et al. 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. *Circulation* 2011;124(23):e574-e651.

European Society of Cardiology, Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2011;32(23):2999-3054.

European Society of Cardiology, Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom-Lundqvist C, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2012;33(20):2569-619.

Haute Autorité de Santé. Maladie coronarienne. Guide affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.

Haute Autorité de Santé. COVERSYL 2 mg, comprimés. Laboratoires SERVIER : périndopril. Avis de la commission de la transparence du 23 janvier 2008. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct-4792_coversyl.pdf

Haute Autorité de Santé. EFIENT 10 mg, comprimés pelliculés. Laboratoire LILLY. Prasugrel chlorhydrate. Avis de la commission de la transparence du 22 juillet 2009. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/efient_-_ct-6544.pdf

Haute Autorité de Santé. DUOPLAVIN 75 mg/75 mg, comprimé pelliculé. Laboratoires SANOFI AVENTIS France : clopidogrel / acide acétylsalicylique. Avis de la commission de la transparence du 21 juillet 2010. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-08/duoplavin_-_ct-8086.pdf

Haute Autorité de Santé. Efficacité et efficience des hypolipémiants. Une analyse centrée sur les statines. Evaluation des technologies de santé, analyse médico-économique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.

Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.

Haute Autorité de Santé. BRILIQUE 90 mg, comprimés pelliculés. Laboratoire AstraZeneca. Avis de la commission de la transparence du 19 octobre 2011. Saint Denis la Plaine: HAS; 2011.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/brilique_07-12-2011_avis_ct10968.pdf

Haute Autorité de Santé. PROCORALAN 5 mg, comprimé pelliculé. Laboratoires SERVIER : ivabradine . Avis de la commission de la transparence du 19 septembre 2012. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/procoralan_19092012_avis_ct12097.pdf

Haute Autorité de Santé. Prévention cardio-vasculaire : le choix de la statine la mieux adaptée dépend de son efficacité et de son efficience. Fiche de bon usage des médicaments. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/statine_-_fiche_bum.pdf

Haute Autorité de Santé. INSPRA, comprimé pelliculé. Laboratoire PFIZER : éplérénone. Avis de la commission de la transparence du 18 septembre 2013. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/inspra_eit_ic_avis3_ct12759.pdf

Haute Autorité de Santé. ZOCOR, comprimés pelliculés. Laboratoire MSD : simvastatine. Avis de la commission de la transparence du 18 septembre 2013. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-12913_ZOCOR_EIT_enfant_Avis2_CT12913.pdf

Haute Autorité de Santé, Collège français de médecine d'urgence, Collège national professionnel de cardiologie, Société française de médecine d'urgence, Société française de cardiologie, Société française de documentation et de recherche en médecine générale, et al. Indicateurs de pratique clinique. Infarctus du myocarde (IDM) « Des 1^{ers} signes au suivi à 1 an ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.

Haute Autorité de Santé, SAMU de France, Société francophone de médecine d'urgence, Société française de cardiologie. Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie. Conférence de consensus, 23 novembre 2006. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.

www.sfmuc.org/documents/consensus/cdc_idm_aigu-reco_longues-version_corrigee_avril_2007.pdf

Haute Autorité de Santé, Société française de rhumatologie. Antiagrégants plaquettaires : prise en compte des risques thrombotique et hémorragique pour les gestes percutanés chez le coronarien Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-12/argumentaire_antiagregants_plaquet-taires_-_gestes_percutanes.pdf

Société française d'anesthésie et de réanimation, Société française de médecine d'urgence, Vivien B, Adnet F, Bounes V, Cheron G, et al. Sédation et analgésie en structure d'urgence (Réactualisation de la Conférence d'experts de la Sfar de 1999). *Ann Fr Anesth Reanim* 2010;29(12):934-49.

Société française de cardiologie, Delahaye F, Bory M, Cohen A, Danchin N, de Gevigney G, et al. Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë. *Arch Mal Coeur Vaiss* 2001;94(7):697-738.

Société française de cardiologie, Pavy B, Iliou MC, Vergès B, Brion R, Monpère D. Référentiel des bonnes pratiques de la réadaptation cardiaque de l'adulte en 2011. Paris: SFC; 2011.

Autres publications

De Peretti C, Chin F, Tuppin P, Danchin N. Personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde en France : tendances 2002-2008. *BEH* 2012(41):459-65.

Ducimetière P, Hass B, Ruidavets JB, Montaye M, Wagner A, Ferrière J, et al. Fréquence et mortalité à 28 jours des divers épisodes d'insuffisance coronaire aiguë dans trois régions françaises en 2006. *BEH* 2011(40-41):419-22.

Krumholz HM, Wang Y, Chen J, Drye EE, Spertus JA, Ross JS, et al. Reduction in acute myocardial infarction mortality in the United States: risk-standardized mortality rates from 1995-2006. *JAMA* 2009;302(7):767-73.

Puymirat E, Simon T, Steg PG, Schiele F, Guéret P, Blanchard D, et al. Association of changes in clinical characteristics and management with improvement in survival among patients with ST-elevation myocardial infarction. *JAMA* 2012;308(10):998-1006.

Table des illustrations

Tableau 1. Les indicateurs du thème « Prise en charge des Syndromes Coronariens Aigus de type ST+ » – Données 2012 – Campagne 2013	6
Graphique 1. Les indicateurs du thème « Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde » - Campagne 2013 – Données 2012	7
Tableau 2. Nombre d'établissements pris en compte pour le calcul des indicateurs – Campagne 2013.....	13
Figure 1. Synthèse de la population analysée – Campagne 2013 – Données 2012	14
Tableau 3 et Graphique 2. Indicateur « Partie 1 : Délai entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction pour les patients admis directement en salle de coronarographie ou en service de cardiologie » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013.....	18
Tableau 4 et Graphique 3. Indicateur « Partie 2 : Délai entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction pour les patients admis par les Urgences » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013.....	18
Tableau 5 et Graphique 4. Indicateur « Administration d'antiagrégants plaquettaires à la phase aiguë » – Statistiques descriptives et variabilité nationale ¹⁵ en 2013	20
Tableau 6. Indicateur « Administration d'antiagrégants plaquettaires à la phase aiguë » – Causes de non-conformités* de l'indicateur	20
Tableau 7 et Graphique 5. Indicateur « Tenue du dossier patient pris en charge pour un SCA ST+ » – Statistiques descriptives et variabilité nationale ¹⁸ en 2013	21
Graphique 6. Critères composant l'indicateur « Tenue du dossier patient pris en charge pour un SCA ST+ »	22
Tableau 8 et Graphique 7. Indicateur « Score agrégé des indicateurs évaluant les prescriptions médicamenteuses (BASl) » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013	25
Tableau 9 et Graphique 8. Indicateur « Prescription appropriée d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel après un infarctus » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013.....	27
Tableau 10 et Graphique 9. Indicateur « Prescription appropriée de bêta-bloquant après un infarctus » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013	29
Tableau 11 et Graphique 10. Indicateur « Mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013.....	31
Tableau 12 et Graphique 11. Indicateur « Prescription appropriée d'inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou d'Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II (ARA 2) après un infarctus » – Statistiques descriptives et variabilité nationale ³¹ en 2013	31
Tableau 13 et Graphique 12. Indicateur « Prescription appropriée de statine après un infarctus » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013	33
Tableau 14 et Graphique 13. Indicateur « Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013	35
Tableau 15. Indicateur « Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques ».....	35
Tableau 16 et Graphique 14. Indicateur « Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013	36
Tableau 17 et Graphique 15. Indicateur « Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac » – Statistiques descriptives et variabilité nationale en 2013	37
Tableau 18. Distribution des ES par rapport à la moyenne nationale - Campagne 2013.....	38
Tableau 19. Indicateur « Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction - Partie 1 : pour les patients admis directement en salle de coronarographie ou en salle de cardiologie » – Médianes régionales en 2013	48

Tableau 20. Indicateur « Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction - Partie 2 : pour les patients admis par les Urgences » – Médianes régionales en 2013.....	49
Tableau 21. Indicateur « Administration d'antiagrégants plaquettaires à la phase aiguë » – Médianes régionales en 2013 (en %)	50
Tableau 22. Indicateur « Tenue du dossier patient pris en charge pour un SCA ST+ » – Moyennes régionales en 2013 (en %)	51
Tableau 23. Indicateur « Score agrégé des indicateurs évaluant les prescriptions médicamenteuses (BASI) » – Moyennes régionales en 2013 (en %)	52
Tableau 24. Indicateur « Prescription appropriée d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel (ou ticagrelor) après un infarctus » – Moyennes régionales en 2013 (en %).....	53
Tableau 25. Indicateur « Prescription appropriée de bêtabloquant après un infarctus » – Moyennes régionales en 2013 (en %)	54
Tableau 26. Indicateur « Mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche » – Moyennes régionales en 2013 (en %).....	55
Tableau 27. Indicateur « Prescription appropriée d'inhibiteur d'enzyme de conversion (IEC) ou d'Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II (ARA 2) après un infarctus » – Moyennes régionales en 2013 (en %).....	56
Tableau 28. Indicateur « Prescription appropriée de statine après un infarctus » – Moyennes régionales en 2013 (en %).....	57
Tableau 29. Indicateur « Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques » – Moyennes régionales en 2013 (en %).....	58
Tableau 30. Indicateur « Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé » – Moyennes régionales en 2013 (en %)	59
Tableau 31. Indicateur « Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac » – Moyennes régionales en 2013 (en %).....	60
Tableau 32. Indicateur « Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction - Partie 1 : pour les patients admis directement en salle de coronarographie ou en salle de cardiologie » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (médiane).....	61
Tableau 33. Indicateur « Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction - Partie 2 : pour les patients admis par les Urgences » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (médiane)	61
Tableau 34. Indicateur « Administration d'antiagrégants plaquettaires à la phase aiguë » – Moyennes régionales en 2013 (en %)	61
Tableau 35. Indicateur « Tenue du dossier patient pris en charge pour un SCA ST+ » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %).....	61
Tableau 36. Indicateur « Score agrégé des indicateurs évaluant les prescriptions médicamenteuses (BASI) » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %).....	62
Tableau 37. Indicateur « Prescription appropriée d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel après un infarctus » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %).....	62
Tableau 38. Indicateur « Prescription appropriée de bêtabloquant après un infarctus » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %).....	62
Tableau 39. Indicateur « Mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %).....	62
Tableau 40. Indicateur « Prescription appropriée d'inhibiteur d'enzyme de conversion (IEC) ou d'Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II (ARA 2) après un infarctus » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %).....	63
Tableau 41. Indicateur « Prescription appropriée de statine après un infarctus » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %).....	63
Tableau 42. Indicateur « Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %).....	63
Tableau 43. Indicateur « Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %).....	63
Tableau 44. Indicateur « Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %).....	64

Annexe I. Méthodes de recueil et d'analyse

Le « Guide méthodologique de production des résultats comparatifs des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur la plateforme QUALHAS - Campagne nationale IPAQSS 2013 », disponible sur le site de la HAS, précise les méthodes statistiques utilisées pour la production des résultats comparatifs.

► Recueil et restitution des données

Chaque année, la HAS organise une campagne nationale de recueil. Pour chaque campagne, plusieurs thèmes sont concernés, avec des thématiques transversales et de pratique clinique, en alternance une année sur deux. Chaque thème est lui-même composé d'un ou de plusieurs indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS).

Outils

Le recueil des données se fait via l'utilisation d'outils informatiques développés par 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'établissement de santé (ES) et se composent de :

- LOTAS : logiciel de tirage au sort des séjours analysés qui servent au calcul des indicateurs - les spécifications du logiciel sont construits à partir des données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) ;
- QUALHAS : plate-forme Internet sécurisée à laquelle chaque établissement 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.

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 établissements.

Modalités de recueil

Le dossier patient est utilisé comme source de données car il contient l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives qui permettent d'assurer la prise en charge coordonnée d'un patient et la continuité des soins. C'est à partir du dossier que l'on assure la traçabilité de la démarche de prise en charge. Le contenu du dossier patient est défini par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique. Ce dossier contient des informations de différents types : compte rendu d'hospitalisation, observations médicales, feuilles de soins, prescriptions, résultats des examens, etc.

La sélection des séjours (dossiers) à évaluer est réalisée par tirage au sort à partir des bases nationales de séjours hospitaliers issus du PMSI pour les différents champs d'activité : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soins de suite et réadaptation (SSR), santé mentale (PSY) et hospitalisation à domicile (HAD), sur une période donnée et avec des critères de sélection spécifiques pour chaque recueil d'IQSS.

Le recueil des IQSS, réalisé par l'ES, consiste en un audit rétrospectif portant sur un échantillon aléatoire de séjours (dossiers) :

- soit sur l'année N-1 de la campagne de recueil pour les indicateurs de spécialités ;
- soit sur une période de l'année N-1 de la campagne de recueil pour les indicateurs transversaux.

Selon les thèmes, 60 ou 80 séjours maximum doivent être analysés par ES.

Le nombre de dossiers évalués est identique quelles que soient la taille et la catégorie des ES participant au recueil national. Ce nombre de dossiers relativement faible est un compromis entre une charge de travail acceptable, tous types de structure confondus, et une précision statistique suffisante de l'indicateur estimé à partir de l'échantillon. Un intervalle de confiance à 95 % calculé sur l'échantillon est présenté avec le résultat de chaque indicateur, et ne tient pas compte de l'activité de l'ES. Pour plus de précision sur le calcul de l'intervalle de confiance, cf. Guide méthodologique.

► Mode de présentation des IQSS par ES

Les résultats des indicateurs de qualité par ES se présentent :

- soit sous la forme d'un score de qualité, constitué de plusieurs critères, compris entre 0 et 100, qui correspond à la moyenne des critères calculés pour chaque dossier de l'échantillon ($\times 100$) [exemple : Tenue du dossier Patient (TDP)] ;
- soit sous la forme de proportions ou pourcentages ou taux pour les variables binaires [exemple : Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD)] ;
- soit sous la forme d'une médiane de durée pour les délais [exemple : Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la réalisation d'une imagerie cérébrale en heures pour la prise en charge initiale des AVC (IMA)].

► Méthodes de comparaison

Estimation des références

Deux types de mesure de valeurs centrales sont produites comme référence :

- une moyenne pondérée par le nombre de séjours éligibles par ES (total des séjours comptabilisés dans le PMSI sur la période considérée). Chaque ES se voit ainsi attribuer un poids en fonction de son activité sur la période considérée : plus son activité est importante, plus son poids sera important et il participera donc d'autant plus au calcul de la moyenne.

Pour les indicateurs de type score, un seuil minimum de 31 dossiers à évaluer par ES a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient pris en compte dans les résultats comparatifs.

Pour les indicateurs de type proportion, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer par ES a été retenu pour que les résultats de celui-ci soient intégrés dans les comparatifs ;

- une médiane corrigée pour les indicateurs de type délai. Les délais aberrants statistiquement (délais strictement supérieurs à une borne) sont supprimés du calcul de la référence pour l'ensemble des dossiers inclus dans l'analyse. Pour les indicateurs de type délai, un seuil minimum de 10 dossiers à évaluer a été retenu pour que les résultats de l'ES soient intégrés dans la comparaison inter-ES.

Pour plus de précisions sur l'estimation des références, cf. Guide méthodologique.

Types de référence

La plate-forme QUALHAS permet à chaque ES de se comparer à quatre types de références.

- Trois références dans l'espace :
 - une « **référence nationale** » ;
 - une « **référence régionale** » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur région ;
 - une « **référence par catégorie d'ES** » : les ES ont accès au résultat moyen ou médian de leur catégorie.
- Un « **objectif national de performance** » a été défini dès 2009 par le Ministère chargé de la santé comme seuil à atteindre par les ES. Chaque année, une instruction DGOS relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par les ES, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, redéfinit la liste des indicateurs et les objectifs nationaux de performance correspondants.

► Méthodes de présentation des résultats

Deux présentations sont proposées. Les ES sont comparés par rapport :

- à la moyenne pondérée (de tous les ES), via des pictogrammes de couleur vert, jaune et orange ;
- à l'objectif national de performance, via des classes « + », « = » et « - ».

Positionnement par rapport à la moyenne pondérée

Le positionnement d'un ES par rapport à la moyenne de référence est décliné en pictogrammes de couleur verts, jaunes et orange. Ces 3 couleurs représentent 3 classes ou niveaux de qualité décroissants.

Indicateurs de type score ou proportion

Les 3 premières classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'ES à la moyenne de référence retenue pour l'indicateur analysé.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les ES « **Non répondants** ».



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



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



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

Indicateurs de type délai

La méthode de comparaison dans le cadre d'un indicateur de délai reste à définir.

Positionnement par rapport à l'objectif de performance

Indicateurs de type score ou proportion

Trois classes sont définies en comparant l'intervalle de confiance (IC) à 95 % de la moyenne des scores ou des proportions de l'ES à l'objectif de performance.

Une quatrième classe non affichée est créée pour les ES « **Non répondants** ».

Classe « + »

ES dont la borne basse de l'IC à 95 % est supérieure à l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES est « **significativement supérieure à l'objectif national de performance** ».

Classe « = »

ES dont l'IC à 95 % coupe l'objectif national de performance, on dit que la position de l'ES est « **non significativement différente de l'objectif national de performance** ».

Classe « - »

ES dont la borne haute de l'IC à 95 % est inférieure à l'objectif cible national, on dit que la position de l'ES « **est significativement inférieure à l'objectif national de performance** ».

Indicateurs de type délai

Il n'existe pas d'objectif cible national sur les indicateurs de délais.

Annexe II. Résultats complémentaires

► Distribution régionale des moyennes par indicateur

Pour chaque indicateur, le résultat national (et objectif de performance pour les deux indicateurs diffusés publiquement) est rappelé et la distribution du résultat par région est présentée pour information. Une réflexion est en cours concernant les méthodes pour assurer la comparabilité inter-régionale des résultats.

Tableau 19. Indicateur « Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction - Partie 1 : pour les patients admis directement en salle de coronarographie ou en salle de cardiologie » – Médianes régionales en 2013

	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	pon1_c1_mediane
Alsace	3	0:20:00
Aquitaine	9	0:15:00
Auvergne	3	0:13:30
Basse-Normandie	2	0:10:00
Bourgogne	4	0:13:30
Bretagne	6	0:16:45
Centre	3	0:13:00
Champagne Ardenne	1	0:01:00
Franche Comté	1	0:15:00
Haute-Normandie	1	0:20:00
Ile de France	26	0:15:15
Languedoc-Roussillon	5	0:11:00
Limousin	1	0:13:30
Lorraine	4	0:15:00
Midi-Pyrénées	5	0:13:00
Nord-Pas de Calais	7	0:20:00
PACA	14	0:11:45
Pays de la Loire	9	0:18:00
Picardie	3	0:17:00
Rhône-Alpes	13	0:12:00
Service de santé des armées	1	0:19:30
Délai médian national = 0h15		

21 régions ont entre 1 et 26 ES éligibles au calcul de cet indicateur (avec plus de 10 dossiers SCA ST+ < 12 heures analysables).

Le délai médian entre l'arrivée dans l'ES et la ponction pour les patients admis directement en cardiologie interventionnelle varie entre 1 minute (en cours de vérification) et 20 minutes.

Tableau 20. Indicateur « Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction - Partie 2 : pour les patients admis par les Urgences » – Médianes régionales en 2013

	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	pon2_c2_mediane
Alsace	1	0h49
Aquitaine	5	1 h04
Auvergne	1	1 h31
Bourgogne	1	1 h11
Bretagne	1	2h48
Centre	1	0h57
Haute-Normandie	1	0h34
Ile de France	3	1 h31
Languedoc-Roussillon	4	1 h05
Midi-Pyrénées	1	0h43
Nord-Pas de Calais	1	2h28
PACA	4	0h51
Pays de la Loire	2	1 h09
Picardie	2	1 h42
Rhône-Alpes	2	1 h03
Service de santé des armées	1	0h54
Délai médian national = 1 h05		

16 régions ont entre 1 et 5 ES éligibles au calcul de cet indicateur (avec plus de 10 dossiers SCA ST+ < 12 heures analysables).

Le délai médian entre l'arrivée dans l'ES et la ponction pour les patients admis par les urgences varie entre 34 minutes et 2 h 48 minutes.

Tableau 21. Indicateur « Administration d'antiagrégants plaquettaires à la phase aiguë » – Médianes régionales en 2013 (en %)

	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	aap_c_moyenne
Alsace	6	87
Aquitaine	13	90
Auvergne	6	91
Basse Normandie	10	84
Bourgogne	8	97
Bretagne	9	95
Centre	7	82
Champagne Ardenne	5	87
Corse	1	76
Franche Comté	4	98
Haute Normandie	6	94
Ile de France	32	93
Languedoc Roussillon	11	85
Limousin	2	100
Lorraine	8	90
Midi Pyrénées	13	89
Nord Pas de Calais	19	90
Océan Indien	2	89
PACA	21	96
Pays de la Loire	10	94
Picardie	4	93
Poitou Charentes	6	93
Rhône Alpes	21	93
Service de santé des armées	2	94
Moyenne nationale pondérée = 91,7 %		

24 régions ont entre 1 et 32 ES éligibles au calcul de cet indicateur (avec plus de 10 dossiers SCA ST+ < 12 heures analysables).

Le taux d'administration d'antiagrégants plaquettaires à la phase aiguë varie de 76 % à 100 %.

Tableau 22. Indicateur « Tenue du dossier patient pris en charge pour un SCA ST+ » – Moyennes régionales en 2013 (en %)

	Nbre d'ES ≥ 30 dossiers	tdp_c_moyenne
Alsace	4	93
Aquitaine	10	89
Auvergne	5	92
Basse Normandie	4	91
Bourgogne	1	100
Bretagne	3	98
Centre	6	94
Champagne Ardenne	3	94
Haute Normandie	4	97
Ile de France	20	97
Languedoc Roussillon	7	93
Limousin	1	92
Lorraine	2	97
Midi Pyrénées	3	92
Nord Pas de Calais	7	96
Océan Indien	2	95
PACA	12	93
Pays de la Loire	8	97
Picardie	3	88
Poitou Charentes	4	95
Rhône Alpes	12	96
Moyenne nationale pondérée = 94,2 %		

21 régions ont entre 1 et 20 ES éligibles au calcul de cet indicateur (avec plus de 30 dossiers SCA ST+ < 12 heures analysables).

Le taux de dossiers patients SCA ST+ conformes varie de 88 % à 100 %.

Tableau 23. Indicateur « Score agrégé des indicateurs évaluant les prescriptions médicamenteuses (BASI) » – Moyennes régionales en 2013 (en %)

	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	basi_c_moyenne
Alsace	11	86
Aquitaine	24	81
Auvergne	9	87
Basse Normandie	13	79
Bourgogne	13	87
Bretagne	18	87
Centre	17	87
Champagne Ardenne	12	83
Corse	2	70
Franche Comté	7	88
Guyane	1	75
Haute Normandie	9	87
Ile de France	41	85
Languedoc Roussillon	15	79
Limousin	8	76
Lorraine	14	84
Midi Pyrénées	19	82
Nord Pas de Calais	24	85
Océan Indien	2	90
PACA	28	83
Pays de la Loire	17	85
Picardie	9	84
Poitou Charentes	11	85
Rhône Alpes	34	83
Service de santé des armées	4	91
Moyenne nationale pondérée = 84 %		
Seuil national de performance = 90 %		

25 régions ont entre 1 et 41 ES éligibles au calcul de cet indicateur (avec plus de 10 dossiers IDM analysables). Le score agrégé BASI à la sortie varie de 70 % à 91 %.

Tableau 24. Indicateur « Prescription appropriée d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel (ou ticagrelor) après un infarctus » – Moyennes régionales en 2013 (en %)

	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	asp_c_moyenne
Alsace	11	95
Aquitaine	24	95
Auvergne	9	96
Basse Normandie	13	95
Bourgogne	13	94
Bretagne	18	96
Centre	17	96
Champagne Ardenne	12	95
Corse	2	91
Franche Comté	7	97
Guyane	1	100
Haute Normandie	9	96
Ile de France	41	92
Languedoc Roussillon	15	93
Limousin	8	93
Lorraine	14	95
Midi Pyrénées	19	95
Nord Pas de Calais	24	96
Océan Indien	2	98
PACA	28	97
Pays de la Loire	17	95
Picardie	9	94
Poitou Charentes	11	92
Rhône Alpes	34	94
Service de santé des armées	4	96
Moyenne nationale pondérée = 95 %		

25 régions ont entre 1 et 41 ES éligibles au calcul de cet indicateur (avec plus de 10 dossiers IDM analysables).

La moyenne de prescription appropriée d'antiagrégants plaquettaires à la sortie varie de 91 % à 100 %.

Tableau 25. Indicateur « Prescription appropriée de bêtabloquant après un infarctus » – Moyennes régionales en 2013 (en %)

	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	bbl_c_moyenne
Alsace	11	98
Aquitaine	24	95
Auvergne	9	98
Basse Normandie	13	96
Bourgogne	13	98
Bretagne	18	97
Centre	17	97
Champagne Ardenne	12	96
Corse	2	92
Franche Comté	7	98
Guyane	1	94
Haute Normandie	9	98
Ile de France	41	97
Languedoc Roussillon	15	95
Limousin	8	97
Lorraine	14	95
Midi Pyrénées	19	96
Nord Pas de Calais	24	96
Océan Indien	2	94
PACA	28	96
Pays de la Loire	17	98
Picardie	9	98
Poitou Charentes	11	98
Rhône Alpes	34	94
Service de santé des armées	4	97
Moyenne nationale pondérée = 96,5 %		

25 régions ont entre 1 et 41 ES éligibles au calcul de cet indicateur (avec plus de 10 dossiers IDM analysables).

La moyenne de prescription appropriée de bêtabloquants à la sortie varie de 91 % à 98 % dans huit régions.

Tableau 26. Indicateur « Mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche » – Moyennes régionales en 2013 (en %)

	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	iec1_c1_moyenne
Alsace	11	94
Aquitaine	24	91
Auvergne	9	92
Basse Normandie	13	90
Bourgogne	13	97
Bretagne	18	94
Centre	17	94
Champagne Ardenne	12	93
Corse	2	90
Franche Comté	7	93
Guyane	1	81
Haute Normandie	9	91
Ile de France	41	95
Languedoc Roussillon	15	92
Limousin	8	87
Lorraine	14	94
Midi Pyrénées	19	92
Nord Pas de Calais	24	94
Océan Indien	2	98
PACA	28	92
Pays de la Loire	17	92
Picardie	9	91
Poitou Charentes	11	94
Rhône Alpes	34	93
Service de santé des armées	4	95
Moyenne nationale pondérée = 92,9 %		

25 régions ont entre 1 et 41 ES éligibles au calcul de cet indicateur (avec plus de 10 dossiers IDM analysables).

La moyenne de mesure de la FEVG varie de 81 % à 98 %.

Tableau 27. Indicateur « Prescription appropriée d'inhibiteur d'enzyme de conversion (IEC) ou d'Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II (ARA 2) après un infarctus » – Moyennes régionales en 2013 (en %)

	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	iec2_c2_moyenne
Alsace	6	95
Aquitaine	12	95
Auvergne	3	92
Basse Normandie	7	81
Bourgogne	6	94
Bretagne	6	94
Centre	8	99
Champagne Ardenne	6	94
Franche Comté	4	100
Haute Normandie	7	98
Ile de France	22	97
Languedoc Roussillon	7	97
Limousin	1	84
Lorraine	6	95
Midi Pyrénées	10	92
Nord Pas de Calais	15	97
Océan Indien	2	100
PACA	18	95
Pays de la Loire	6	96
Picardie	5	96
Poitou Charentes	2	88
Rhône Alpes	16	94
Service de santé des armées	1	100
Moyenne nationale pondérée = 95,3 %		

23 régions ont entre 1 et 22 ES éligibles au calcul de cet indicateur (avec plus de 10 dossiers IDM analysables).

La moyenne de prescription appropriée d'IEC à la sortie varie de 81 % à 100 % dans trois régions.

Tableau 28. Indicateur « Prescription appropriée de statine après un infarctus » – Moyennes régionales en 2013 (en %)

	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	sta_c_moyenne
Alsace	11	95
Aquitaine	24	96
Auvergne	9	98
Basse Normandie	13	95
Bourgogne	13	96
Bretagne	18	98
Centre	17	98
Champagne Ardenne	12	95
Corse	2	92
Franche Comté	7	98
Guyane	1	100
Haute Normandie	9	97
Ile de France	41	97
Languedoc Roussillon	15	96
Limousin	8	92
Lorraine	14	95
Midi Pyrénées	19	95
Nord Pas de Calais	24	96
Océan Indien	2	100
PACA	28	95
Pays de la Loire	17	97
Picardie	9	98
Poitou Charentes	11	96
Rhône Alpes	34	94
Service de santé des armées	4	100
Moyenne nationale pondérée = 96 %		

25 régions ont entre 1 et 41 ES éligibles au calcul de cet indicateur (avec plus de 10 dossiers IDM analysables).

La moyenne de prescription appropriée de statines varie de 94 % à 100 % dans trois régions.

Tableau 29. Indicateur « Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques » – Moyennes régionales en 2013 (en %)

	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	hyg_c_moyenne
Alsace	11	58
Aquitaine	24	62
Auvergne	9	60
Basse Normandie	13	64
Bourgogne	13	75
Bretagne	18	62
Centre	17	42
Champagne Ardenne	12	44
Corse	2	88
Franche Comté	7	85
Guyane	1	0
Haute Normandie	9	70
Ile de France	41	80
Languedoc Roussillon	15	64
Limousin	8	67
Lorraine	14	70
Midi Pyrénées	19	76
Nord Pas de Calais	24	54
Océan Indien	2	29
PACA	28	69
Pays de la Loire	17	70
Picardie	9	76
Poitou Charentes	11	67
Rhône Alpes	34	66
Service de santé des armées	4	11
Moyenne nationale pondérée = 66,4 % Seuil national de performance = 80 %		

25 régions ont entre 1 et 41 ES éligibles au calcul de cet indicateur (avec plus de 10 dossiers IDM analysables).

La moyenne de sortie avec sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques varie de 0 % à 88 %.

Tableau 30. Indicateur « Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé » – Moyennes régionales en 2013 (en %)

	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	tbc1_c1_moyenne
Alsace	11	98
Aquitaine	24	98
Auvergne	9	99
Basse Normandie	13	95
Bourgogne	13	98
Bretagne	18	96
Centre	17	97
Champagne Ardenne	12	97
Corse	2	91
Franche Comté	7	97
Guyane	1	94
Haute Normandie	9	99
Ile de France	41	99
Languedoc Roussillon	15	99
Limousin	8	91
Lorraine	14	97
Midi Pyrénées	19	97
Nord Pas de Calais	24	95
Océan Indien	2	96
PACA	28	98
Pays de la Loire	17	94
Picardie	9	95
Poitou Charentes	11	96
Rhône Alpes	34	97
Service de santé des armées	4	98
Moyenne nationale pondérée = 97 %		

25 régions ont entre 1 et 41 ES éligibles au calcul de cet indicateur (avec plus de 10 dossiers IDM analysables).
La moyenne de traçabilité du statut fumeur varie de 91 % à 99 %.

Tableau 31. Indicateur « Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac » – Moyennes régionales en 2013 (en %)

	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	tbc2_c2_moyenne
Alsace	8	72
Aquitaine	13	84
Auvergne	6	82
Basse Normandie	9	87
Bourgogne	8	92
Bretagne	6	92
Centre	7	76
Champagne Ardenne	6	73
Corse	1	93
Franche Comté	4	87
Guyane	7	81
Haute Normandie	36	83
Ile de France	11	77
Languedoc Roussillon	3	88
Limousin	7	64
Lorraine	13	83
Midi Pyrénées	19	79
Nord Pas de Calais	2	57
Océan Indien	20	73
PACA	9	92
Pays de la Loire	5	89
Picardie	6	71
Poitou Charentes	23	80
Rhône Alpes	2	47
Service de santé des armées	4	98
Moyenne nationale pondérée = 80,5 %		

24 régions ont entre 1 et 36 ES éligibles au calcul de cet indicateur (avec plus de 10 dossiers IDM analysables).
La moyenne de délivrance des conseils pour l'arrêt du tabac varie de 47 % à 93 %.

► Distribution des résultats des indicateurs par catégorie d'établissement

Les chiffres présentés ci-dessous pour chacun des indicateurs sont bruts. Ils ne permettent pas le classement par catégorie d'établissement par rapport aux résultats des indicateurs.

Tableau 32. Indicateur « Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction - Partie 1 : pour les patients admis directement en salle de coronarographie ou en salle de cardiologie » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (médiane)

Catégories	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	pon1_c1_mediane
CH	40	0:16:45
CHU	33	0:14:00
ESPIC/EBNL	8	0:14:15
Privé	40	0:14:45

Tableau 33. Indicateur « Délai médian entre l'arrivée dans l'établissement et la ponction - Partie 2 : pour les patients admis par les Urgences » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (médiane)

Catégories	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	pon2_c2_mediane
CH	16	0:16:30
ESPIC/EBNL	1	0:15:00
Privé	11	0:10:00

Tableau 34. Indicateur « Administration d'antiagrégants plaquettaires à la phase aiguë » – Moyennes régionales en 2013 (en %)

Catégories	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	aap_c_moyenne
CH	110	91
CHU	39	92
ESPIC/EBNL	10	91
Privé	67	93

Tableau 35. Indicateur « Tenue du dossier patient pris en charge pour un SCA ST+ » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %)

Catégories	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	tdp_c_moyenne
CH	51	95
CHU	28	92
ESPIC/EBNL	6	96
Privé	36	96

Tableau 36. Indicateur « Score agrégé des indicateurs évaluant les prescriptions médicamenteuses (BASI) » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %)

Catégories	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	basi_c_moyenne
CH	216	82
CHU	39	91
ESPIC/EBNL	20	84
Privé	87	80

Tableau 37. Indicateur « Prescription appropriée d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel après un infarctus » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %)

Catégories	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	asp_c_moyenne
CH	216	94
CHU	39	97
ESPIC/EBNL	20	94
Privé	87	93

Tableau 38. Indicateur « Prescription appropriée de bêtabloquant après un infarctus » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %)

Catégories	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	bbl_c_moyenne
CH	216	96
CHU	39	98
ESPIC/EBNL	20	97
Privé	87	95

Tableau 39. Indicateur « Mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %)

Catégories	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	iec1_c1_moyenne
CH	216	91
CHU	39	97
ESPIC/EBNL	20	93
Privé	87	91

Tableau 40. Indicateur « Prescription appropriée d'inhibiteur d'enzyme de conversion (IEC) ou d'Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II (ARA 2) après un infarctus » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %)

Catégories	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	iec2_c2_moyenne
CH	91	95
CHU	30	98
ESPIC/EBNL	9	98
Privé	46	92

Tableau 41. Indicateur « Prescription appropriée de statine après un infarctus » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %)

Catégories	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	sta_c_moyenne
CH	216	95
CHU	39	98
ESPIC/EBNL	20	95
Privé	87	95

Tableau 42. Indicateur « Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %)

Catégories	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	hyg_c_moyenne
CH	216	63
CHU	39	71
ESPIC/EBNL	20	54
Privé	87	69

Tableau 43. Indicateur « Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %)

Catégories	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	tbc1_c1_moyenne
CH	216	96
CHU	39	98
ESPIC/EBNL	20	98
Privé	87	97

Tableau 44. Indicateur « Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac » – Statistiques descriptives par catégorie d'établissement en 2013 (en %)

Catégories	Nbre d'ES ≥ 10 dossiers	tbc2_c2_moyenne
CH	113	83
CHU	39	80
ESPIC/EBNL	12	71
Privé	67	77

► **Résultats complémentaires SCA ST+**

Catégories	Résultats
Taux de patients avec une stratégie de reperfusion mise en œuvre dans les 12 h suivant le début des symptômes	93 %
Taux de patients reperfusés par thrombolyse	14 %
Taux de patients reperfusés par angioplastie primaire	86 %
Taux d'angioplastie primaire réalisée en moins de 120 min et de thrombolyse réalisée dans les 30 min	57 %
Délai médian entre le début des symptômes et l'ECG qualifiant pour les patients admis directement en salle de coronarographie ou en service de cardiologie	1 h23
Délai médian entre le début des symptômes et l'ECG qualifiant	1 h36
Délai médian entre le début des symptômes et l'ECG pour les patients admis directement en salle de coronarographie	1h20
Délai médian entre le début des symptômes et l'ECG pour les patients admis aux urgences	2 h16
Délai médian entre l'ECG qualifiant et l'arrivée dans l'établissement pour les patients admis directement en salle de coronarographie ou en service de cardiologie	58 mn
Délai médian entre l'ECG qualifiant et l'arrivée dans l'établissement	55 mn
Délai médian entre l'ECG qualifiant et l'arrivée dans l'établissement pour les patients admis directement en salle de coronarographie	57 mn
Délai médian entre l'ECG qualifiant et l'arrivée dans l'établissement pour les patients admis aux urgences	37 mn
Délai médian entre l'ECG qualifiant et l'arrivée dans l'établissement pour les patients admis en service de cardiologie	1 h05
Délai médian entre le contact médical et la réalisation de la ponction pour les patients admis directement en salle de coronarographie ou en service de cardiologie	1 h23
Délai entre le premier contact médical et la réalisation de la ponction pour les patients admis par les Urgences	1 h37
Délai entre le premier contact médical et la réalisation de la ponction	1 h26

Catégories	Résultats
Délai entre le premier contact médical et la réalisation de la ponction pour les patients admis directement en salle de coronarographie	1 h 19
Délai entre le 1 ^{er} contact médical et la réalisation de la ponction pour les patients admis aux urgences	1 h 37
Délai entre le 1 ^{er} contact médical et la réalisation de la ponction pour les patients admis en service de cardiologie	2 h 17
Délai médian entre l'heure d'arrivée dans l'établissement d'origine et l'heure d'arrivée dans l'établissement pour les patients transférés	2 h 35



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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