

FICHE

Mesure de la mortalité 30 jours après un infarctus du myocarde

Développement d'un indicateur de résultats en cardiologie

15 décembre 2023

Un indicateur national de résultats en cardiologie est en cours de développement et une deuxième mesure est proposée aux professionnels de santé en 2023.

Il mesure la mortalité survenue 30 jours après une hospitalisation pour infarctus du myocarde (IDM), dans et en dehors des établissements de santé, à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS¹).

Le développement de cet indicateur s'inscrit dans la politique nationale des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) en établissements de santé.

Pourquoi cet indicateur ?

La mortalité cardiovasculaire reste un enjeu de santé publique, et représente la 1^{ère} cause de mortalité chez la femme et la 2^{ème} chez l'homme.

La mesure de la mortalité dans les 30 jours après un infarctus du myocarde (IDM) aigu présente un intérêt pour l'amélioration des pratiques et du résultat pour le patient car :

- Des recommandations de bonnes pratiques diagnostiques et thérapeutiques de l'infarctus du myocarde aigu qui impactent la mortalité sont disponibles (exemple, European society of Cardiology (ESC) [2017](#), [2023](#)).
- Le délai de 30 jours à partir de l'admission est pertinent pour identifier des causes de décès potentiellement liées à la qualité de la prise en charge dans l'établissement.

Quel est l'objectif de cet indicateur en cours de développement?

L'utilisation de cet indicateur en développement vise *in fine* à réduire le taux de décès, en mobilisant les professionnels autour de l'analyse des causes de décès survenus dans leur établissement, et le cas échéant de mettre en place des actions d'amélioration. Cette démarche s'intègre dans une démarche qualité – gestion des risques au sein des établissements de santé concernés.

¹ SNDS : Système National des Données de Santé, comprenant les données du programme de médicalisation des systèmes d'information qui décrit l'activité médicale des établissements de santé (PMSI) et les données exhaustives de remboursement inter-régime de l'assurance maladie (DCIR)

Que mesure-t-il ?

Cet indicateur mesure le ratio standardisé du nombre observé sur le nombre attendu de décès identifiés 30 jours après une admission pour IDM aigu (cf. [Fiche descriptive de l'indicateur](#)).

- **Le nombre observé de décès** correspond aux séjours d'IDM aigus codés avec décès par les établissements au cours du séjour cible, au cours d'une réhospitalisation dans tout établissement ou en ville.
- **Le nombre attendu de décès** : Il est calculé en utilisant un modèle de régression logistique. Il prend en compte les facteurs associés au risque de décès dans cette population qui sont indépendants de la qualité des soins et qui sont identifiables dans le SNDS. Ces 18 facteurs sont : âge, sexe, IDM aigu de type SCA ST+, 11 comorbidités dans les 3 ans avant le séjour d'IDM aigu (antécédents de cardiopathies ischémiques aiguës ou chroniques, d'accident vasculaire cérébral aigu, d'insuffisance cardiaque, d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, de troubles du rythme ou de la conduction cardiaque, de diabète, d'insuffisance rénale, de cancers, d'hyperlipidémie, d'obésité et de troubles mentaux), 3 complications aiguës survenues lors du séjour cible d'IDM aigu (troubles du rythme ou de la conduction, insuffisance cardiaque aiguë, rupture ou thrombose cardiaque) et la complémentaire santé solidaire (C2S).

Qui est concerné par cet indicateur en établissement de santé ?

- **Les équipes et notamment les cardiologues et urgentistes**, impliqués dans le diagnostic et la prise en charge de l'IDM aigu de la phase aiguë à la sortie, et ceux impliqués dans la prise en charge des réhospitalisations pour complications post-IDM aigu ayant amené au décès.
- **Les médecins du département d'information médicale (DIM)** en charge du codage dans le PMSI de l'établissement des diagnostics d'IDM aigu, des comorbidités des patients et des actes qui sont tracés dans les dossiers des patients.
- **Le coordinateur de la gestion des risques** et l'équipe qui s'occupe de la qualité et de la sécurité des soins au sein de l'établissement.
- La gouvernance de l'établissement (direction générale et CME).

Quels rendus aux établissements de santé

Pour contribuer à l'utilisation de cet indicateur et à l'analyse du résultat, sont mis à disposition par la HAS sur la plateforme sécurisée QualHAS² de la HAS :

- Le résultat de l'indicateur calculé à partir du SNDS avec des informations agrégées.
- Ainsi que des outils et documents d'information ([Fiche descriptive](#), [guide de lecture du funnel plot](#), consignes de codage des cardiopathies ischémiques ([ATIH, 2017](#))...).

Comment utiliser cet indicateur ?

De manière générale, tout décès détecté dans les 30 jours après un IDM aigu nécessite un retour aux dossiers correspondants. Ce dernier permet dans un premier temps d'identifier les causes potentiellement évitables du décès et cibler des actions d'amélioration réalisables, en lien avec le programme qualité et gestion des risques de l'établissement de santé.

² La plate-forme QUALHAS est dédiée aux indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) des établissements de santé (partenariat HAS-ATIH). Elle permet de produire les IQSS mesurés à partir des dossiers des patients et de restituer aux établissements ceux mesurés à partir des bases médico-administratives.

Le résultat de l'indicateur « Ratio standardisé du nombre observé sur attendu de décès 30 jours après IDM aigu » est restitué aux établissements dans un funnel plot (diagramme en entonnoir) (Cf. Guide de lecture du funnel plot) :

- Toute situation au-dessus de la limite à + 3 DS, confère à l'établissement un statut atypique « haut » à 3DS, qui signifie que le nombre observé d'événements est significativement supérieur à l'attendu, avec un risque d'erreur à 0,2%, et ce malgré la standardisation réalisée sur les facteurs de risque et les exclusions a priori des cas de sur-risque non liés à la qualité.
- Toute situation entre +2DS et +3DS, confère à l'établissement un statut atypique à 2DS, qui signifie que le nombre observé d'événements est significativement supérieur à l'attendu avec un risque d'erreur de 5%.
- Toute situation entre +2DS et -3DS, confère à l'établissement un statut non atypique, qui signifie que le nombre observé d'événements n'est pas différent de l'attendu.
- Toute situation en dessous de la limite à - 3 DS, confère à l'établissement un statut atypique « bas » qui signifie que le nombre observé d'événements est significativement inférieur à l'attendu avec un risque d'erreur de 0,2%.

L'indicateur a été validé en 2022 pour le pilotage interne de la qualité des soins et la gestion des risques.

Rappel

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)

La mesure des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) de type résultats, mesurés à partir des bases médico-administratives répond à une demande forte de la part des établissements de santé, des professionnels de santé, des tutelles et des usagers.

La HAS assure le pilotage opérationnel du développement, de la mesure et du déploiement national de ses indicateurs dans l'objectif d'améliorer les pratiques et *in fine* le service rendu au patient.

Chaque développement est réalisé en lien avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et un groupe de travail multidisciplinaire, regroupant les expertises cliniques, de l'information médicale, du patient et de l'utilisateur (Cf. Méthode de développement, validation et utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives, [HAS 2019](#)).

Avantages et limites des indicateurs de résultats mesurés à partir du PMSI

Le principal avantage des indicateurs mesurés à partir des bases médico-administratives est leur recueil sans charge supplémentaire de travail pour les professionnels de santé dans les établissements de santé, avec possibilité de suivi dans le temps. Le temps gagné sur le recueil peut être investi dans d'autres activités, comme l'analyse des résultats.

Ces indicateurs, et les informations complémentaires qui les accompagnent, permettent d'identifier des failles possibles dans l'organisation et la pratique des professionnels de santé nécessitant une investigation plus approfondie autour des événements détectés, intégrée dans un programme qualité-gestion des risques. Ils constituent un levier supplémentaire pour le pilotage interne de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Une de leur limite est liée à la qualité du codage, qui pour cet indicateur a notamment nécessité le rappel des consignes de codage des cardiopathies ischémiques publiées par l'ATIH en 2017.

Pour en savoir plus : page sur le site internet de la HAS dédiée au développement de la [mesure de la mortalité 30 jours après infarctus aigu du myocarde](#).

