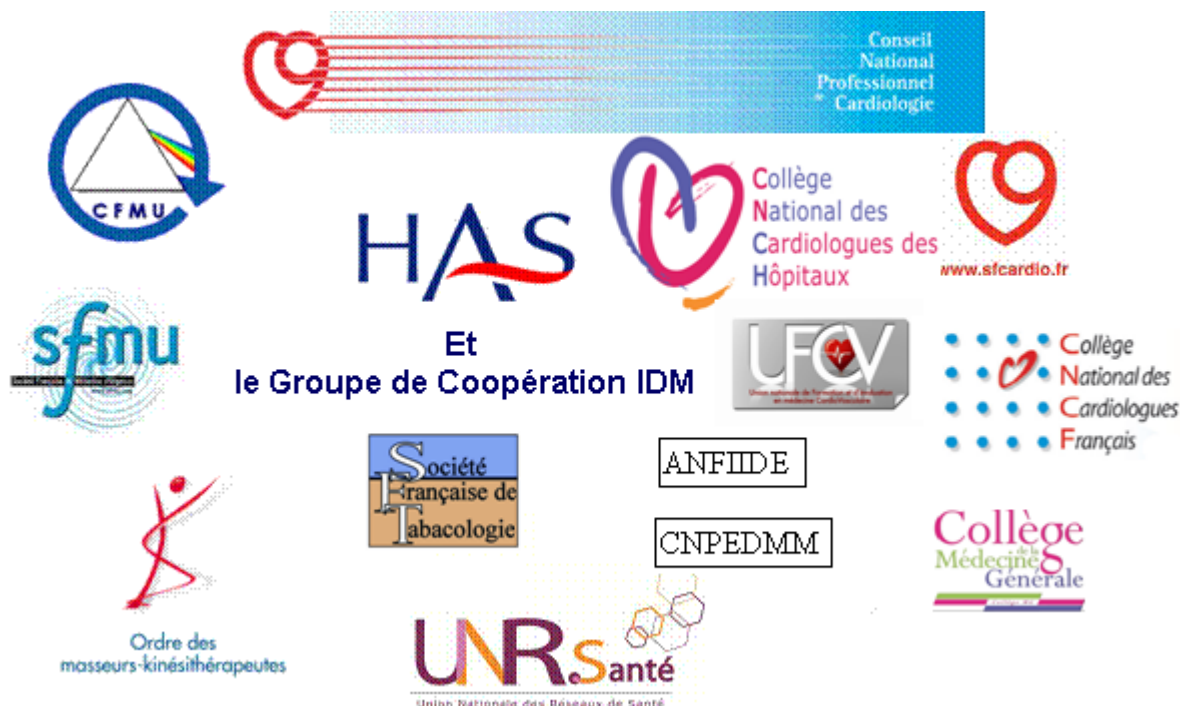




Indicateurs de pratique clinique Infarctus du myocarde (IDM) « Des 1^{ers} signes au suivi à 1 an »

Mars 2012

Une méthode pour l'amélioration de la qualité
du parcours de soins du patient

Service Programmes Pilotes - Impact clinique
Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Document mis en ligne le 2 avril 2009.

Première actualisation en mars 2012.

La présente actualisation porte sur :

- la mise à jour des références bibliographiques sur le thème « Infarctus du myocarde »
- l'intégration des retours du Groupe national de Coopération IDM (cf. Brochure Bilan IDM 2009, Symposium HAS-BMJ, Réunions techniques et Plénières HAS cardiovasculaires 2009, 2010 et 2011)
- la validation professionnelle par consensus du Groupe national de Coopération IDM et des organisations professionnelles parties prenantes.

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en mars 2012
© Haute Autorité de Santé – 2012

Sommaire

1. Pourquoi ces indicateurs de pratique clinique (IPC) ?	5
2. Démarche participative : Groupe national de coopération « IDM » & HAS.....	6
3. Liste des abréviations	8
4. Bilan des pratiques, objectifs prioritaires et liste des indicateurs par étape	9
Etape 1 : de la douleur à la reperfusion.....	9
Etape 2 : de la reperfusion à la sortie de l'établissement de santé	10
Etape 3 : suivi ambulatoire post-infarctus à 1 an.....	11
5. Proposition d'IPC repères pour évaluer la qualité clinique d'un parcours de prise en charge de l'infarctus du myocarde	12
6. Fiches descriptives des indicateurs de pratique clinique	13
1. Taux d'appels au 15 en 1ère intention à la phase aiguë	13
2. Taux de traitement antiagrégant plaquettaire approprié en phase aiguë	14
3. Taux de traitement des douleurs intenses par morphinique	15
4. Taux d'orientation directe en CCI.....	16
5. Taux de mise en œuvre d'une stratégie de reperfusion en phase aiguë.....	17
6. Délai de réalisation de l'angioplastie primaire en phase aiguë	18
7. Délai de réalisation de la thrombolyse en phase aiguë	19
8. Taux d'évaluation de la fonction ventriculaire gauche lors de l'hospitalisation	20
9. Taux de prescription appropriée de β bloquant à la sortie.....	21
10. Taux de prescription appropriée d'antiagrégant plaquettaire à la sortie	22
11. Taux de prescription appropriée de statine à la sortie	23
12. Taux de prescription appropriée d'inhibiteur de l'enzyme de conversion à la sortie	24
13. Taux de prescription de réadaptation cardiovasculaire	25
14. Taux d'aide au sevrage tabagique	26
15. Taux d'avis diabétologiques pour hyperglycémie sévère	27
16. Taux d'information pour le recours au 15 en post-infarctus.....	28
17. Taux de recherche de douleur thoracique et/ou de prise de nitrés en post-infarctus.....	29
18. Taux de réalisation de réadaptation cardiovasculaire en post-infarctus.....	30
19. Taux de suivi de la pression artérielle en post-infarctus	31
20. Taux d'évaluation de la tolérance au traitement en post-infarctus.....	32
21. Taux d'information sur la nécessité d'une activité physique régulière en post-infarctus	33
22. Taux de suivi du tabagisme actif en post-infarctus	34
23. Taux de réalisation du bilan lipidique et glucidique 3 à 6 mois post-infarctus	35
24. Taux de suivi du poids.....	36
25. Taux de suivi de l'activité physique en post-infarctus 3 à 6 mois après la sortie.....	37
26. Taux de recherche d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) en post-infarctus.....	38
27. Taux de traitement approprié par β bloquant à un an.....	39
28. Taux de traitement approprié par aspirine à un an	40
29. Taux de traitement approprié par antiagrégant plaquettaire (hors aspirine) à un an.....	41
30. Taux de traitement approprié par statine à un an	42
31. Taux de traitement approprié par IEC à un an.....	43
32. Taux de suivi diététique en post-infarctus	44
33. Taux de correspondance médecin traitant - cardiologue pour le suivi post-infarctus	45
34. Taux de mortalité à 30 jours Optionnel	46

7. Scores de risque et mortalité	47
8. Liste des items proposés pour renseigner les indicateurs de pratique clinique	49
Annexes	52
Annexe 1. Outils proposés.....	53
1.1 Proposition de fiches patients.....	53
1.1.1 SCA en Ambulatoire – Transmission.....	53
1.1.2 SAMU – Urgences	54
1.1.3 Cardiologie	55
1.1.4 Suivi ambulatoire post-infarctus.	56
1.1.5 Fiche « Indicateurs de résultats : Bilan à 1 an post-infarctus.....	58
Fiche « Indicateurs d'accès aux prises en charge spécialisées : Bilan à 1 an post-infarctus »	58
1.2 Proposition de mémos	59
1.2.1 Parcours optimal de prise en charge d'une suspicion de SCA	59
1.2.2 Suspicion d'un SCA en ambulatoire	59
1.2.3 SAMU	60
1.2.4 SAMU - Urgences	61
1.2.5 Urgences.....	62
1.2.6 Cardiologie	63
1.2.7 Au décours d'un SCA : SCA et diabète	65
1.2.8 Au décours d'un SCA : SCA et tabac	65
Annexe 2. Recherche documentaire	666
Annexe 3. Références bibliographiques.....	69
3.1 Références méthodologiques	69
3.2 Recommandations.....	70
3.3 Indicateurs	75
3.4 Autres types de publications.....	79

1. Pourquoi ces indicateurs de pratique clinique (IPC) ?

L'infarctus du myocarde est un enjeu de santé publique bénéficiant de nombreuses références régulièrement actualisées en France¹ et à l'international.

Les bonnes pratiques ainsi établies sont mises en œuvre par les professionnels de santé et équipes soignantes, tout au long du parcours du patient, notamment au sein des filières spécifiques développées par les acteurs régionaux.

Pour faciliter et suivre l'implémentation des recommandations et l'amélioration des pratiques, les praticiens de différentes disciplines sous l'égide de la HAS ont défini ensemble un socle commun et partagé **d'indicateurs de pratique clinique (IPC) permettant de mesurer la prise en charge clinique optimale sur l'ensemble du parcours du patient** - de l'appel au centre 15 jusqu'au suivi en ambulatoire de l'infarctus du myocarde aigu «classique»². Chaque discipline et chaque équipe conserve, par ailleurs, la possibilité de créer et de recueillir d'autres critères, mieux adaptés à leur objectifs ou à leur réalité d'exercice.

Les IPC sont élaborés sur la base d'une démarche collaborative, prospective, centrée sur le patient et l'ensemble de son parcours et intégrant les 3 dimensions de la qualité ESA (Efficacité, Sécurité et Accès aux meilleurs soins). Portant sur les points clés des pratiques cliniques, ils permettent d'en objectiver le niveau de qualité. Leur finalité est de contribuer à améliorer la qualité et la sécurité des soins et l'impact clinique pour le patient tout au long de son parcours.

Les IPC sont produits et validés avec les professionnels de santé et leurs organisations professionnelles directement impliquées (Méthode HAS³). Des mises en œuvre et retours d'expérience des pratiques sont disponibles sur le site de la HAS⁴.

Ainsi ce socle commun d'indicateurs permet aux professionnels d'évaluer et de comparer leurs résultats et leurs modes de prise en charge, démarche constructive dite de *benchmarking* pour améliorer le service médical rendu au patient⁵. Cette comparaison peut être utilement enrichie par la caractérisation des populations étudiées.

Ces IPC permettent également aux institutions et aux décideurs de disposer de repères valides et consensuels sur la qualité clinique des parcours de soins, et aux patients d'avoir une information éclairée sur les repères clés des bonnes pratiques et les résultats des prises en charge.

¹ Annexe III B. Recommandations : 38, 40, 52, 61, 62, 65; C. Indicateurs : 115 et D. Autre : 151

² Définition : [syndrome coronarien aigu avec surélévation du segment ST (SCA ST+) ou avec bloc de branche gauche récent ou supposé récent (BBG)]

³ Annexe III A. Méthode : 1, 2, 5, 6

⁴ Annexe III A. Méthode : 3; C. Indicateurs : 99, 107, 108, 109 ; D. Autre : 149

⁵ Annexe III B. Recommandations : 3; D. Autre : 150

2. Démarche participative : Groupe national de coopération « IDM » & HAS

Ont été sollicités pour la réalisation des travaux de ce programme les organismes professionnels ANFIIDE, CEPPRAL, CFMU, CHEM, CMG, CNCF, CNCH, CNGE, CNPC, CNPEDMM, FMC n°1, FNMF, LORFOMEC, RSSMG, SFC, SFDRMG, SFMG, SFMU, SFT, SFTG, UFCV, UNAFORMEC, UNR Santé et les représentants des registres de pratiques E-MUST, de Chateauroux, de Franche Comté, RICO, RESCA+31, REGLOR-SCA ST+, Oscar+, réseau RESCUE, réseau RENAU-RESURCOR, réseau Rivarance, de l'enquête nationale Fast-MI, de l'étude REACH et de l'Euroheart survey.

Contributeurs :

Depuis 2008

Dr François-Xavier Ageron, urgentiste, RENAU-RESURCOR, Annecy
Dr Sophie Bataille, urgentiste, E MUST, Paris
Dr Loïc Belle, cardiologue, RENAU-RESURCOR, SFC, CNCH, Annecy
Dr Jean-Michel Bunel, généraliste, Maronne
Pr Bogdan Catargi, endocrinologue-diabétologue, Bordeaux
Dr Sandrine Charpentier, urgentiste, RESCA+ 31, Toulouse
Pr Cyrille Colin, médecin épidémiologiste, CEPPRAL, Lyon
Pr Yves Cottin, cardiologue, RICO, Dijon
Pr Nicolas Danchin, cardiologue, SFC, Fast-MI, Indicqard, Paris
Dr Valérie Debierre, urgentiste, SFMU, Nantes
Pr Laurent Degos, président de la HAS 2004 - 2010
Dr Jean-Louis Ducassé, urgentiste, CFMU, Toulouse
Dr Antoine Duclos, médecin épidémiologiste, CEPPRAL, Lyon
Dr Annabel Dunbavand, conseiller médical, centres de santé FNMF, Paris
Dr Carlos El Khoury, urgentiste, RESCUE, OSCAR+, Vienne
Dr Patrick Goldstein, urgentiste, SFMU, Lille
Dr Etienne Hinglais, urgentiste, CFMU, Paris
Dr Thierry Laperche, cardiologue, Saint-Denis
Dr Yves Le Noc, généraliste, SFDRMG, CMG, Groupe Guide médecin, Nantes
Dr Olivier Mayer, généraliste, Strasbourg
Pr François Schiele, cardiologue, Registre de Franche Comté, Euroheart survey, Besançon
Dr Louis Soulat, urgentiste, Registre Centre Châteauroux
Dr Christian Ziccarelli, cardiologue, UFCV, CNPC, Indicqard, Orléans

En 2010 - 2012

Dr Charles Autreaux, généraliste, Jolimetz
Dr Marc Baudet, Cardiologue, Maison du cœur, Dax
Dr Jacques Berland, cardiologue, CNPC, CNCF, Rouen
Dr Ivan Berlin, pharmacologue, tabacologue, SFT
Mme Mireille Bucau, infirmière spécialisée en éducation thérapeutique, Dax
Dr Simon Cattat, cardiologue, CNCH, Montfermeil
Dr Tahar Chouihed, urgentiste, registre REGLOR-SCA ST+, Nancy
Dr Emmanuel Corbillon, SMACDAM, HAS
Mme Catherine Daugareil, infirmière spécialisée en éducation thérapeutique, Maison du cœur, Dax
Eric Delezie, masseur kinésithérapeute, CNOMK, Paris
Dr Thierry Denolle, cardiologue, réseau Rivarance, Dinard
Dr Gilles Dentan, cardiologue, CNPC, Fontaine les Dijon
Mme Marielle Desmartin, diététicienne, Lyon
Mme Catherine Frerou, diététicienne, Rennes
Dr Pascal Héricotte, cardiologue, URCET, Dax
Dr Marie-Christine Iliou, cardiologue, SFC, Gers
Pr Patrick Jourdain, cardiologue, CNCH, Cergy Pontoise
Pr Véronique Kerlan, endocrinologue, CNPEDMM, Brest
Mme Brigitte Lecointre, ANFIIDE, Lyon
Dr Béatrice Lemaitre, médecin du travail, SFT, Caen
Dr Yann L'Hermitte, urgentiste et chargé de projet HAS, Paris
Dr Jacques Miguères, généraliste, Paris
Dr Jean-Michel Oriol, généraliste, chargé de projet HAS, Septeme, Rhône Alpes
Pr François Paillard, cardiologue, Rennes
Dr Eric Perchicot, cardiologue, CNPC, Cavaillon
Dr Joel Petite, généraliste, chargé de projet HAS, Franche Comté
Mme Marion Plétan, cadre de santé, chargée de projet HAS
Dr Denis Pouchain, généraliste, CNGE, Paris
Mme Armelle Richard, infirmière spécialisée en éducation thérapeutique, réseau Rivarance, Dinard
Dr Pierre Sabouret, cardiologue, REACH, Paris
Pr Jeannot Schmidt, urgentiste, SFMU, Clermont-Ferrand
Dr Claude Sichel, généraliste, Carnoux en Provence
Florent Teboul, masseur-kinésithérapeute, Villeneuve St Denis
Pr Daniel Thomas, cardiologue, tabacologue, SFT
Dr Michel Varroud-Vial, diabétologue, UNR santé

Coordination HAS - Service Programmes Pilotes – Impact clinique :

Dr Armelle Leperre-Desplanques, chef de service; Dr Linda Banaei-Bouchareb, chef de projet Programme Pilote « infarctus du myocarde », Dr Carlos El-Khoury, chargé de projet « infarctus du myocarde », Mme Marie Erbault, Mme Carole Micheneau, Dr Nathalie Riolacci, adjointe au chef de service.

La recherche et la veille documentaires ont été réalisées par Virginie Henry (documentaliste), et Renée Cardoso (aide documentaliste), avec la participation de Mireille Cecchin (documentaliste), du service documentation et information des publics de la HAS, en lien avec le chef de projet référent du thème infarctus du myocarde, Linda Banaei-Bouchareb du service des programmes pilotes - Impact clinique de la HAS.

3. Liste des abréviations

ANFIIDE	Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés et Etudiants
BASI	ßbloquant, antiagrégant plaquettaire (aspirine et/ou clopidogrel/prasugrel/ticagrelor), statine, IEC
BBG	Bloc de branche gauche
CA	Cardiologie ambulatoire
CARDIO-ARHIF	Registre de cardiologie de l'Agence régionale d'hospitalisation d'Ile de France
CEPPRAL	Coordination Pour L'évaluation Des Pratiques Professionnelles en santé en Rhône-Alpes
CFMU	Collège Français de Médecine d'Urgence
CHEM	Collège des Hautes Etudes en médecine
CI	Cardiologie interventionnelle
CMG	Collège de la Médecine Générale
CMRE	Chargés de mission régionaux pour l'évaluation
CNCF	Collège national des cardiologues français
CNCH	Collège national des cardiologues hospitaliers
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CNOMK	Conseil National de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes
CNPC	Conseil national professionnel de cardiologie
CNPEDMM	Conseil National professionnel d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
DA	Diabétologie ambulatoire
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
E MUST	Evaluation en Médecine d'urgence des stratégies thérapeutiques de l'infarctus du myocarde
Filière	Parcours du patient dans le système de santé
FMC n°1	Association Formation Médicale Continue n°1
FNMF	Fédération nationale de la Mutualité Française
FPA	Filière phase aigue = SAMU/SMUR, urgences, cardiologie, cardiologie interventionnelle
IDM	Infarctus du myocarde
IEC	Inhibiteur de l'enzyme de conversion
IPC	Indicateur de pratique clinique
LORFOMEC	Fédération Lorraine des Associations de formation médicale continue
MG	Médecin généraliste
ORBI	Observatoire Régional Breton sur l'Infarctus du myocarde
OSCAR+	Observatoire du Syndrome Coronarien Aigu du réseau RESCUE avec surélévation du segment ST
PPM	Professionnels paramédicaux
RENAU	RÉseau Nord Alpin des Urgences, www.renau.org
RESCA + 31	Recueil des SCA (Haute Garonne)
RC	Réadaptation cardiovasculaire (SSR cardiovasculaire)
RCFC	Registre du réseau de cardiologie de Franche Comté
REACH	Reduction of Atherothrombosis for Continued Health
REGLOR-SCA ST+	REGistre LORrain des Syndromes Coronariens Aigus avec surélévation du segment ST
RESCUe	RÉSeau Cardiologie Urgence (Rhône-Alpes)
RESURCOR	Réseau des Urgences Coronaires (Rhône-Alpes)
RICO	Registre des Infarctus de Côte d'Or
RSSMG	Regroupement des sociétés savantes de Médecine Générale
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SC	Service de cardiologie
SCA	Syndrome Coronarien Aigu
SCA ST+	Syndrome Coronarien Aigu avec surélévation du segment ST
SD	Service de diabétologie – d'endocrinologie
SFC	Société Française de Cardiologie
SFDRMG	Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale
SFMG	Société française de Médecine générale
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SFT	Société Française de Tabacologie
SFTG	Société de formation thérapeutique du généraliste
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SU	Service d'urgences
TA	Tabacologie ambulatoire
UFCV	Union de Formation et d'évaluation en médecine Cardio-Vasculaire
UNAFORMEC	Union nationale des Associations de formation médicale continue
UNR Santé	Union Nationale des Réseaux de santé
URCET	Unité de Rééducation Cardiaque et d'Éducation Thérapeutique

4. Bilan des pratiques, objectifs prioritaires et liste des indicateurs par étape

Etape 1 : de la douleur à la reperfusion

BILAN DES PRATIQUES^{6,7}

- Il existe une amélioration importante de la prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aigue, grâce aux progrès des traitements et à la coopération entre urgentistes et cardiologues.
- L'appel au centre 15 (SAMU) devant toute suspicion d'infarctus permet au patient de rentrer dans le parcours de soins optimal.
- ¼ des patients avec infarctus du myocarde bénéficie du parcours de soins optimal (appel au centre 15 (SAMU) - transfert direct en centre de cardiologie interventionnelle).
- Le traitement de la douleur est insuffisant en phase aigue.
- Une attention particulière doit être portée sur l'optimisation du diagnostic, en particuliers chez les sujets âgés et les femmes.
- La mise en place du suivi des pratiques (registres de pratiques, observatoire, enquête...) contribue à améliorer la prise en charge avec de meilleurs taux de reperfusion.

OBJECTIFS PRIORITAIRES

Tout retard diagnostique et thérapeutique à la phase aiguë d'un infarctus du myocarde entraîne une perte de chances pour le patient. Il faut donc :

- ⇒ Favoriser l'entrée des patients dans le parcours optimal par l'appel direct du SAMU (centre 15)
- ⇒ Développer le suivi des pratiques (enquêtes, registres de pratiques...) pour mesurer et améliorer notamment les taux et délais de reperfusion.

INDICATEURS DE PRATIQUE CLINIQUE PARTAGES ET CONSENSUELS – SOURCES DE DONNEES

1. Taux d'appels au 15 en première intention	FPA, SU, CI, SC
2. Taux de traitement approprié par antiagrégant plaquettaire	FPA, SMUR, SU, CI
3. Taux de traitement de la douleur intense par morphinique	FPA, SMUR, SU, CI
4. Taux d'orientation directe en CCI	FPA, SMUR, SAMU, SU
5. Taux de mise en œuvre d'une stratégie de reperfusion	FPA
6. Délai de réalisation de la thrombolyse	FPA, SMUR, SU
7. Délai de réalisation de l'angioplastie	FPA, CI

Une analyse de ces indicateurs dans les sous-groupes des femmes, sujets âgés et femmes âgées est proposée pour faire un état des lieux des pratiques dans ces populations et envisager des actions professionnelles adaptées.

Autres indicateurs proposés pour interpréter les résultats de la filière aigue et aider à l'amélioration des pratiques

Age, sexe	FPA, SC, CI
Délai « début des douleurs - appel au 15 en 1ère intention » par le patient ou par un tiers appelant	FPA, SC, CI
Délai médian début des douleurs thoraciques – 1 ^{er} contact médical	FPA, SMUR, SAMU, SU, CI
Délai médian inscription SAU-ECG des SCA ST+	SU
Délai médian inscription SAU-ECG des douleurs thoraciques	SU
Durée médiane de séjour aux urgences des ST+ transférés pour angioplastie primaire	SU
Taux de patients régulés par le SAMU mais non médicalisés	SAMU
Délai médian appel SAMU – arrivée SMUR pour SCA ST+	SAMU, SMUR
Délai médian appel SAMU – arrivée SMUR pour douleurs thoraciques	SAMU, SMUR
Délai médian arrivée SMUR – ECG pour SCA ST+	SMUR
Taux de scores de risque (Grace, EMMACE ou SRI) enregistrés	FPA, SU, CI, SC

⁶ Annexe III A. 3, B 13, C. 107, D. 149

⁷ Validation par Consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Etape 2 : de la reperfusion à la sortie de l'établissement de santé

BILAN DES PRATIQUES^{8,7}

- La prescription médicamenteuse en accord avec les recommandations les plus récentes s'est considérablement améliorée
- Une attention particulière doit être portée sur l'optimisation du traitement, en particuliers chez les sujets âgés et les femmes ayant présenté un infarctus du myocarde
- La proportion des patients diabétiques ou fumeurs est importante, et la prise en charge de ces facteurs de risque, représente un enjeu pronostique majeur pour ces patients.
- L'accès à un programme de réadaptation cardiovasculaire en post-infarctus est insuffisant

OBJECTIFS PRIORITAIRES

- ⇒ Optimiser le traitement médicamenteux BASI, en particuliers chez les sujets âgés et les femmes
- ⇒ Assurer la prise en charge précoce du tabac et du diabète en lien avec le médecin traitant (Interface ville - établissement de santé)
- ⇒ Optimiser l'accès à un programme de réadaptation cardiovasculaire
- ⇒ Développer le suivi des pratiques cliniques et le recueil d'indicateurs partagés

INDICATEURS DE PRATIQUE CLINIQUE PARTAGES ET CONSENSUELS – SOURCES DE DONNEES

8. Taux d'évaluation de la fonction ventriculaire gauche	SC
9. Taux de prescription appropriée de β bloquant à la sortie	SC, RC
10. Taux de prescription appropriée d'antiagrégant plaquettaire à la sortie	SC, RC
11. Taux de prescription appropriée de statine à la sortie	SC, RC
12. Taux de prescription appropriée d'IEC à la sortie	SC, RC
13. Taux de prescription de réadaptation cardiovasculaire	SC, RC, MG, CA
14. Taux d'aide au sevrage tabagique	SC, RC, MG, CA, TA
15. Taux d'avis diabétologique pour hyperglycémie très déséquilibrée	SC, SD, RC, DA, CA, MG

Une analyse de ces indicateurs dans les sous-groupes des femmes, sujets âgés et femmes âgées est proposée pour faire un état des lieux des pratiques dans ces populations et envisager des actions professionnelles adaptées.

Autres indicateurs proposés pour interpréter les résultats en post-infarctus et aider à l'amélioration des pratiques

Taux de mise en œuvre d'actions d'éducation thérapeutique (ETP) (quels que soient les modalités et lieux : programmes de réadaptation cardiovasculaire, programmes d'ETP, consultation/séance ou atelier d'éducation thérapeutique ou de prévention secondaire ou d'aide à l'observance, consultation de diabétologie, consultation de tabacologie, consultation diététique...)	RC, MG, CA, PPM, TA, DA
--	-------------------------

Taux de mise en œuvre de programmes d'ETP autorisés	RC, MG, CA, PPM, TA, DA
---	-------------------------

Des critères de bonne organisation du service de cardiologie élaborés par les professionnels permettent d'améliorer la prise en charge :

- Protocole de coopération entre les services de cardiologie et d'endocrino-diabétologie
- Protocole clinique de dépistage et de prise en charge des anomalies glycémiques à la phase aiguë
- Protocole clinique de prise en charge des patients coronariens diabétiques
- Protocole clinique de prise en charge des patients coronariens fumeurs

⁸ Annexe III A. 3, C. 108, D. 149, 153

⁷ Validation par Consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Etape 3 : suivi ambulatoire post-infarctus à 1 an

BILAN DES PRATIQUES^{9,7}

- Le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires est insuffisant
- Les programmes post-infarctus de réadaptation cardiovasculaire et d'éducation thérapeutique contribuent à réduire efficacement récidives et décès, et à améliorer la qualité de vie
- Le traitement BASI à distance de l'infarctus du myocarde peut être optimisé
- La mortalité à 30 jours a baissé de 60 % en 15 ans
- La mortalité de la 1ère année post-infarctus doit pouvoir encore diminuer.

OBJECTIFS PRIORITAIRES D'AMELIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

- ⇒ Améliorer et évaluer le contrôle des facteurs de risque des patients en post-infarctus du myocarde
- ⇒ Optimiser la prise en charge globale du patient en lien avec le médecin traitant : traitement médicamenteux, traitement non médicamenteux et éducation du patient
- ⇒ Développer le suivi des pratiques cliniques et le recueil d'indicateurs partagés

INDICATEURS DE PRATIQUE CLINIQUE PARTAGES ET CONSENSUELS – SOURCES DE DONNEES

Suivi à court terme	Sources de données
16. Taux d'information pour le recours au 15	RC, MG, PPM, CA
17. Taux de recherche de douleur thoracique et/ou de prise de nitrés	MG, PPM, CA
18. Taux de réalisation de réadaptation cardiovasculaire	RC, CA, MG
19. Taux de suivi de la pression artérielle	RC, MG, PPM, CA
20. Taux d'évaluation de la tolérance au traitement BASI	MG, PPM, CA
21. Taux d'information sur la nécessité d'une activité physique régulière	RC, MG, PPM, CA
Suivi à moyen terme (3 – 6 mois)	
22. Taux de suivi de l'exposition au tabagisme actif	RC, MG, CA, PPM, TA
23. Taux de réalisation du bilan lipidique et glucidique	MG, CA, DA
24. Taux de suivi du poids	MG, CA, PPM
25. Taux de suivi de la pratique d'une activité physique	RC, MG, PPM, CA
26. Taux de recherche d'AOMI	RC, MG, CA
Suivi à 1 an	
27. Taux de traitement approprié par β -bloquant	CA, MG
28. Taux de traitement approprié par aspirine	CA, MG
29. Taux de traitement approprié par antiagrégant plaquettaire hors aspirine	CA, MG
30. Taux de traitement approprié par statine	CA, MG
31. Taux de traitement approprié par IEC	CA, MG
32. Taux de suivi diététique	RC, CA, MG, PPM
33. Taux de correspondance médecin traitant - cardiologue à 1 an	CA, MG

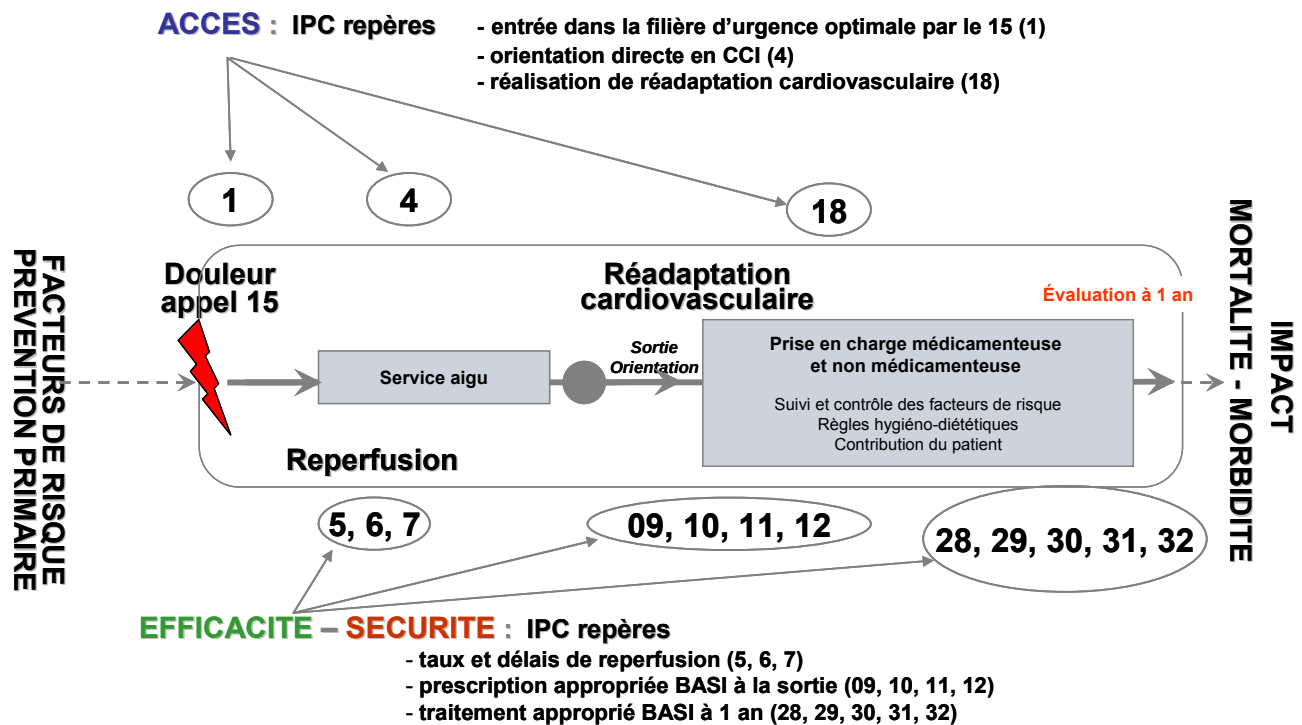
Taux de mortalité post-infarctus à 30 jours optionnel

FPA, RC, MG, CA

⁹ Annexe III A. 3, C. 109, D. 149, 153

⁷ Validation par Consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

5. Proposition d'IPC repères pour évaluer la qualité* clinique d'un parcours de prise en charge de l'infarctus du myocarde



* L'évaluation porte sur les 3 dimensions ESA de la qualité : *Efficacité, Sécurité et Accès*

6. Fiches descriptives des indicateurs de pratique clinique

1. Taux d'appels au 15 en 1ère intention à la phase aiguë

Taux de patients SCA ST+ ou BBG* pour lesquels le SAMU a été contacté en 1^{ère} intention

Numérateur	Nombre de patients SCA ST + ou BBG* pour lesquels le SAMU (15) a été contacté en 1 ^{ère} intention lors de la survenue des symptômes
Dénominateur	Nombre de patients SCA ST + ou BBG* avec douleur thoracique de moins de 12 heures
Données	FPA – SU – CI – SC Pour être interprétable au niveau d'une zone géographique, cet indicateur doit couvrir les patients pris en charge par le SAMU comme ceux arrivant par les urgences ou encore ceux arrivant directement en cardiologie (FPA). Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	L'appel rapide au SAMU - centre 15 par le patient ou par un tiers appelant permet au patient présentant une suspicion de syndrome coronarien aigu de bénéficier de la meilleure filière de prise en charge en termes de rapidité diagnostique et thérapeutique, et contribue à réduire la mortalité. L'entrée dans la filière de prise en charge débute lorsque le SAMU prend l'appel.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- B. Recommandations : 40, 61, 62, 65
- C. Indicateurs : 98, 107, 115

* BBG récent ou présumé récent

2. Taux de traitement antiagrégant plaquettaire approprié en phase aiguë

Prescription appropriée* d'antiagrégants(s) plaquettaire(s) chez les patients SCA ST + ou BBG**

Numérateur	Nombre de patients SCA ST+ ou BBG** avec • aspirine <u>et</u> autre antiagrégant plaquettaire*, ou • un seul antiagrégant plaquettaire autre que l'aspirine, si contre-indication à l'aspirine notée dans le dossier, ou patient déjà sous aspirine ou ayant été mis sous aspirine par le 1^{er} contact médical, ou • aspirine seule si contre-indication à un autre antiagrégant plaquettaire (notamment balance bénéfice risque défavorable notée dans le dossier), ou • aucun d'antiagrégant plaquettaire avec contre indications notées dans le dossier ou refus du patient noté dans le dossier
Dénominateur	Nombre total de patients SCA ST+ ou BBG**
Données	FPA – SMUR – SU – CI – SC Pour être interprétable au niveau d'une zone géographique, cet indicateur doit couvrir les patients pris en charge par le SAMU comme ceux arrivant par les urgences ou encore ceux arrivant directement en cardiologie (FPA). Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	L'utilisation d'antiagrégant(s) plaquettaire(s) diminue la mortalité par infarctus du myocarde. Clopidogrel ou prasugrel ou ticagrelor sont actuellement les antiagrégants plaquettaires utilisés en association avec l'aspirine, en l'absence de contre indication. D'autres antiagrégants plaquettaires validés dans cette indication sont appelés à être commercialisés.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
 B. Recommandations: 18, 21, 31, 35, 37, 40, 49, 53
 C. Indicateurs : 95, 107, 110, 112, 113, 114, 115, 117
 D. Autre : 129, 152, 175, 168

*La prescription «appropriée» correspond à une prescription en cas d'indication, et à une absence de prescription en cas de contre-indication, d'absence d'indication ou de refus du patient.

** BBG récent ou présumé récent

3. Taux de traitement des douleurs intenses par morphinique

Taux de patients SCA ST+ ou BBG* avec douleur persistante et EVA $\geq$ 60 mm ou EN $\geq$ 6 traités par morphinique

Numérateur	Nombre de patients SCA ST+ ou BBG* avec une douleur thoracique persistante intense (EVA $\geq$ 60 mm ou EN $\geq$ 6) traités par morphinique
Dénominateur	Nombre de patients SCA ST+ ou BBG* avec une douleur thoracique persistante intense (EVA $\geq$ 60 mm ou EN $\geq$ 6)
Données	FPA – SMUR – SU – CI – SC Pour être interprétable au niveau d'une zone géographique, cet indicateur doit couvrir les patients pris en charge par le SAMU comme ceux arrivant par les urgences ou encore ceux arrivant directement en cardiologie (FPA). Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	La prise en charge de la douleur en phase aigue d'un SCA ST+ ou BBG est essentielle d'un point de vue éthique, également parce que la douleur est associée à une activation sympathique, source de vasoconstriction et d'aggravation du travail cardiaque. Le recours aux morphiniques intraveineux en titration se justifie d'emblée en cas de douleurs intenses (EVA $\geq$ 60 mm ou EN $\geq$ 6).

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus

Les outils de référence d'évaluation de la douleur chez l'adulte communicant sont l'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle numérique (EN) et quand non réalisables, l'échelle verbale simple à cinq niveaux.

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- B. Recommandations: 17, 28, 30, 37, 40
- C. Indicateurs : 103, 107

4. Taux d'orientation directe en CCI

Taux de patients SCA ST+ ou BBG* ayant bénéficié d'une orientation directe dans un centre de cardiologie interventionnelle avec plateau technique disponible

Numérateur	Nombre de patients SCA ST+ ou BBG* (avec douleur thoracique de moins de 12 heures) orientés directement dans un CCI avec plateau technique d'angioplastie disponible
Dénominateur	Nombre de patients SCA ST + ou BBG* avec douleur thoracique de moins de 12 heures
Données	FPA – SMUR – SAMU – SU Pour être interprétable au niveau d'une zone géographique, cet indicateur doit couvrir les patients pris en charge par le SAMU comme ceux arrivant par les urgences ou encore ceux arrivant directement en cardiologie (FPA). Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	Tout patient SCA ST + ou BBG* nécessite une désobstruction coronaire en urgence. Il doit donc être dirigé vers un centre de cardiologie interventionnelle pour bénéficier d'une coronarographie diagnostique et interventionnelle dans les plus brefs délais, que la thrombolyse ait été réalisée ou non. Cet indicateur permet notamment d'évaluer la filière optimale (appel du SAMU - SMUR - transfert direct en CCI).

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- B. Recommandations: 17, 37, 40
- C. Indicateurs : 107, 115
- D. Autre : 126, 159

* BBG récent ou présumé récent

5. Taux de mise en œuvre d'une stratégie de reperfusion en phase aiguë

Taux de mise en œuvre d'une reperfusion coronaire précoce chez les patients SCA ST+ ou BBG* pris en charge dans les 12 heures après le début des symptômes

Numérateur	Nombre de patients SCA ST + ou BBG* pour lesquels une stratégie de reperfusion coronaire (angioplastie ou thrombolyse) a été mise en œuvre dans les 12 heures après le début des symptômes
Dénominateur	Nombre de patients SCA ST + ou BBG* pris en charge dans les 12 heures après le début des symptômes <u>Critères d'exclusion</u> : ▪ Contre indications et non indications aux techniques de reperfusion justifiées dans le dossier ▪ Refus du patient
Données	FPA - Pour être interprétable au niveau d'une zone géographique, cet indicateur doit couvrir les patients pris en charge par le SAMU comme ceux arrivant par les urgences ou encore ceux arrivant directement en cardiologie (FPA). Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	Le bénéfice en termes de mortalité et morbidité d'une reperfusion précoce (par angioplastie ou thrombolyse) des SCA ST+ est actuellement unanimement reconnu. Tout patient pris en charge dans les 12 heures après le début des symptômes doit bénéficier d'une stratégie de reperfusion coronaire, soit par angioplastie, soit par thrombolyse.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
 B. Recommandations: 11, 17, 26, 29, 31, 37, 38, 40, 43
 C. Indicateurs : 107, 112, 113, 114, 115, 117

* BBG récent ou présumé récent

6. Délai de réalisation de l'angioplastie primaire en phase aiguë

Délai médian premier contact médical – 1^{ère} expansion du ballonnet/1^{ère} thrombo-aspiration pour les patients SCA ST+ ou BBG* ayant bénéficié d'une angioplastie

Numérateur	Délai entre l'heure du 1er contact médical (PCM) et l'heure de la 1 ^{ère} expansion du ballonnet ou 1 ^{ère} thrombo-aspiration pour les patients ayant bénéficié d'une angioplastie primaire dans les 12 heures suivant le début de la douleur. <u>Critère d'exclusion</u> : report de l'angioplastie pour des raisons documentées dans le dossier (contre indication temporaire, refus du patient)
Dénominateur	Pas de dénominateur
Données	FPA – CI Pour être interprétable au niveau d'une zone géographique, cet indicateur doit couvrir les patients pris en charge par le SAMU comme ceux arrivant par les urgences ou encore ceux arrivant directement en cardiologie (FPA). Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	Le bénéfice en termes de mortalité et morbidité d'une reperfusion précoce (par angioplastie ou thrombolyse) des SCA ST+ est actuellement unanimement reconnu.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus

Le PCM est le moment de l'arrivée du médecin sur les lieux de prise en charge, permettant la réalisation d'un ECG qualifiant et si indiquée, la mise en œuvre d'une stratégie de reperfusion. L'heure de réalisation de l'ECG qualifiant et l'heure d'introduction du 1er dispositif de désobstruction de l'artère devront être notées par les cardiologues en plus de l'heure de ponction habituellement recueillie (techniques actuellement utilisées : ballon, thrombo-aspiration, stenting direct). Il est néanmoins conseillé de recueillir les horaires suivants : début de la douleur, arrivée sur place - 1er contact médical, ECG qualifiant, arrivée en salle de cathétérisme.

L'angioplastie primaire doit être privilégiée :

- si le délai début de la douleur – 1er contact médical est inférieur à 2 heures et le délai PCM- inflation du ballonnet/thromboaspiration est estimé < 90 minutes
- si le délai début de la douleur – 1er contact médical est supérieur à 2 heures et le délai PCM- inflation du ballonnet/thromboaspiration est estimé < 120 minutes

Dans tous les autres cas, la thrombolyse est recommandée.

Références bibliographiques (Annexe III)

A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

B. Recommandations: 17, 26, 29, 31, 37, 38, 40, 43, 49

C. Indicateurs : 70, 91, 92, 107, 112, 113, 114, 115, 117

* BBG récent ou présumé récent

7. Délai de réalisation de la thrombolyse en phase aiguë

Délai médian premier contact médical - thrombolyse pour les patients
SCA ST+ ou BBG* thrombolysés

Numérateur Délai entre le premier contact médical (PCM) et l'injection du thrombolytique pour les patients ayant bénéficié d'une thrombolyse dans les 12 heures suivant le début de la douleur.

Critère d'exclusion : report de la thrombolyse pour des raisons documentées dans le dossier (contre indication temporaire, refus du patient)

Dénominateur Pas de dénominateur

Données FPA – SMUR – SU
Pour être interprétable au niveau d'une zone géographique, cet indicateur doit couvrir les patients pris en charge par le SAMU comme ceux arrivant par les urgences ou encore ceux arrivant directement en cardiologie (FPA).

Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.

Justification Le bénéfice en termes de mortalité et morbidité d'une reperfusion précoce (par angioplastie ou thrombolyse) des SCA ST+ est actuellement unanimement reconnu.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus

Le PCM est le moment de l'arrivée du médecin sur les lieux de prise en charge, permettant la réalisation d'un ECG qualifiant, et si indiquée la mise en œuvre d'une stratégie de reperfusion. La thrombolyse peut-être extra-hospitalière ou intra-hospitalière.
La thrombolyse doit être réalisée par une équipe expérimentée dans un délai de temps inférieur à 30 minutes après le premier contact médical.

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- B. Recommandations: 17, 26, 29, 37, 38, 40, 43, 49
- C. Indicateurs : 69, 90, 107, 112, 113, 114, 115, 117

* BBG récent ou présumé récent

8. Taux d'évaluation de la fonction ventriculaire gauche lors de l'hospitalisation

Taux de patients SCA ST+ ou BBG* ayant bénéficié d'une évaluation de la fonction ventriculaire gauche lors de leur hospitalisation

Numérateur	Nombre de patients SCA ST + ou BBG* ayant eu une évaluation de la fonction ventriculaire gauche, par échocardiographie, angiographie ou scintigraphie lors de leur hospitalisation, notée dans le dossier.
Dénominateur	Nombre de patients SCA ST + ou BBG*
Données	SC - RC Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	L'évaluation de la fonction ventriculaire gauche est recommandée lors de tout infarctus car elle conditionne le traitement et le pronostic. Indicateurs : S'il existe une dysfonction ventriculaire gauche, cette dernière devra être réévaluée à distance.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- B. Recommandations: 17, 37
- C. Indicateurs : 99, 108, 112, 113, 114, 115, 117

* BBG récent ou présumé récent

9. Taux de prescription appropriée de β bloquant à la sortie

Taux de patients SCA ST+ ou BBG* avec prescription appropriée** de β bloquant à la sortie

Numérateur	Nombre de patients SCA ST + ou BBG* - avec prescription βbloquant à la sortie, ou - sans prescription de βbloquant, avec contre-indication notée dans le dossier - sans prescription de βbloquant, avec intolérance documentée et prescription d'lvabradine - ou refus du patient noté dans le dossier
Dénominateur	Nombre de patients SCA ST + ou BBG*
Données	SC - RC Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	La prise de ce traitement diminue la mortalité par infarctus du myocarde.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Références bibliographiques (Annexe III) A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
 B. Recommandations: 9, 10, 17, 37, 38, 41
 C. Indicateurs : 74, 99, 93, 108, 112, 113, 114, 115, 116, 117

* BBG récent ou présumé récent

**La prescription «appropriée» correspond à une prescription en cas d'indication, et à une absence de prescription en cas de contre-indication, d'absence d'indication ou de refus du patient.

10. Taux de prescription appropriée d'antiagrégant plaquettaire à la sortie

Taux de patients SCA ST+ ou BBG* avec prescription appropriée** d'aspirine et/ou d'autre antiagrégant plaquettaire à la sortie

Numérateur	Nombre de patients SCA ST+ ou BBG* avec à la sortie • aspirine <u>et</u> autre anti-agrégant plaquettaire*, ou • un seul anti-agrégant plaquettaire autre que l'aspirine si contre-indication à l'aspirine notée dans le dossier, ou • aspirine seule si contre-indication à un autre anti-agrégant plaquettaire recommandé (notamment balance bénéfice risque défavorable notée dans le dossier), ou • pas d'antiagrégants plaquetitaires avec contre indications ou refus du patient notés dans le dossier
Dénominateur	Nombre total de patients SCA ST+ ou BBG*
Données	SC - RC Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	La prise de l'association de ces traitements diminue la mortalité par infarctus du myocarde.
Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM	
Pour en savoir plus	Clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor sont les antiagrégants plaquetitaires actuellement recommandés en association avec l'aspirine, en l'absence de contre indication. D'autres antiagrégants plaquetitaires validés dans cette indication sont appelés à être commercialisés.

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
 B. Recommandations: 10, 18, 21, 31, 35, 37, 38, 49, 53
 C. Indicateurs : 74, 99, 94, 108, 110, 112, 113, 114, 115, 117
 D. Autre : 120, 152

**La prescription «appropriée» correspond à une prescription en cas d'indication, et à une absence de prescription en cas de contre-indication, d'absence d'indication ou de refus du patient.

* BBG récent ou présumé récent

11. Taux de prescription appropriée de statine à la sortie

Taux de patients SCA ST+ ou BBG* avec prescription appropriée** de statine à la sortie

Numérateur	Nombre de patients SCA ST + ou BBG* - avec prescription de sortie comportant une statine - sans prescription de statine mais avec contre-indication ou refus du patient notés dans le dossier
Dénominateur	Nombre de patients SCA ST + ou BBG*
Données	SC - RC Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	La prise de statine diminue le risque de mortalité et de récives des patients ayant présenté un infarctus du myocarde.
<i>Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM</i>	
Pour en savoir plus	Objectif cible en cas de dyslipidémie : LDL-cholestérol < 1g/l. Les événements indésirables sévères sont peu fréquents (<1%) et représentés essentiellement par les rhabdomyolyses et myalgies, les élévations des transaminases (ASAT et ALAT) et des CPK. Le contrôle des transaminases est impératif <u>au moins une fois dans les trois mois qui suivent l'instauration du traitement</u>. Si le dosage initial des CPK avant l'instauration du traitement n'est pas justifié scientifiquement (excepté dans certaines situations à risques), tout symptôme musculaire inexplicé apparaissant sous traitement doit conduire à ce dosage. Cette surveillance est valable pour les fibrates, les statines et ézétimibe seul ou en association avec des statines.

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
 B. Recommandations: 10, 14, 17, 37, 38, 41, 44, 57
 C. Indicateurs : 74, 99, 100, 108, 112, 113, 114, 115, 116, 117

* BBG récent ou présumé récent

**La prescription «appropriée» correspond à une prescription en cas d'indication, et à une absence de prescription en cas de contre-indication, d'absence d'indication ou de refus du patient.

12. Taux de prescription appropriée d'inhibiteur de l'enzyme de conversion à la sortie

Taux de patients SCA ST+ ou BBG*,
avec prescription appropriée** d'inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou ARA 2

Numérateur	Nombre de patients SCA ST + ou BBG* avec altération de la fonction ventriculaire gauche - avec prescription d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou ARA 2 si contre-indication aux IEC (ne pas accepter comme contre-indication une insuffisance rénale modérée càd une clairance de la créatinine > 30ml/mn) - sans prescription d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion ni d'ARA 2 mais avec contre-indication aux IEC et aux ARA 2, OU refus du patient notés dans le dossier (ne pas accepter comme contre-indication une insuffisance rénale modérée càd une clairance de la créatinine > 30ml/mn)
Dénominateur	Nombre de patients SCA ST + ou BBG* avec altération de la fonction ventriculaire gauche
Données	SC - RC Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs
Justification	La prise de ce traitement diminue les événements cardiovasculaires graves et la mortalité par infarctus du myocarde notamment dans la population de patients avec fonction ventriculaire gauche altérée.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus	Eléments de surveillance du traitement par IEC : kaliémie et créatininémie/clearance à la créatinine
---------------------	--

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
 B. Recommandations: 10, 17, 37, 38, 49
 C. Indicateurs : 74, 97, 99, 108, 112, 113, 114, 115, 117

* BBG récent ou présumé récent

**La prescription «appropriée» correspond à une prescription en cas d'indication, et à une absence de prescription en cas de contre-indication, d'absence d'indication ou de refus du patient.

13. Taux de prescription de réadaptation cardiovasculaire

Taux de patients IDM* ayant une prescription de réadaptation cardiovasculaire au décours d'un IDM

Numérateur	Nombre de patients IDM* : - avec prescription de réadaptation cardiovasculaire - sans prescription, avec contre-indication ou refus du patient documentés
Dénominateur	Nombre de patients IDM* * SCA avec ST + ou BBG et SCA non ST+
Données	SC - RC CA, MG : 1^{ère} consultation avec le médecin traitant Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs. Cet indicateur de bonne pratique peut être recueilli en établissement de santé ou lors du suivi post-infarctus à court terme, par l'équipe soignante en établissement de santé, par le cardiologue comme par le médecin traitant; chaque discipline a opéré parmi l'ensemble des indicateurs une sélection pragmatique pour l'amélioration de sa pratique.
Justification	La réadaptation cardiovasculaire en post-infarctus améliore la qualité de vie du patient, et permet à moyen terme la réduction de 26 % de la mortalité cardiovasculaire et de 20 % de la mortalité toute cause. Un programme de réadaptation cardiovasculaire assure au patient l'accès : au réentraînement physique, à l'optimisation thérapeutique, à l'éducation thérapeutique pluridisciplinaire et au contrôle des facteurs de risque. Cette prise en charge globale prend en compte l'état psychologique, les préoccupations personnelles, sociales, familiales et professionnelles du patient.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus	Un programme de réadaptation cardiovasculaire est actuellement recommandé avec un haut niveau de preuve pour tous les patients après un syndrome coronaire aigu (Référentiel GERS-SFC, 2011). En pratique, il faut s'assurer que la stratification du risque a été effectuée avant d'engager le patient dans un programme de réentraînement. En l'absence de complications, une évaluation à l'effort sous traitement, limitée par les symptômes, peut être effectuée 5 à 7 jours après l'accident, alors que le test maximal sans traitement nécessite un délai de 4 semaines.
---------------------	---

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
 B. Recommandations: 10, 17, 19, 22, 23, 37, 48, 52, 55
 C. Indicateurs : 82, 86
 D. Autre : 126, 134, 153, 156, 173

14. Taux d'aide au sevrage tabagique

Taux de patients IDM* fumeurs pour lesquels une aide au sevrage tabagique est proposée au décours d'un IDM

Numérateur	Nombre de patients fumeurs IDM* pour lesquels une aide au sevrage tabagique est <u>proposée</u> : - prescription d'arrêt du tabac ET prescription appropriée de substituts nicotiniques - OU refus du patient
Dénominateur	Nombre de patients IDM* fumeurs *SCA avec ST+ ou BBG, SCA non ST+
Données	SC - RC MG1, CA : 1^{ère} consultation avec le médecin généraliste ou cardiologue TA : consultation avec le tabacologue ambulatoire Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs. Cet indicateur de bonne pratique peut être recueilli en établissement de santé ou lors du suivi post-infarctus à court terme, par l'équipe soignante en établissement de santé, par le cardiologue, par le tabacologue comme par le médecin traitant; chaque discipline a opéré parmi l'ensemble des indicateurs une sélection pragmatique pour l'amélioration de sa pratique.
Justification	L'arrêt total et définitif de la consommation du tabac sous toutes ses formes diminue le risque de récurrence d'infarctus du myocarde et la mortalité, avec le meilleur rapport coût/bénéfice en prévention cardiovasculaire.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus

Au décours d'un syndrome coronaire aigu, la gestion du sevrage tabagique doit débuter dès l'unité de soins intensifs cardiologiques. Pour tous les patients fumeurs, une information sur les risques liés au tabagisme (notamment cardiovasculaires) et les bénéfices à attendre de l'arrêt seront délivrés, et une aide au sevrage tabagique sera proposée :

- En première intention, chez les patients dépendants : substituts nicotiniques¹ dans les suites immédiates d'un SCA (patch, gomme, pastille, inhalateur, comprimé à sucer).

En pratique, en l'absence de recommandations spécifiques et d'études ciblées sur l'adaptation du traitement, la dose initiale de nicotine à prescrire est évaluée par le nombre de cigarettes consommées au quotidien, avec en pratique 1mg de nicotine/cigarette.

- En deuxième intention : autre type d'aide médicamenteuse au sevrage tabagique (bupropion LP, varénicline)²;
- Traitements complémentaires si nécessaire : thérapies comportementales et cognitives, traitements anxiolytiques et/ou antidépresseurs.

Un suivi global adapté médicamenteux et non médicamenteux en lien avec le médecin traitant, doit être mis en place.

¹ Prise en charge à caractère forfaitaire selon liste de l'assurance maladie. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/substituts-nicotiniques.php>

² bupropion LP, varénicline font partie de la liste des médicaments mis sous surveillance au 04 mai 2011 <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/5225-la-liste-des-77-medicaments-mis-sous-surveillance-par-l-afssaps>; Bupropion non remboursé par l'Assurance Maladie

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
 B. Recommandations: 10, 22, 36, 37, 41, 42, 45, 50, 52, 61, 62
 C. Indicateurs : 96, 98, 99, 112, 113, 114, 115, 117
 D. Autre : 124, 153, 161

15. Taux d'avis diabétologiques pour hyperglycémie sévère

Taux d'avis diabétologiques demandés au décours d'un IDM, pour les patients IDM* avec hyperglycémie sévère (glycémie > 180 mg/dL ou 10.0 mmol/L - HbA1c ≥ 8%)

Numérateur	Nombre de patients IDM* avec hyperglycémie sévère (glycémie > 180 mg/dL ou 10.0 mmol/L - HbA1c ≥ 8%) pour lesquels un avis diabétologique est <u>demandé</u> OU refus du patient
Dénominateur	Nombre de patients IDM* avec hyperglycémie sévère (HbA1c ≥ 8%) *SCA avec ST+ ou BBG, SCA non ST+
Données	SC – SD – RC MG – CA : 1 ^{ère} consultation avec le médecin traitant ou le cardiologue DA : consultation avec le diabétologue Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs. Cet indicateur de bonne pratique peut être recueilli en établissement de santé ou lors du suivi post-infarctus à court terme, par l'équipe soignante en établissement de santé, par le cardiologue, par le diabétologue comme par le médecin traitant; chaque discipline a opéré parmi l'ensemble des indicateurs une sélection pragmatique pour l'amélioration de sa pratique.
Justification	Au décours d'un infarctus du myocarde et au long terme, le contrôle de la glycémie est un élément pronostic majeur.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus	En France métropolitaine, la prévalence chez les adultes de 18 à 74 ans de l'hyperglycémie à jeun et/ou des traitements antidiabétiques (oraux ou insuline), est de 4,7 % dont 1,3 % ne sont pas traités par antidiabétique. Une augmentation importante de la prévalence du diabète traité estimée à + 5,7 % par an a été rapportée entre 2000 et 2005, avec un accroissement des disparités géographiques de prévalence. Le patient diabétique (connu ou découvert) doit bénéficier d'un suivi adapté médicamenteux et non médicamenteux en lien avec le médecin traitant. Le diabète très déséquilibré (glycémie > 180 mg/dL ou 10.0 mmol/L - HbA1c ≥ 8%), est une des situations cliniques pour laquelle le recours à un avis diabétologique est recommandé (Consensus SFD-SFC, 2011).
---------------------	--

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- B. Recommandations: 20, 22, 23, 24, 25, 52, 61, 62, 67
- C. Indicateurs : 72
- D. Autre : 133, 153, 172

16. Taux d'information pour le recours au 15 en post-infarctus

Taux de patients en post-infarctus* ayant été informés des signes évocateurs de l'infarctus du myocarde (récidive) et de la nécessité d'appeler le SAMU (centre 15) en cas de survenue de ces signes

Numérateur	Nombre de patients en post-infarctus* informés des signes évocateurs de l'infarctus et de la nécessité d'appeler le SAMU (centre 15) en cas de survenue de ces signes avec notification dans le dossier.
Dénominateur	Nombre de patients en post-infarctus* * SCA avec ST + ou BBG et SCA non ST+
Données	MG : 1^{ère} consultation avec le médecin traitant CA, PPM : cardiologue et/ou professionnels paramédicaux intervenant auprès du patient la 1^{ère} année post-infarctus RC : réadaptation cardiovasculaire Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs. Cet indicateur de bonne pratique est valide tout au long du suivi post-infarctus, par le médecin traitant comme par le cardiologue ; chaque discipline ou profession a opéré parmi l'ensemble des indicateurs une sélection pragmatique pour l'amélioration de sa pratique.
Justification	L'appel au SAMU (centre 15) permet au patient de bénéficier de la meilleure filière de prise en charge en termes de rapidité diagnostique et thérapeutique, et contribue à réduire la mortalité.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus	Le patient en post-infarctus (et idéalement son entourage) doit bénéficier d'une information/formation, quel que soit sa modalité et son lieu, sur la reconnaissance des signes évocateurs de récurrence et la nécessité d'appeler le SAMU (centre 15) en cas de survenue de ces signes. Cette information/formation s'intègre dans le cadre d'une prise en charge globale médicamenteuse et non médicamenteuse.
---------------------	--

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- B. Recommandations: 38, 39, 40, 52, 61, 62, 65
- C. Indicateurs : 98, 109, 115
- D. Autre : 153

17. Taux de recherche de douleur thoracique et/ou de prise de nitrés en post-infarctus

Taux de patients en post-infarctus* pour lesquels sont recherchées à l'interrogatoire la survenue depuis la sortie de l'établissement de santé de douleur(s) thoracique(s) et/ou la prise de trinitrine ou de dérivé nitré

Numérateur	Nombre de patients en post-infarctus* pour lesquels à l'interrogatoire la survenue de douleur(s) thoracique(s) et/ou la prise de trinitrine ou de dérivé nitré depuis la sortie de l'établissement de santé sont recherchées et notées dans le dossier
Dénominateur	Nombre de patients en post-infarctus* * SCA avec ST + ou BBG et SCA non ST+
Données	MG : 1ère consultation avec le médecin traitant CA, PPM : cardiologue et/ou professionnels paramédicaux intervenant auprès du patient la 1^{ère} année post-infarctus RC : réadaptation cardiovasculaire Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs. Cet indicateur de bonne pratique est valide tout au long du suivi post-infarctus, par le médecin traitant, le professionnel paramédical comme par le cardiologue ; chaque discipline ou profession a opéré parmi l'ensemble des indicateurs une sélection pragmatique pour l'amélioration de sa pratique.
Justification	La survenue de douleur(s) thoracique(s), ayant nécessité ou non la prise de dérivés nitrés, doit être recherchée systématiquement car pouvant traduire une insuffisance ou un défaut d'adhésion au traitement ou la récurrence possible d'un syndrome coronarien aigu (ischémie).
<i>Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM</i>	
Pour en savoir plus	Le patient en post-infarctus (et idéalement son entourage) doit bénéficier d'une information/ formation, quel que soit sa modalité et son lieu, sur la reconnaissance et l'importance des signes de récurrence, ainsi que la réaction adaptée à avoir en cas de survenue de ces signes. Cette information/formation s'intègre dans le cadre d'une prise en charge globale médicamenteuse et non médicamenteuse.

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- B. Recommandations: 19, 28, 37, 52, 61, 62, 65
- C. Indicateurs : 103, 109
- D. Autre : 153

18. Taux de réalisation de réadaptation cardiovasculaire en post-infarctus

Taux de patients en post-infarctus* avec réalisation d'un programme de réadaptation cardiovasculaire

Numérateur	Nombre de patients en post-infarctus* ayant bénéficié d'un programme de réadaptation cardiovasculaire en hospitalisation ou en ambulatoire
Dénominateur	Nombre de patients en post-infarctus* *SCA avec ST+ ou BBG, SCA non ST+
Données	RC : réadaptation cardiovasculaire CA-MG : 1^{ère} ou 2^{ème} consultation par le cardiologue et/ou le médecin généraliste Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs. Cet indicateur de bonne pratique est valide tout au long du suivi post-infarctus, par le médecin traitant, le professionnel paramédical comme par le cardiologue ; chaque discipline ou profession a opéré parmi l'ensemble des indicateurs une sélection pragmatique pour l'amélioration de sa pratique.
Justification	La réadaptation cardiovasculaire en post-infarctus permet la réduction de 26 % de la mortalité cardiovasculaire et de 20 % de la mortalité toute cause à moyen terme. Le programme de réadaptation cardiovasculaire permet d'assurer au patient l'accès : au réentraînement physique, à l'optimisation thérapeutique, à l'éducation thérapeutique pluridisciplinaire et au contrôle des facteurs de risque. Cette prise en charge globale prend en compte l'état psychologique, les préoccupations personnelles, sociales, familiales et professionnelles du patient, et contribue à améliorer la qualité de vie du patient.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus	Un programme de réadaptation cardiovasculaire est actuellement recommandé avec un haut niveau de preuve pour tous les patients après un syndrome coronaire aigu (Référentiel GERS-SFC, 2011). En pratique, il faut s'assurer que la stratification du risque a été effectuée avant d'engager le patient dans un programme de réentraînement. En l'absence de complications, une évaluation à l'effort sous traitement, limitée par les symptômes, peut être effectuée 5 à 7 jours après l'accident, alors que le test maximal sans traitement nécessite un délai de 4 semaines
---------------------	--

Références bibliographiques (annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- B. Recommandations: 10, 17, 19, 22, 23, 37, 39, 48, 52, 55, 61, 62, 65
- C. Indicateurs : 68, 86, 82, 101, 109
- D. Autre : 134, 139, 144, 146, 153, 168, 173, 176

19. Taux de suivi de la pression artérielle en post-infarctus

Taux de patients en post-infarctus* pour lesquels le suivi de la pression artérielle est assuré

Numérateur	Nombre de patients en post-infarctus* pour lesquels la pression artérielle est mesurée et suivie à chaque consultation
Dénominateur	Nombre de patients en post-infarctus* *SCA avec ST+ ou BBG, SCA non ST+
Données	MG : consultation par le médecin généraliste dans l'année post-infarctus CA : consultation par le cardiologue RC : réadaptation cardiovasculaire PPM : professionnels paramédicaux intervenant dans la prise en charge du patient Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs. Cet indicateur de bonne pratique est valide tout au long du suivi post-infarctus, par le médecin traitant, le cardiologue ou les professionnels paramédicaux ; chaque discipline ou profession a opéré parmi l'ensemble des indicateurs une sélection pragmatique pour l'amélioration de sa pratique.
Justification	Le contrôle de la pression artérielle en prévention secondaire permet de réduire les événements cardiovasculaires et la mortalité.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus

La prise en charge thérapeutique du risque cardiovasculaire relève du médecin traitant, avec recours aux avis spécialisés (cardiologue, endocrinologue notamment). L'objectif tensionnel dépend du profil du patient. L'objectif communément admis en France est une PAS < 140 mm Hg et PAD < 90 mm de Hg et 135 mmHg et PAD < 85 mmHg en automesure (campagne nationale d'information de janvier 2012 dont l'objectif d'ici 2015, est que 70 % d'hypertendus traités soient contrôlés). Un guide pour les professionnels de santé est disponible sur internet (cf. Annexes III D. 135).

L'atteinte de l'objectif requiert notamment la contribution du patient et se conçoit dans le cadre d'une prise en charge globale médicamenteuse et non médicamenteuse.

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- B. Recommandations: 9, 10, 27, 32, 33, 37, 38, 39, 41, 48, 52, 56, 61, 62, 65, 135
- C. Indicateurs : 68, 72, 78, 98, 109, 116
- D. Autre : 135, 137, 153, 158, 128

20. Taux d'évaluation de la tolérance au traitement en post-infarctus

Taux de patients en post-infarctus* pour lesquels les éléments de tolérance au traitement BASI[□] sont évalués

Numérateur	Nombre de patients en post-infarctus* pour lesquels les éléments de tolérance au traitement BASI[□] sont évalués □ βbloquant, antiagrégant plaquettaire (aspirine et/ou clopidogrel, prasugrel, ticagrelor ou autre antiagrégant plaquettaire), statine, inhibiteur de l'enzyme de conversion ou ARA 2
Dénominateur	Nombre de patients post-infarctus* *SCA avec ST+ ou BBG, SCA non ST+
Données	MG : 1ère consultation par le médecin généraliste RC : Réadaptation cardiovasculaire CA +/- autres professionnels médicaux (gériatre...) intervenants dans la prise en charge du patient PPM : Professionnels paramédicaux intervenants dans la prise en charge du patient Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs. Cet indicateur de bonne pratique est valide tout au long du suivi post-infarctus, par le médecin traitant comme par tous professionnels médicaux et/ou paramédicaux prenant en charge ces patients; chaque discipline ou profession a opéré parmi l'ensemble des indicateurs une sélection pragmatique pour l'amélioration de sa pratique.
Justification	La mauvaise tolérance et la méconnaissance du traitement sont entre autres des facteurs de défaut d'adhésion du patient à rechercher. L'adhésion est nécessaire à l'efficacité du traitement. L'atteinte des objectifs thérapeutiques recommandés se conçoit dans le cadre d'une prise en charge globale médicamenteuse et non médicamenteuse.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
B. Recommandations: 16, 38, 39, 41, 46, 52, 61, 62, 65
C. Indicateurs : 109, 116
D. Autre : 145, 153
Consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

21. Taux d'information sur la nécessité d'une activité physique régulière en post-infarctus

Taux de patients en post-infarctus* ayant été informés de la nécessité d'avoir une activité physique régulière lors de la 1^{ère} consultation

Numérateur	Nombre de patients post-infarctus* pour lesquels l'information sur la nécessité d'avoir une activité physique régulière adaptée est délivrée (hormis incapacité à l'exercice physique et comorbidités documentées)
------------	--

Dénominateur	Nombre de patients en post-infarctus* *SCA avec ST+ ou BBG, SCA non ST+
--------------	--

Données	MG : 1 ^{ère} consultation par le médecin généraliste RC : Réadaptation cardiovasculaire PPM : Professionnels paramédicaux intervenants auprès du patient CA : consultation par le cardiologue la 1 ^{ère} année post-infarctus
---------	--

Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.

Cet indicateur de bonne pratique est valide tout au long du suivi post-infarctus, par le médecin traitant, le cardiologue ou les professionnels paramédicaux ; chaque discipline ou profession a opéré parmi l'ensemble des indicateurs une sélection pragmatique pour l'amélioration de sa pratique.

Justification	Juste après l'infarctus, le patient doit être informé et réassuré quant à sa capacité à reprendre une vie active. La sédentarité est un facteur connu de récurrence. La pratique adaptée à l'âge et l'état général du patient d'un exercice physique modéré de 30 minutes par jour diminue le risque de récurrence et la mortalité.
---------------	---

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus	L'atteinte de l'objectif recommandé requiert notamment la contribution active du patient. Elle se conçoit dans le cadre d'une prise en charge globale médicamenteuse et non médicamenteuse.
---------------------	---

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- B. Recommandations: 10, 22, 37, 38, 39, 41, 42, 55, 61, 62, 65, 67
- C. Indicateurs : 68, 82, 109, 116
- D. Autre : 153, 156

22. Taux de suivi du tabagisme actif en post-infarctus

Taux de patients en post-infarctus* pour lesquels la notion de tabagisme actif est recherchée

Numérateur	Nombre de patients en post-infarctus* pour lesquels la notion de tabagisme actif est recherchée
Dénominateur	Nombre de patients en post-infarctus* *SCA avec ST+ ou BBG, SCA non ST+
Données	RC : réadaptation cardiovasculaire MG, CA : consultations par le médecin traitant la 1ère année post-infarctus TA : consultation ambulatoire par le tabacologue PPM : professionnels paramédicaux intervenant la 1ère année post-infarctus Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs. Cet indicateur de bonne pratique est valide tout au long du suivi post-infarctus, par le médecin traitant, le professionnel paramédical, le tabacologue comme par le cardiologue ; chaque discipline ou profession a opéré parmi l'ensemble des indicateurs une sélection pragmatique pour l'amélioration de sa pratique.
Justification	L'arrêt total et permanent du tabac permet la réduction de 36 % de la mortalité et de 32 % des récides à 5 ans, avec le meilleur rapport coût/bénéfice en prévention cardiovasculaire.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus

En France, environ 20 % (soit 430/2392) des patients restent fumeurs 18 mois après un SCA, taux quasi-identique depuis 1995. Les patients encore fumeurs seront incités à arrêter la consommation de tabac et un accompagnement leur sera systématiquement proposé. Ils seront informés des risques liés au tabagisme (notamment cardiovasculaires) et les bénéfices à attendre de l'arrêt leur seront délivrées et une aide au sevrage tabagique leur sera proposée sous forme de :

- traitement médicamenteux recommandé (substituts nicotiniques¹ : patch, gomme, pastille, inhalateur, comprimé à sucer ; autre² : bupropion LP, varénicline).
- d'accompagnement non médicamenteux, et dans certains cas de prise en charge spécialisée.

¹ Prise en charge à caractère forfaitaire selon liste de l'assurance maladie. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/substituts-nicotiniques.php>

² bupropion LP, varénicline font partie de la liste des médicaments mis sous surveillance au 04 mai 2011 <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/5225-la-liste-des-77-medicaments-mis-sous-surveillance-par-l-afssaps>; Bupropion non remboursé par l'Assurance Maladie

En pratique, l'évaluation de la dose initiale de nicotine à prescrire peut être simplement déterminée par le nombre de cigarettes consommées au quotidien : 1mg de nicotine/ cigarette. L'adaptation des substituts nicotiniques se fera selon l'efficacité du traitement en termes de réduction de la consommation de tabac, des symptômes liés à l'arrêt de la consommation et de la tolérance/adhérence du patient.

Le suivi global post-infarctus vise à s'assurer de la permanence de l'arrêt du tabac et de l'évitement de l'exposition au tabagisme passif, du suivi régulier du poids et du périmètre abdominal, de l'information/formation à la diététique et l'activité physique. Des outils sont disponibles : tels que : l'étude de Berlin et al. de 2011, guide actualisé en 2009 (AHRQ) basé sur la recommandation de pratique clinique de 2008.

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
 B. Recommandations: 10, 22, 36, 37, 38, 41, 45, 48, 50, 52, 59
 C. Indicateurs : 68, 98, 109, 115, 116, 117
 D. Autre : 119, 121, 124, 128, 136, 153, 155, 167, 170

23. Taux de réalisation du bilan lipidique et glucidique 3 à 6 mois post-infarctus

Taux de patients en post-infarctus* ayant eu 3 à 6 mois après leur sortie un contrôle de LDL-Cholestérol et de glycémie à jeun (et hémoglobine glyquée (HbA1C) pour les patients diabétiques)	
Numérateur	Nombre de patients en post-infarctus* dont le dosage de LDL-Cholestérol et de glycémie à jeun (ou HbA1c (hémoglobine glyquée) pour les patients diabétiques) est réalisé 3 à 6 mois après leur sortie
Dénominateur	Nombre de patients vus en consultation dans l'année post-infarctus* *SCA avec ST+ ou BBG, SCA non ST+
Données	MG, CA : consultation par le médecin traitant la 1ère année post-infarctus DA : consultation par le diabétologue la 1ère année post-infarctus Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	Il importe chez les patients en post-infarctus de contrôler les facteurs de risque métaboliques (taux de LDL-Cholestérol < 1 g/l et HbA1c chez le diabétique < 7 %) et de dépister un éventuel diabète. Une HbA1c (hémoglobine glyquée) < 7 % dans les années suivant le diagnostic de diabète est actuellement admise comme associée à une réduction des complications microvasculaires et neurologiques ainsi que macrovasculaires.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus

Le dépistage repose sur l'exploration des anomalies lipidiques (EAL) qui détermine les concentrations de CT, TG, HDL-c et LDL-C. La dyslipidémie est définie par : HDL-c < 0,40 g/l (1 mmol/l), LDL-c > 1,60 g/l (4,1 mmol/l), TG > 1,5 g/l (1,7 mmol/l). En prévention secondaire, un taux de LDL-c < 1g/L est recommandé.

La définition du diabète actuellement admise en France est celle de l'OMS. Définitions publiées :

- une glycémie supérieure à 1,26 g/l (7 mmol/l) après un jeûne de 8 heures (OMS et ADA 2010) et vérifiée à deux reprises ;
- ou la présence de symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement) associée à une glycémie (sur plasma veineux) supérieure ou égale à 2 g/l (11,1 mmol/L) (OMS et ADA 2010) ;
- ou une glycémie supérieure ou égale à 2 g/l (11,1 mmol/l) 2 heures après une charge orale de 75 g de glucose (critères proposés par l'OMS et l'ADA 2010).
- HbA1c ≥ 6,5 % (ADA 2010, OMS 2011).

La cible HbA1c chez le diabétique est individualisée en fonction de l'âge, du bilan des complications, pour optimiser la balance entre le risque de développer des complications dans le futur, le risque d'hypoglycémies sévères, les contraintes du traitement et le bénéfice d'une qualité de vie acceptable pour et par le patient. Le dépistage du diabète en post-infarctus est réalisé dans des conditions stables et dans le contexte hygiéno-diététique de la vie réelle du patient.

L'atteinte de l'objectif recommandé requiert notamment la contribution du patient et se conçoit dans le cadre d'une prise en charge globale, médicamenteuse et non médicamenteuse.

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- B. Recommandations: 14, 23, 24, 25, 37, 39, 44, 51, 52, 61, 62, 65
- C. Indicateurs : 72, 80, 98, 109
- D. Autre : 169

24. Taux de suivi du poids

Taux de patients en post-infarctus* du myocarde pour lesquels le suivi du poids est assuré	
Numérateur	Nombre de patients en post-infarctus* du myocarde dont le poids est mesuré
Dénominateur	Nombre de patients post-infarctus* *SCA avec ST+ ou BBG, SCA non ST+
Données	MG, CA : consultations par le médecin traitant au cours de la première année post-infarctus PPM : professionnels paramédicaux intervenants auprès du patient Ce recueil peut être prospectif permanent (registres de pratiques, bases de données, observatoires) ou ponctuel (rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers). Cet indicateur de bonne pratique est valide tout au long du suivi post-infarctus, par le médecin généraliste, le cardiologue ou les professionnels paramédicaux ; chaque discipline ou profession a opéré parmi l'ensemble des indicateurs une sélection pragmatique pour l'amélioration de sa pratique.
Argumentaire	L'augmentation de la masse grasse et sa localisation abdominale augmentent le risque de développer d'autres facteurs de risque (hypertension, diabète de type 2, dyslipidémie), le risque cardiovasculaire et la mortalité.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus

Le poids doit être mesuré régulièrement, au moins 3 fois dans l'année post-infarctus. La taille doit être mesurée à la 1^{ère} consultation. Le poids et la taille doivent être inscrits dans le dossier du patient pour calculer l'IMC et en surveiller l'évolution.

Définitions chez l'adulte: surpoids : IMC $\geq$ 25 kg/m² ; obésité IMC $\geq$ 30 kg/m². Pour un IMC compris entre 25 et 35 kg/m², il est recommandé de mesurer le tour de taille, à mi-distance entre la dernière côte et le sommet de la crête iliaque. Un tour de taille élevé, $\geq$ 80 cm chez la femme et $\geq$ 94 cm chez l'homme, est un facteur de risque de diabète et de maladie cardiovasculaire, indépendant de l'IMC.

Objectif recommandé chez l'adulte :

- surpoids sans comorbidité associée ni tour de taille élevé : prévenir une prise de poids supplémentaire
- surpoids avec comorbidités associées : perte de poids
- obésité : perte pondérale de 5 à 15 % au rythme de 1 à 2 kg par mois, à adapter en prévention secondaire selon l'âge, les comorbidités et le choix du patient.

La HAS a publié des fiches pratiques sur l'alimentation et l'activité physique pour aider le médecin à guider ses patients.

L'atteinte de l'objectif requiert notamment la contribution active du patient, et se conçoit dans le cadre d'une prise en charge globale menée au long cours, en lien avec le médecin traitant.

Références bibliographiques (Annexe III)

A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

B. Recommandations: 10, 15, 38, 42, 52, 61, 62

C. Indicateurs : 79, 98

25. Taux de suivi de l'activité physique en post-infarctus 3 à 6 mois après la sortie

Taux de patients en post-infarctus* dont l'activité physique est évaluée 3 à 6 mois après la sortie

Numérateur Nombre de patients en post-infarctus* pour les quels l'exercice physique est évalué 3 à 6 mois après la sortie (hormis incapacité à l'exercice physique et comorbidités documentées)

Dénominateur Nombre de patients en post-infarctus*
*SCA avec ST+ ou BBG, SCA non ST+

Données MG : consultation par le médecin généraliste la 1^{ère} année post-infarctus
CA : consultation par le cardiologue la 1^{ère} année post-infarctus
PPM : professionnels paramédicaux intervenants auprès du patient
RC : réadaptation cardiovasculaire

Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.

Cet indicateur de bonne pratique est valide tout au long du suivi post-infarctus, par le médecin traitant, le cardiologue ou les professionnels paramédicaux ; chaque discipline ou profession a opéré parmi l'ensemble des indicateurs une sélection pragmatique pour l'amélioration de sa pratique.

Justification La sédentarité est un facteur connu de récidence. La pratique adaptée à l'âge et l'état général du patient d'un exercice physique modéré de 30 minutes par jour diminue le risque de récidence de SCA et la mortalité.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus L'atteinte de l'objectif recommandé requiert notamment la contribution active du patient. Elle se conçoit dans le cadre d'une prise en charge globale médicamenteuse et non médicamenteuse.

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- B. Recommandations: 10, 22, 37, 38, 39, 41, 52, 55, 61, 62, 65, 67
- C. Indicateurs : 68, 86, 109, 116
- D. Autre : 128, 168

26. Taux de recherche d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) en post-infarctus

Taux de patients en post-infarctus* pour lesquels une artériopathie oblitérante des membres inférieurs est recherchée par mesure de l'IPS

Numérateur	Nombre de patients en post-infarctus* chez qui la recherche d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs par mesure de l'IPS est réalisée
Dénominateur	Nombre de patients en post-infarctus* *SCA avec ST+ ou BBG, SCA non ST+
Données	MG, CA : consultation par le médecin traitant au cours de la 1ère année post-infarctus RC : réadaptation cardiovasculaire Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs. Cet indicateur de bonne pratique est valide tout au long du suivi post-infarctus, par le médecin traitant comme par tous professionnels médicaux et/ou paramédicaux prenant en charge ces patients; chaque discipline ou profession a opéré parmi l'ensemble des indicateurs une sélection pragmatique pour l'amélioration de sa pratique.
Justification	Le tabac est le 1er facteur de risque d'AOMI. La prévention secondaire est utile et efficace pour réduire le risque cardiovasculaire d'un IPS bas et améliorer la qualité de vie du patient. La mesure de l'IPS est simple, rapide et peut être réalisée en établissement de santé et en ambulatoire. Elle devrait être systématique chez les patients à partir de 40-50 ans, d'autant plus en post-infarctus et/ou avec l'existence de facteurs de risque cardiovasculaires.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus

L'interrogatoire (recherche d'antécédents de manifestations cliniques d'ischémie survenant à l'effort ou au repos, d'épisodes d'ischémie aiguë, d'amputation) et l'examen clinique (palpation des pouls, mesure de l'IPS) permettent d'évaluer le stade de l'AOMI.

La prise en charge optimale de l'AOMI chez le post-infarctus comprend : l'arrêt du tabac, la prescription de statines pour réduire l'hypercholestérolémie, d'antihypertenseurs pour contrôler l'hypertension, notamment IEC et ARA II et d'antiagrégants plaquettaires mais également une alimentation équilibrée et une réadaptation physique supervisée, et idéalement de l'éducation thérapeutique.

Les stades de l'AOMI définis par le guide ALD 2007 sont :

- ischémie d'effort asymptomatique : IPS < 0,9 ou abolition de pouls sans manifestations cliniques d'ischémie
- ischémie d'effort symptomatique : IPS < 0,9 ou abolition de pouls avec manifestations cliniques d'ischémie
- ischémie permanente chronique : association de douleurs de décubitus ou de troubles trophiques depuis au moins 15 jours avec une pression artérielle systolique inférieure à 50 mmHg à la cheville ou à 30 mmHg à l'orteil. Elle nécessite une prise en charge en établissement de santé.

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- B. Recommandations: 58, 63, 64
- C. Indicateurs : 85
- D. Autre : 165

27. Taux de traitement approprié par β bloquant à un an

Taux de patients en post-infarctus avec traitement approprié* de β bloquant un an après la sortie de l'établissement de santé

Numérateur	Nombre de patients en post-infarctus 1 an après la sortie de l'établissement de santé - avec prescription par βbloquant, ou - sans prescription de βbloquant, avec contre-indication documentée (ne pas accepter comme contre indications artérite, diabète ou dysfonction ventriculaire gauche) - sans prescription de βbloquant, avec intolérance documentée et prescription d'lvabradine - ou refus du patient noté dans le dossier
Dénominateur	Nombre de patients vivants à 1 an post-infarctus
Données	MG : consultation par le médecin généraliste à 1 an post-infarctus CA : consultation par le cardiologue à 1 an post-infarctus Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	Le traitement au long cours par β bloquant en post-infarctus du myocarde a démontré un gain en termes de morbidité et de mortalité et doit être poursuivi. Une révision de sa prescription appropriée en lien avec le cardiologue est proposée pour évaluer la balance bénéfice-risque.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
 B. Recommandations: 10, 16, 37, 38, 39, 41, 42, 48, 61, 62, 65
 C. Indicateurs : 68, 77, 105, 109, 116
 D. Autre : 128, 174

*La prescription «appropriée» correspond à une prescription en cas d'indication, et à une absence de prescription en cas de contre-indication, d'absence d'indication ou de refus du patient.

28. Taux de traitement approprié par aspirine à un an

Taux de patients post-infarctus avec traitement approprié* d'aspirine un an après la sortie de l'établissement de santé

Numérateur	Nombre de patients post-infarctus 1 an après la sortie de l'établissement de santé - avec prescription d'aspirine, ou - sans prescription d'aspirine, avec contre-indication ou refus du patient documentés
Dénominateur	Nombre de patients vivants à 1 an post-infarctus
Données	MG : consultation par le médecin généraliste à 1 an post-infarctus CA : consultation par le cardiologue à 1 an post-infarctus Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	Le traitement au long cours par aspirine a démontré un gain en termes de morbidité et de mortalité et doit être poursuivi à vie

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
 B. Recommandations: 10, 16, 22, 37, 38, 39, 41, 42, 48, 61, 62, 65
 C. Indicateurs : 68, 76, 98, 104, 109
 D. Autre : 128, 174

*La prescription «appropriée» correspond à une prescription en cas d'indication, et à une absence de prescription en cas de contre-indication, d'absence d'indication ou de refus du patient.

29. Taux de traitement approprié par antiagrégant plaquettaire (hors aspirine) à un an

Taux de patients en post-infarctus avec traitement approprié* d'antiagrégant plaquettaire (hors aspirine) un an après la sortie de l'établissement de santé

Numérateur	Nombre de patients post-infarctus à 1 an après la sortie de l'établissement de santé ▪ avec prescription et indication d'antiagrégant plaquettaire (hors aspirine), ▪ sans prescription d'antiagrégant plaquettaire (hors aspirine), avec contre-indication ou refus du patient documentés ▪ sans prescription d'antiagrégant plaquettaire (hors aspirine), en l'absence d'indication
Dénominateur	Nombre de patients vivants à 1 an post-infarctus
Données	MG : consultations par le médecin généraliste à 1 an post-infarctus CA : consultation par le cardiologue à 1an post-infarctus Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	La révision de la prescription appropriée d'antiagrégant plaquettaire permet d'évaluer, en lien avec le cardiologue, la balance bénéfice-risque de la poursuite du traitement au-delà d'un an.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus	La poursuite du traitement par antiagrégant plaquettaire (hors aspirine) au-delà d'un an est envisagée en cas de pose de stent actif. Clopidogrel ou prasugrel ou ticagrelor sont actuellement les antiagrégants plaquettaires utilisés en association avec l'aspirine, en l'absence de contre indication. D'autres antiagrégants plaquettaires validés dans cette indication sont appelés à être commercialisés.
---------------------	---

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
 B. Recommandations: 10, 16, 21, 31, 35, 37, 38, 39, 41, 42, 48, 61, 62, 65
 C. Indicateurs : 68, 76, 104, 109, 110, 116
 D. Autre : 123, 128, 148, 166, 174

*La prescription «appropriée» correspond à une prescription en cas d'indication, et à une absence de prescription en cas de contre-indication, d'absence d'indication ou de refus du patient.

30. Taux de traitement approprié par statine à un an

Taux de patients en post-infarctus avec traitement approprié* de statine un an après la sortie de l'établissement de santé

Numérateur	Nombre de patients en post-infarctus 1 an après la sortie de l'établissement de santé - avec prescription comportant une statine - sans prescription de statine mais avec contre-indication ou refus du patient documentés
Dénominateur	Nombre de patients vivants à un an post-infarctus
Données	MG : consultation par le médecin généraliste à 1 an post-infarctus CA : consultation par le cardiologue à 1 an post-infarctus Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	La prise de statine en prévention secondaire diminue le risque de mortalité et de récidives chez les patients ayant présenté un infarctus du myocarde.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus

Objectif cible en cas de dyslipidémie : LDL-cholestérol < 1g/l.

Les événements indésirables sévères sont peu fréquents (<1%) et représentés essentiellement par les rhabdomyolyses et myalgies, les élévations des transaminases (ASAT et ALAT) et des CPK. Le contrôle des transaminases est impératif au moins une fois dans les trois mois qui suivent l'instauration du traitement. Si le dosage initial des CPK avant l'instauration du traitement n'est pas justifié scientifiquement (excepté dans certaines situations à risques), tout symptôme musculaire inexplicable apparaissant sous traitement doit conduire à ce dosage. Cette surveillance est valable pour les fibrates, les statines et ézetimibe seul ou en association avec des statines.

Références bibliographiques (Annexe III)

A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

B. Recommandations: 10, 16, 37, 38, 39, 41, 42, 44, 48, 57, 61, 62, 65

C. Indicateurs : 68, 98, 109, 116

D. Autre : 128, 174

*La prescription «appropriée» correspond à une prescription en cas d'indication, et à une absence de prescription en cas de contre-indication, d'absence d'indication ou de refus du patient.

31. Taux de traitement approprié par IEC à un an

Taux de patients en post-infarctus avec traitement approprié* par inhibiteur de l'enzyme de conversion ou ARA 2

Numérateur	Nombre de patients en post-infarctus 1 an après la sortie de l'établissement de santé ▪ avec prescription d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou ARA 2 si contre-indication aux IEC ▪ sans prescription un inhibiteur de l'enzyme de conversion ni d'ARA 2 mais avec contre-indication aux IEC <u>et</u> aux ARA 2 ou refus du patient documentés, ▪ ne pas accepter comme contre-indication une insuffisance rénale modérée cād une clairance de la créatinine > 30ml/mn
Dénominateur	Nombre de patients vivants à 1 an post-infarctus avec altération de la fonction ventriculaire gauche
Données	MG : consultations par le médecin généraliste au cours de la première année post-infarctus CA : consultation par le cardiologue au cours de la première année post-infarctus Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	Ce traitement diminue les événements cardiovasculaires graves et la mortalité par infarctus du myocarde.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
 B. Recommandations: 10, 16, 37, 38, 39, 41, 42, 48, 61, 62, 65
 C. Indicateurs : 68, 72, 75, 109, 116
 D. Autre : 128, 174

*La prescription «appropriée» correspond à une prescription en cas d'indication, et à une absence de prescription en cas de contre-indication, d'absence d'indication ou de refus du patient.

32. Taux de suivi diététique en post-infarctus

Taux de patients en post-infarctus pour lesquels le suivi diététique est assuré au moins une fois dans l'année post-infarctus

Numérateur	Nombre de patients en post-infarctus pour lesquels le suivi diététique est réalisé au moins une fois dans l'année post-infarctus
Dénominateur	Nombre de patients post-infarctus

Données	RC : réadaptation cardiovasculaire MG : consultations par le médecin généraliste la 1^{ère} année post-infarctus CA : consultation par le cardiologue la 1^{ère} année post-infarctus PPM : diététiciens et professionnels paramédicaux intervenants auprès du patient Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs. Cet indicateur de bonne pratique est valide tout au long du suivi post-infarctus, par le médecin traitant, le cardiologue et/ou les professionnels paramédicaux ; chaque discipline ou profession a opéré parmi l'ensemble des indicateurs une sélection pragmatique pour l'amélioration de sa pratique.
---------	--

Justification	En prévention secondaire, le suivi des règles hygiéno-diététiques (alimentation équilibrée, arrêt du tabac et activité physique) améliore la qualité de vie, diminue le risque de récurrence d'infarctus et la mortalité. Le bénéfice pour le patient commence la 1^{ère} année de suivi et atteint – 22 % de mortalité à 4,7 ans. Après l'évaluation diététique réalisée la 1^{ère} année, une évaluation tous les 1 à 2 ans paraît souhaitable pour s'assurer du maintien du suivi de l'alimentation recommandée.
---------------	--

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Pour en savoir plus

Recommandations en prévention secondaire : limiter l'apport en acides gras saturés; augmenter la consommation en acides gras poly-insaturés oméga 3, augmenter la consommation de fruits et légumes (fibres et de micronutriments naturels); limiter le cholestérol alimentaire avec un rapport omega 6/ omega 3 <5 (ANC-Lipides 2010), diminuer la consommation en sel (< 6 g/j, PNNS, OMS), limiter la consommation d'alcool à 1 à 2 verres de vin ou bière/j (SFC) et ne pas inciter les personnes abstinentes à une consommation régulière, même modérée, car toute consommation régulière est à risque de cancer dès le premier verre de vin (Institut National du Cancer). Le Haut conseil de santé publique encourage la poursuite des travaux scientifiques, afin notamment de préciser le risque attribuable aux faibles consommations d'alcool en termes de pathologie cardiovasculaire et/ou cancéreuse, et le cas échéant d'examiner la relation bénéfice/risque de la consommation d'alcool à faible dose (HCSP 2009).

Chez le diabétique, réduire l'apport des lipides surtout saturés et des sucres raffinés.

La participation active du patient à la prise en charge de ses facteurs de risque est indispensable et celui-ci doit recevoir une éducation personnalisée : diététique, à l'adhésion à son traitement, à la surveillance de son poids et à la pratique régulière d'entraînement à l'endurance.

En pratique, les conseils nutritionnels doivent être adaptés à l'âge et au risque du patient en privilégiant la prévention cardiovasculaire pour les plus jeunes, et l'équilibre nutritionnel et la prévention de la dénutrition pour les plus âgés.

Des outils d'évaluation diététique « français » ont été publiés (exemple du questionnaire validé publié par Laviolle et Paillard. 2005 - un questionnaire simplifié est en cours d'élaboration par cette équipe- ou du score publié par l'équipe du Dr Héricotte, Sylvie Caspar-Bauguil et al. 2010 - Marc Baudet et al. 2006).

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- B. Recommandations: 10, 12, 37, 38, 39, 41, 42, 47, 48, 52, 54, 60, 61, 62, 65, 66, 67, 141
- C. Indicateurs : 68, 98, 109, 111, 116
- D. Autre : 122, 125, 128, 130, 131, 132, 142, 144, 157, 162, 164

33. Taux de correspondance médecin traitant - cardiologue pour le suivi post-infarctus

Taux de patients en post-infarctus* auxquels leur médecin traitant a remis un courrier pour la consultation chez le cardiologue dans l'année post-infarctus

Numérateur	Nombre de patients pour lesquels le médecin traitant a écrit au cardiologue en prévision de la consultation de contrôle au cours de la première année post-infarctus*
Dénominateur	Nombre de patients en post-infarctus* *SCA ST+ ou BBG, SCA non ST+
Données	MG : consultation par le médecin généraliste la 1ère année post-infarctus CA : consultation par le cardiologue la 1ère année post-infarctus Ce recueil peut être prospectif permanent : registres de pratiques, bases de données, observatoire ou ponctuel rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers patients de chacun des secteurs.
Justification	Les échanges d'information sont primordiaux afin de coordonner le suivi et les prises en charge, partager l'évolution du patient, évaluer la balance bénéfice-risque pour réviser les prescriptions appropriées médicamenteuses (notamment d'antiagrégant plaquettaire hors aspirine) et non médicamenteuses, et orienter si nécessaire le patient vers des prises en charge spécialisées.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Références bibliographiques (Annexe III)

- A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- B. Recommandations : 65
- C. Indicateurs : 98, 109

34. Taux de mortalité à 30 jours *Optionnel*

Taux de patients SCA ST+ ou BBG décédés dans les 30 jours suivant l'admission initiale dans l'établissement de santé

Type d'indicateur : Il s'agit d'un indicateur d'impact clinique

Le taux de mortalité toute cause est un indicateur classique de santé publique qui peut être suivi à visée épidémiologique ou à visée d'information au sein d'une équipe soignante. Le taux de mortalité à 30 jours ajusté au risque est un indicateur de résultat qui complète utilement les indicateurs de pratique clinique. Cependant le taux de mortalité est long et difficile à recueillir car il nécessite un suivi des patients après la sortie de l'établissement de santé. D'autre part, pour la comparaison entre équipes (benchmarking), ce taux doit être ajusté au risque, ce qui nécessite de recueillir et de traiter les éléments nécessaires à établir un même score de risque. En raison de ces difficultés de faisabilité, le taux de mortalité n'a pas été retenu, dans un premier temps, comme un indicateur partagé d'amélioration des pratiques. La fréquence de distribution du risque, quel que soit le score utilisé est un outil indispensable pour qualifier et surtout comparer les patients inclus. Pour les équipes souhaitant recueillir cet indicateur, le Groupe de Coopération propose d'utiliser au minimum le score SRI (*Simple Risk Index*) (cf. Annexe III. D, références 118, 163, 140)

A visée d'amélioration des pratiques, il paraît utile d'analyser la mortalité liée aux événements cardio-vasculaires. Cette dernière après ajustement sur le risque permettra de mesurer l'impact en termes de mortalité de l'ensemble de la prise en charge cardiovasculaire. Cet indicateur devra être interprété en regard de la survie et de la qualité de vie.

Cet indicateur a été validé par consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

Numérateur	Nombre de patients SCA avec ST+ ou BBG* décédés dans les 30 jours suivant l'admission initiale dans l'établissement de santé
Dénominateur	Nombre de patients admis avec diagnostic d'infarctus du myocarde (SCA ST+ ou BBG*)
Données	FPA (filière de phase aigue). Ce recueil peut être prospectif permanent (registres de pratiques, bases de données, observatoires) ou ponctuel (rétrospectif lors d'une enquête : audit des dossiers). Cet indicateur pour être interprétable et comparé (dans le temps ou à visée de benchmarking) doit être au mieux ajusté au risque (cf. chapitre suivant « Scores de risque et mortalité ». Propositions d'utilisation des scores de risque pour le calcul de la probabilité de décès : Mortalité à 30 jours ajustée au minimum au SRI ou à EMMACE, mortalité hospitalière ajustée au score de GRACE).

Références bibliographiques (Annexe III)

A. Méthode: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

C. Indicateurs : 73, 83, 84, 87, 88, 89, 102

D. Autre : 109, 118, 163, 140

Consensus professionnel du Groupe national de Coopération IDM

* BBG récent ou présumé récent

7. Scores de risque et mortalité

De nombreux scores de risque ont été validés pour l'infarctus du myocarde, dont les scores (154, 147, 143, 138, 163) TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction <http://www.timi.org>), KILLIP (154), GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events)(147, 143), EMMACE (Evaluation of the Methods and Management of Acute Coronary Events)(138) et SRI (Simple Risk Index)(163).

L'intérêt clinique de l'utilisation des scores de risque est de stratifier le risque (118) pour adapter le traitement. Les scores de risque se basent au minimum sur des paramètres tels que l'âge, la pression artérielle systolique et la fréquence cardiaque. Ces scores permettent aussi d'estimer la mortalité théorique/attendue ajustée sur le profil de risque. Cette mortalité théorique/attendue peut être calculée par patient puis estimée pour la population étudiée. Une comparaison entre la mortalité attendue/théorique et la mortalité réelle/observée peut alors être effectuée. Trois scores de risque ont été validés pour les SCA ST+ et non ST+ sur de nombreuses populations (140): GRACE (147, 143), EMMACE (138) et SRI (163).

Propositions d'utilisation des scores de risque pour le calcul de la probabilité de décès :

Mortalité hospitalière

GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) (147, 143)

- Utiliser le **calculateur automatique** disponible en ligne à l'adresse www.outcomes-umassmed.org/grace/
- **Risque individuel** : rentrer les données de chaque patient dans le calculateur. Obtention automatiquement du score de risque et de la probabilité de décès par patient.
- **Risque collectif** : La probabilité de décès de la population est obtenue par le calcul de la moyenne des probabilités individuelles de décès.

Mortalité à 30 jours

1/ EMMACE (Evaluation of the Methods and Management of Acute Coronary Events) (138)

- Utiliser la **formule logarithmique** pour calculer directement la probabilité de décès à trente jours (P30) (et non pas le score de risque) : $P30 = 1 / 1 + \exp [-6,914 + (0,081 \times \text{âge}) + (0,016 \times \text{fréquence cardiaque}) - (0,016 \times \text{PAS})]$
- **Risque individuel** : Entrer les données âge, pression artérielle systolique, et fréquence cardiaque pour chaque patient dans un tableur EXCEL. Appliquer la formule permet le calcul de la probabilité de décès pour chaque patient.
- **Risque collectif** : La probabilité de décès de la population est obtenue par le calcul de la moyenne des probabilités individuelles de décès.

2/ SRI (Simple Risk Index) (163)

- Utiliser la **formule** : $\text{Fréquence cardiaque (battements par min)} \times (\text{âge}/10)^2 / \text{PAS (en mm de Hg)}$.
- **Risque individuel** : Entrer les données âge, pression artérielle systolique, et fréquence cardiaque pour chaque patient dans un tableur EXCEL. Appliquer la formule pour calculer le score de risque pour chaque patient. La probabilité de décès de chaque patient à partir du score de risque calculé est obtenue en lisant le tableau ci-dessous :

Index du risque	Risque du groupe	Risque (absolu) de décès à 30 jours
≤ 12,5	1	0,8
12,5-17,5	2	1,9
17,5-22,5	3	3,3
22,5-30	4	7,3
> 30	5	17,4

Tableau extrait et traduit de la publication de Morrow et al. 2001 (143)

- **Risque collectif** : La probabilité de décès de la population est obtenue par le calcul de la moyenne des probabilités individuelles de décès.

PAS : Pression artérielle systolique

Interprétation des taux de mortalité ajustés sur le risque – Discussion

A visée d'amélioration des pratiques, il paraît utile d'analyser la mortalité liée aux événements cardiovasculaires. Cette dernière après ajustement sur le risque reflètera l'impact de la prise en charge cardiovasculaire, excluant les comorbidités associées et/ou accidents.

Le constat d'une différence importante mesurée à 30 jours entre le taux de mortalité réel et le taux de mortalité attendu doit conduire les professionnels impliqués à analyser les principales étapes de la prise en charge du patient, depuis les 1ers symptômes au décès. Les indicateurs partagés de pratique clinique qui mesurent la qualité clinique des pratiques tout au long de la prise en charge sont très utiles à cette analyse, en terme de délai entre la douleur et la prise en charge médicale, mise en œuvre de la reperfusion quelle que soit la technique (thrombolyse ou angioplastie), traitements reçus en pré-hospitalier et traitements prescrits à la sortie de l'établissement de santé et réellement pris, mise en œuvre de réadaptation cardiovasculaire et de l'éducation thérapeutique et adhésion du patient à la réadaptation du mode vie (suivi du traitement médicamenteux et non médicamenteux, dont arrêt du tabac, exercice physique,).

L'analyse permettra de mettre en évidence des points de dysfonctionnement, qui serviront de base à la mise en œuvre d'actions d'amélioration. L'impact de ces actions ciblées, sera mesuré par l'évolution des indicateurs de pratique clinique de la filière, y compris du taux de mortalité. Toute comparaison du taux de mortalité à 30 jours ne pourra se faire qu'après ajustement au risque des populations concernées (attendu/observé à un temps T, entre établissements de santé à un temps T, toute comparaison dans le temps...).

8. Liste des items proposés pour renseigner les indicateurs de pratique clinique

Prise en charge en phase aiguë (préhospitalière et hospitalière)

- Heure de début de la douleur/des 1ers symptômes
- Appel au SAMU centre 15 en 1^{ère} intention (oui, non)
- Heure d'appel au SAMU centre 15
- Heure d'arrivée sur place
- Heure du 1^{er} contact médical : estimé en pratique par l'heure de l'ECG qualifiant
- Type de SCA (SCA avec ST+ ou BBG ; SCA non ST+)
- Patient mis sous aspirine (oui, non, CI, refus, patient déjà sous antiagrégant plaquettaire)
- Patient mis sous autre antiagrégant plaquettaire : clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor (oui, non, CI, refus, patient déjà sous antiagrégant plaquettaire)
- Evaluation de la douleur par EVA ou EN (oui, non)
- Si EVA $\geq$ 60 mm ou EN $\geq$ 6, patient traité par morphinique (oui, non, CI, refus)
- Orientation directe en CCI disposant d'un plateau technique disponible (oui, non)
- Heure d'arrivée en CCI ou en salle de cathétérisme
- Mise en œuvre de la reperfusion (oui, non, CI, refus)
- Heure de l'angioplastie primaire : heure de 1^{ère} inflation du ballonnet ou de 1^{ère} thrombo-aspiration ou stenting direct et défaut heure de ponction
- Heure d'injection du thrombolytique
- Fonction de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) en % (< ou > 40 %)
- Evaluation de la fonction ventriculaire gauche (échocardiographie, angiographie ou scintigraphie) (oui, non)
- Altération de la FEVG (oui, non)
- Score de GRACE calculé (oui, non)
- Sortie sous β bloquant (oui, non, CI, intolérance, refus)
- Sortie sous Ivabradine (oui, non, CI, intolérance, refus)
- Sortie sous aspirine (oui, non, CI, intolérance, refus)
- Sortie sous clopidogrel (oui, non, CI, intolérance, refus)
- Sortie sous statine (oui, non, CI, intolérance, refus)
- Sortie sous inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) (oui, non, CI, intolérance, refus)
- Sortie sous ARA 2 (oui, non, CI, intolérance, refus)
- Sortie avec prescription de réadaptation cardiovasculaire (oui, non, CI absolue, refus, absence de centre de réadaptation cardiovasculaire disponible)
- Tabagisme actif (oui, non)
- Nombre de cigarettes consommées par jour :
- Tabagisme passif (oui, non)
- Prescription de l'arrêt du tabac (oui, non, non applicable -patient non fumeur-)
- Evaluation de l'état psychologique du patient (oui, non, refus)
- Dépression/anxiété diagnostiquée
- Prescription appropriée de substituts nicotiniques (oui, non, CI, non applicable -patient non fumeur-, refus)
- Mesure de la glycémie (oui, non)
- Valeur de la glycémie à l'admission :
- Valeur de la glycémie à jeun à distance :
- HBA1c mesuré (oui, non)
- Valeur de l'HBA1c :
- Diabète (oui, non)
- Hyperglycémie sévère au cours ou au décours du SCA (oui, non)
- Avis diabétologique demandé en hospitalisation ou dans les 3 mois post-infarctus (oui, non, non indiqué, refus)
- Orientation vers une prise en charge spécialisée en hospitalisation ou en post-infarctus : consultation de tabacologie, diabétologie, diététique, éducation thérapeutique, aide à l'observance ou programme d'éducation thérapeutique ou programme de réadaptation cardiovasculaire (oui, non, non indiquée, refus, non disponible)

Suivi jusqu'à 1 an post-infarctus

Suivi à court terme

- Date de l'infarctus du myocarde
- Date de la sortie de l'établissement de santé
- Type d'infarctus du myocarde (SCA ST+, SCA avec BBG, SCA non ST+, non précisé)
- Douleur thoracique et/ou prise de nitrés (oui, non)
- Information du patient concernant les signes évocateurs de l'infarctus (oui, non)
- Information du patient sur la nécessité d'appeler le 15 en cas de survenue de ces signes (oui, non)
- Réalisation d'un programme de réadaptation cardiovasculaire (oui, non, CI absolue, non disponible)
- Glycémie à jeun dosé (oui, non)
- Valeur de la glycémie à jeun
- HBA1c dosé (oui, non)
- Valeur de l'HBA1c :
- Diabète (oui, non)
- Hyperglycémie sévère au décours du SCA (oui, non)
- Avis diabétologique demandé en hospitalisation ou dans les 3 mois post-infarctus (oui, non, non indiqué, refus)
- Orientation vers une prise en charge spécialisée en hospitalisation ou en post-infarctus : consultation de tabacologie, diabétologie, diététique, éducation thérapeutique, aide à l'observance ou programme d'éducation thérapeutique ou programme de réadaptation cardiovasculaire (oui, non, non indiquée, refus, non disponible)
- Mesure et suivi de la pression artérielle au cours des consultations (oui, non)
- Education à l'automesure de la pression artérielle (oui, non, refus)
- Recherche des éléments de tolérance au traitement BASI (βbloquant ou Ivabradine, antiagrégant plaquettaire (aspirine et/ou clopidogrel ou prasugrel ou ticagrelor), statine, inhibiteur de l'enzyme de conversion ou ARA 2) (oui, non)
- Information du patient sur la nécessité d'avoir une activité physique régulière (oui, non, CI, refus)

Suivi à moyen terme (Entre 3 et 6 mois post-infarctus)

- Tabagisme actif (oui, non)
- Nombre de cigarettes consommées par jour :
- Projet de sevrage (oui, non, non applicable -patient non fumeur-)
- Tabagisme passif (oui, non)
- Prescription de l'arrêt du tabac (oui, non, non applicable -patient non fumeur-)
- Evaluation de l'état psychologique du patient (oui, non, refus)
- Dépression/anxiété diagnostiquée
- Prescription appropriée de substituts nicotiques (oui, non, CI, non applicable -patient non fumeur-, refus)
- Orientation vers une prise en charge spécialisée en hospitalisation ou en post-infarctus : consultation de tabacologie, diabétologie, diététique, éducation thérapeutique, aide à l'observance ou programme d'éducation thérapeutique (oui, non, non indiquée, refus, non disponible)
- Taille
- Poids
- Suivi de l'IMC (oui, non)
- Mesure du périmètre abdominal (oui, non)
- Recherche d'une AOMI (oui, non)
- Mesure de l'IPS (oui, non)
- Dosage de LDL-Cholestérol à jeun (oui, non)
- Dosage de glycémie à jeun ou chez le diabétique de l'hémoglobine glyquée (oui, non)
- Information sur l'activité physique (oui, non, réalisée dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique)
- ECG d'effort (oui, non, CI)
- Pratique par le patient d'une activité physique régulière d'au moins 30 minutes par jour (oui, non, CI, refus)

Suivi à 1 an

- Evaluation de la FEVG (échocardiographie, angiographie ou scintigraphie) (oui, non)
- FEVG en % (< ou > 40 %)

- Altération de la FEVG (oui, non)
 - Traitement par β bloquant (oui, non, CI, intolérance, refus)
 - Traitement par Ivabradine (oui, non, CI, intolérance, refus)
 - Traitement par aspirine (oui, non, CI, intolérance, refus)
 - Traitement par autre antiagrégant plaquettaire (clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor) (oui, non, CI, intolérance, refus)
 - Traitement par IEC (oui, non, CI, intolérance, refus)
 - Traitement par ARA 2 (oui, non, CI, intolérance, refus)
 - Evaluation diététique (y compris consommation d'alcool) (oui, non, refus)
 - Correspondance médecin traitant – cardiologue (oui, non)
-

A 30 jours post-infarctus

- Décès du patient (oui, non, non renseigné)
- Date du décès
- Cause du décès
- Fréquence cardiaque, âge, pression artérielle systolique documentés (oui, non)
- SRI (*Simple Risk Index*) calculé (oui, non)
- Mortalité ajustée au risque attendue
- Mortalité ajustée au risque observée

Pour interpréter un taux de mortalité observée, il est essentiel de le comparer au taux de mortalité attendue tenant compte des facteurs de risque de la population étudiée. Trois scores de risque valides existent. Le score le plus simple peut être calculé selon la formule : $SRI (Simple Risk Index) = Fréquence\ cardiaque \times (\text{âge}/10)^2 / Pression\ artérielle\ systolique$. La mortalité attendue correspondante est obtenue à partir d'une table (cf. chapitre «Scores de risque et mortalité»).

ANNEXES

Tous ces outils sont disponibles et téléchargeables
sur le site de la HAS

www.has-sante.fr www.has-sante.fr

Annexe 1. Outils proposés

1.1 Proposition de fiches patient

1.1.1 Fiche patient SCA en ambulatoire – Transmission

FICHE PATIENT URGENCES EN AMBULATOIRE A conserver dans le dossier		Transmission	
NOM : _____ Prénom : _____ Date : / / Heure : h Sexe : / Né(e) le : / /		NOM : _____ Prénom : _____ Date : / / Heure : h Sexe : / Né(e) le : / /	
Antécédents essentiels:		Antécédents essentiels:	
Ordonnance transmise ☐ ou Traitement habituel :		Ordonnance transmise ☐ ou Traitement habituel :	
Histoire de la maladie :		Histoire de la maladie :	
TA / mm Hg (TA habituelle : / mm Hg) Température °C Fréquence Cardiaque /min ECG ☐ ST+ ☐ non réalisé ☐ Fréquence Respiratoire /min SpO2 % Gly capillaire mmol/l Conscience ☐ normale ☐ altérée (confusion, somnolence) Glasgow : g/l		TA / mm Hg (TA habituelle : / mm Hg) Température °C Fréquence Cardiaque /min ECG ☐ ST+ ☐ non réalisé ☐ Fréquence Respiratoire /min SpO2 % Gly capillaire mmol/l Conscience ☐ normale ☐ altérée (confusion, somnolence) Glasgow : g/l	
Examen clinique :		Examen clinique :	
Appel du 15 (ou 112) ☐ oui ☐ non Autre ☐ oui ☐ non Hospitalisation ☐ oui ☐ non Transport ☐ samu ☐ ambulance		Appel du 15 (ou 112) ☐ oui ☐ non Autre ☐ oui ☐ non Hospitalisation ☐ oui ☐ non Transport ☐ samu ☐ ambulance	
Signes de gravité : 15 (ou 112) • TAS < 90 mm Hg ou 130 mm Hg de la TA habituelle (= choc) • FC > 150/min ou FC < 40/min • FR > 30/min ou FR < 8/min chez l'adulte • Troubles de conscience, confusion, somnolence • Douleur thoracique ou ECG ST+		Traitement administré	
Ouverture des yeux spontanée 4 sur ordre ou au bruit 3 après stimulation douloureuse 2 nulle 1		Réponse verbale conversation normale 5 conversation confuse 4 mots inappropriés 3 mots incompréhensibles 2 aucun mot 1	
Score de Glasgow Actualisation : mars 2012		Réponse motrice exécute les ordres verbaux 6 chasse les stimuli douloureux 5 simple réponse de retrait à la douleur 4 flexion stéréotypée à la douleur 3 extension à la douleur 2 pas de réponse 1	
		Evolution	
Commentaires :		Signature :	

1.1.3 Fiche patient **CARDIOLOGIE**

SYNDROME CORONAIRE AIGU : PROPOSITION DE FICHE DE REGISTRE COMMUNE CARDIOLOGIE			
Nom _____		Prénom _____	
INSEE _____		INSEE _____	
Âge: _____	☐ H ☐ F	Date de naissance _____	
DATE d'ARRIVÉE le _____		Transfert direct SAMU/SMUR-CCI ☐ OUI, heure _____ ☐ NON	
Diagnostic initial	☐ ST+ ☐ non ST+ ☐ avec instabilité hémodynamique début des symptômes date _____ heure _____ ECG qualifiant date _____ heure _____		
Antécédents	Infarctus du myocarde ☐ OUI ☐ NON angioplastie ☐ OUI ☐ NON pontage ☐ OUI ☐ NON		
À l'arrivée	OAP/Insuffcard ☐ OUI ☐ NON Trrythme (TV/FV) ☐ OUI ☐ NON État de choc ☐ OUI ☐ NON Glycémie faite ☐ OUI ☐ NON HbA1c faite ☐ OUI ☐ NON		
Facteurs de risque	Insuff. Rénale ☐ OUI ☐ NON Tabagisme actif ☐ OUI ☐ NON Diabète connu/découvert ☐ OUI ☐ NON Tabagisme passif ☐ OUI ☐ NON Activité physique ☐ OUI ☐ NON HTA ☐ OUI ☐ NON Hypercholestérolémie ☐ OUI ☐ NON Dyslipidémie ☐ OUI ☐ NON Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____ Tour de taille : _____ Score de GRACE : _____ Périmètre abdominal : _____		
Coronarographie	Effectuée : ☐ OUI ☐ NON ☐ Nb vaisseaux atteints (lésions significatives si > 50 %) : ☐ 0 ☐ non significatives ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Tronc commun Angioplastie coronaire ☐ OUI ☐ NON ☐ Thrombo-aspiration ☐ OUI ☐ NON ☐ Stenting ☐ OUI ☐ NON ☐ Pontage coronaire ☐ OUI ☐ NON ☐ Transfert lab cath ☐ OUI ☐ NON date : _____/_____/_____ heure : ____h____ Ponction ☐ OUI ☐ NON date : _____/_____/_____ heure : ____h____ Ballonnet /autre technique ☐ OUI ☐ NON date : _____/_____/_____ heure : ____h____		
Traitement en USIC	B-bloquant ☐ OUI ☐ NON : CI explicitée ☐ NON sans explication dans le dossier Aspirine ☐ OUI ☐ NON : CI explicitée ☐ NON sans explication dans le dossier AntiGpIIb/IIIa ☐ OUI ☐ NON : CI explicitée ☐ NON sans explication dans le dossier Anticoagulant ☐ OUI ☐ NON : CI explicitée ☐ NON sans explication dans le dossier Clopidogrel/Prasugrel/Ticagrelor ☐ OUI ☐ NON : CI explicitée ☐ NON sans explication dans le dossier Prise en charge hyperglycémie ☐ OUI ☐ NON Substituts nicotiniques, si fumeur ☐ OUI ☐ NON ☐ refus du patient Thrombolytiques ☐ OUI ☐ NON date : _____/_____/_____ heure : ____h____		
Traitement de sortie	Transfert cardio (sortie d'USIC) ☐ OUI ☐ NON date : _____/_____/_____ heure : ____h____ FEVG mesurée ☐ OUI, =..... ☐ NON B-bloquant ☐ OUI ☐ NON : CI explicitée ☐ NON sans explication dans le dossier Aspirine ☐ OUI ☐ NON : CI explicitée ☐ NON sans explication dans le dossier Clopidogrel/Prasugrel/Ticagrelor ☐ OUI ☐ NON : CI explicitée ☐ NON sans explication dans le dossier Statine ☐ OUI ☐ NON : CI explicitée ☐ NON sans explication dans le dossier Antiandrostérone ☐ OUI ☐ NON : CI explicitée ☐ NON sans explication dans le dossier IEC/ARD ☐ OUI ☐ NON : CI explicitée ☐ NON sans explication dans le dossier Inhibiteurs calciques ☐ OUI ☐ NON Substituts nicotiniques, si fumeur ☐ OUI ☐ NON ☐ refus du patient		
Diagnostic final	Infarctus avec onde Q ☐ OUI ☐ NON ☐ Infarctus sans onde Q ☐ OUI ☐ NON ☐		
Angor instable ☐ OUI ☐ NON Autre diagnostic associé ☐ OUI ☐ NON ☐ lequel :			
Sortie	Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques (lors du séjour ou à la sortie) ☐ OUI ☐ NON Rééducation programmée ou démarrée ☐ OUI ☐ NON Entourage formé à la réanimation ☐ OUI ☐ NON Ordonnance bilan à distance ☐ OUI ☐ NON CS anti-tabac (11mer) ☐ OUI ☐ NON CS diabétologue (11diabète) : ☐ OUI ☐ NON DÉCÈS ☐ OUI, Cause : _____ ☐ NON		
DATE de SORTIE le _____/_____/_____			

1.1.4 Fiche de suivi ambulatoire – 1ère année post-infarctus

1. Délai depuis l'infarctus du myocarde (SCA ST+, SCA avec BBG, SCA non ST+) ?
 - ☐ 1 mois
 - ☐ 3 mois
 - ☐ 6 mois
 - ☐ 1 an
 - ☐ > 1 an
 - ☐ Non renseigné
2. Connaissez-vous les signes évocateurs d'une récurrence d'infarctus ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
3. Savez-vous qu'il faut appeler le 15 en 1^{ère} intention en cas de récurrence ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
4. Avez-vous ressenti une douleur thoracique et/ou avez-vous pris de la Trinitrine ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Ne sait pas
5. Avez-vous participé à un programme de réadaptation cardiovasculaire ?
 - ☐ oui
 - ☐ Délai après l'infarctus
 - ☐ non
 - ☐ Ne sait pas
7. Tabagisme actif
 - ☐ oui
 - ☐ non
 - Nombre de cigarettes/j
 - Jamais fumé
 - Sevrage envisagé
 - Si arrêt, depuis quand
8. Poids mesuré
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ IMC calculé
 - ☐ Périmètre abdominal mesuré
9. Dépistage d'AOMI
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ IPS mesuré
10. Pression artérielle mesurée
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
11. Bilan glucidique effectué
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
12. Bilan lipidique effectué
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
13. Pratiquez-vous un exercice physique régulier de 30 mn ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
14. Connaissez-vous la diététique du post-infarctus ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
15. Suivez-vous les consignes de diététique du post-infarctus ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

16. Prenez-vous le traitement médicamenteux
BASI du post-infarctus ?

Beta-bloquant / Ivabradine approprié*

- ☐ oui
- ☐ non
- CI
- Intolérance
- Refus

Aspirine appropriée*

- ☐ oui
- ☐ non
- CI
- Intolérance
- Refus

Autre AA appropriée
(clopidogrel/prasugrel/ticagrelor)

- ☐ oui
- ☐ non
- CI
- Intolérance
- Refus

Statine appropriée*

- ☐ oui
- ☐ non
- CI
- Intolérance
- Refus

IEC / ARA2 approprié

- ☐ oui
- ☐ non
- CI
- Intolérance
- Refus

17. Dépistage de la dépression (2 questions validées de Whooley)

- Vous êtes-vous senti abattu, déprimé ou désespéré?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- Avez-vous ressenti un désintérêt ou une absence de plaisir à accomplir les choses de la vie ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

18. Activité professionnelle

- ☐ Oui
- ☐ Non

19. Relation avec le(s) spécialiste(s) cardiologue(s)

- Courriers reçus

Centre de cardiologie interventionnelle	Cardiologie
☐ oui	☐ oui
☐ non	☐ non
- Courrier de suivi 1^{ère} année post-infarctus adressé au cardiologue ambulatoire
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

* Traitement approprié : traitement en cours à dose éventuellement adaptée et/ou réfuté par contre-indication (CI), intolérance ou refus du patient, notés dans le dossier. La réponse « non » correspond à l'arrêt sans avis médical d'un des traitements (avec le patient, intolérance ou autre cause à rechercher, adhérence à motiver, éducation thérapeutique à envisager).

1.1.5 Proposition de fiches partagées « Bilan à 1 an post-infarctus : Indicateurs de résultats & Indicateurs d'accès aux prises en charge spécialisées »

Indicateurs de résultat	Nombre de patients suivis à 1 an	Taux en %
Taux de patients sous traitement approprié BASI		
Taux de patients fumeurs sevrés		
Taux de patients pratiquant une activité physique régulière		
Taux de patients diabétiques traités avec bilan glucidique conforme aux recommandations (HBA1c < 7 %)		
Taux de patients dyslipidémiques traités avec bilan lipidique conforme aux recommandations (LDL- cholestérol < 1 g/l)		
Taux de patients obèses ou en surpoids avec IMC redevenu conforme aux recommandations (IMC < 25 kg/m)		
Taux de patients hypertendus traités avec pression artérielle conforme aux recommandations (PAS < 140 mm Hg et PAD < 90 mm de Hg et 135 mmHg et PAD<85 mmHg en automesure)		
Taux de patients actifs ayant repris une activité professionnelle		
Taux de complications cardiovasculaires (récidives, AVC, insuffisance cardiaque, troubles du rythme)		
Taux de réadmissions non programmées		
<i>Taux de mortalité post-infarctus (ajustée au risque) à 1 an</i>		

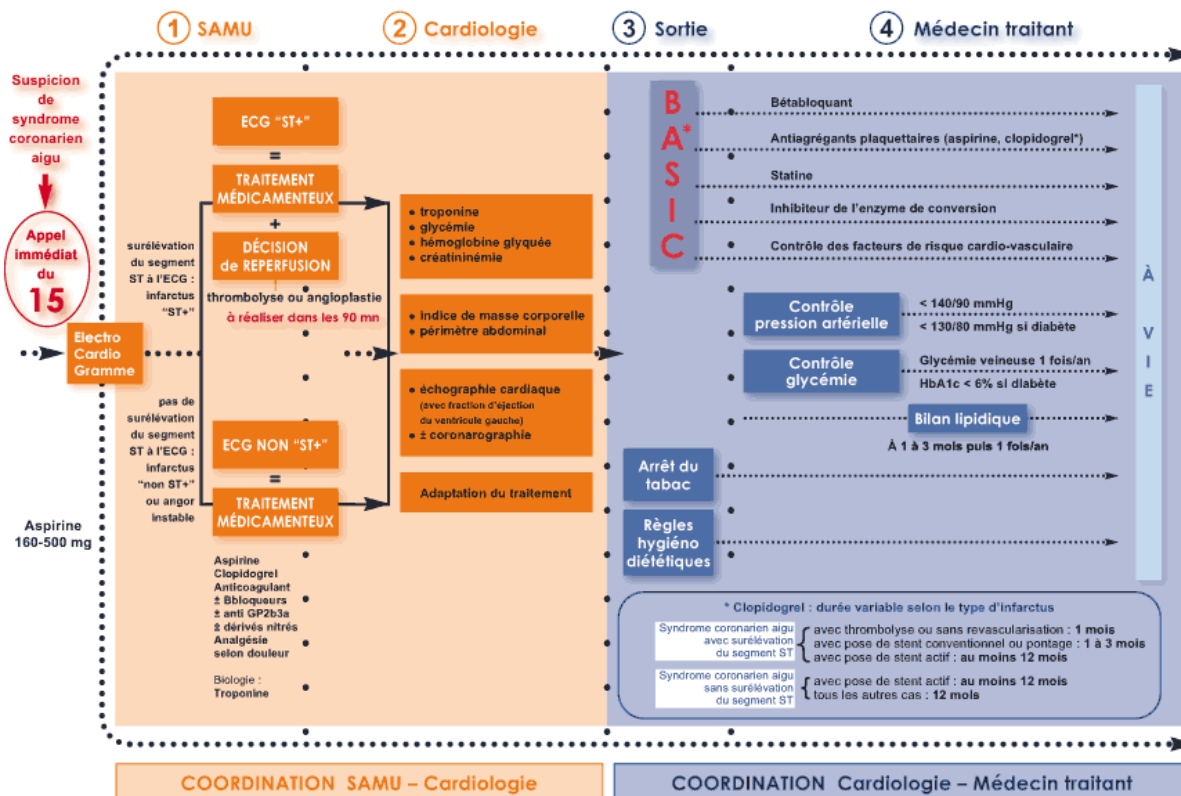
Indicateurs d'accès dans l'année post-infarctus	Nombre de patients suivis à 1 an	Taux en %
Taux d'appels au 15 en 1ère intention en cas de récurrence		
Taux de réalisation de programmes de réadaptation cardiovasculaire		
Taux de réalisation de programmes d'éducation thérapeutique		
Taux de consultations tabacologiques pour les patients fumeurs		
Taux de consultations diabétologiques pour les patients dysglycémiques		
Taux de consultations diététiques		
Taux de consultations chez le cardiologue		

Les indicateurs de résultat et d'accès aux prise en charge spécialisées sont complémentaires des indicateurs de pratique clinique (IPC). Certains ont été choisis comme IPC (taux et délais de reperfusion, taux d'appel au 15 en 1^{ère} intention, taux de réalisation de réadaptation cardiovasculaire, taux de mortalité à 30 jours) mais tous les IPC ne sont pas des indicateurs de résultat.

Les indicateurs de résultat et d'accès aux prises en charge spécialisées doivent être interprétés dans le contexte du patient, des pratiques professionnelles et de l'environnement (situation/contraintes géographiques, moyens humains et matériels).

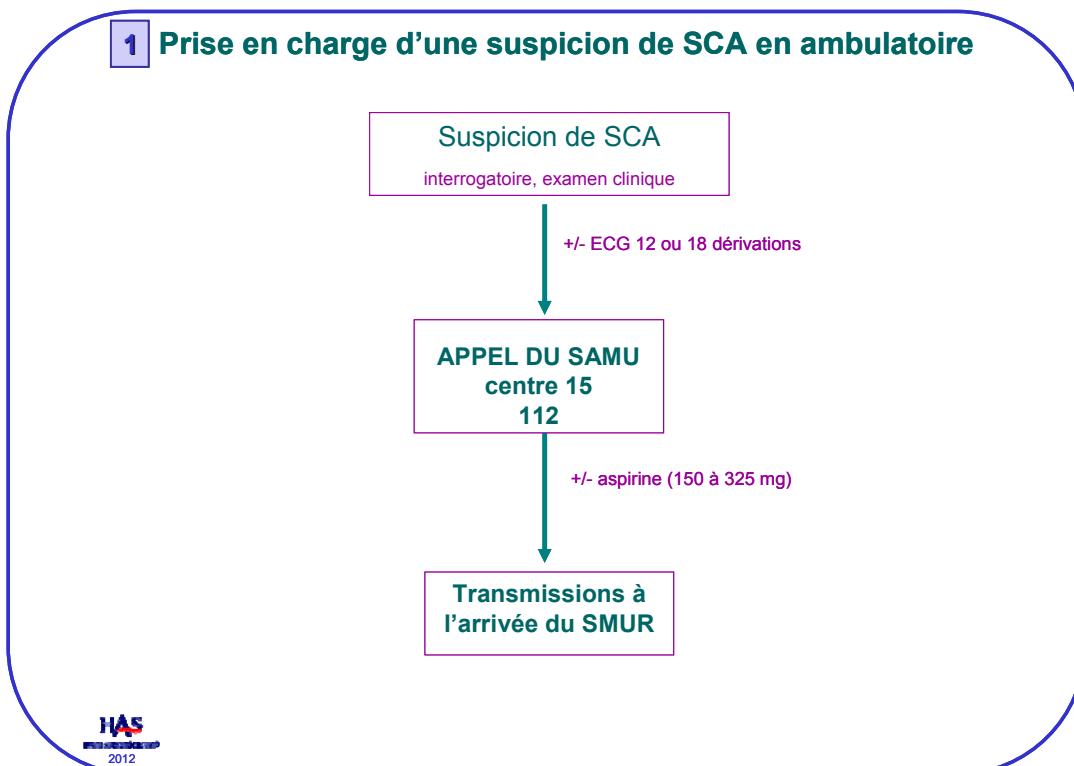
1.2 Propositions de mémos

1.2.1 Parcours optimal de prise en charge de suspicion de SCA

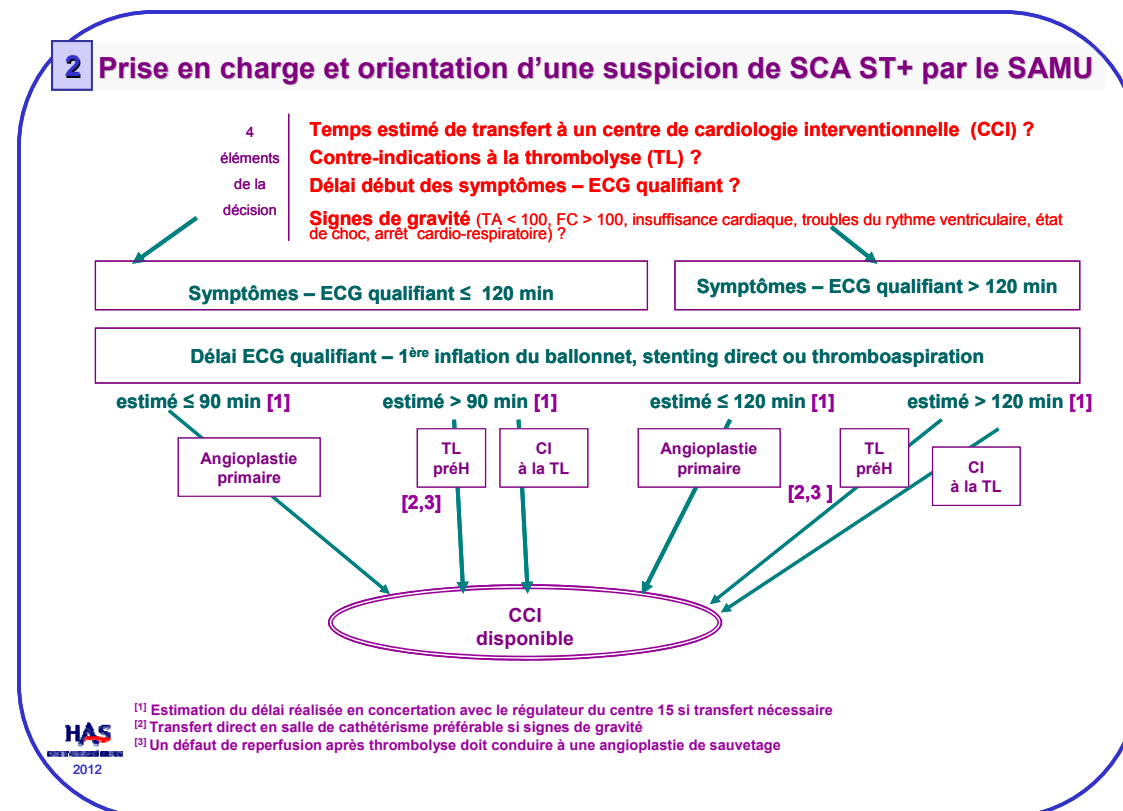
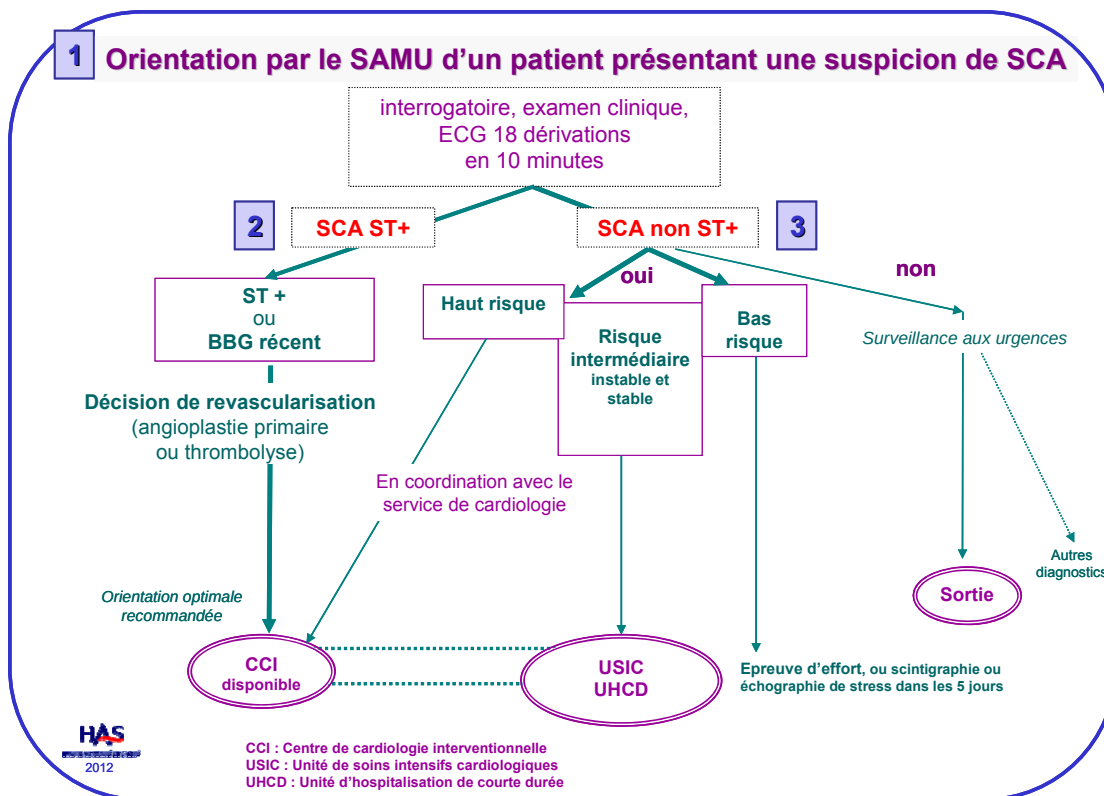


*En pratique, les antiagrégants actuellement utilisés en association avec l'aspirine sont le clopidogrel, le prasugrel ou le ticagrelor, en l'absence de contre indications. D'autres antiagrégants plaquettaires validés dans cette indication sont appelés à être commercialisés.

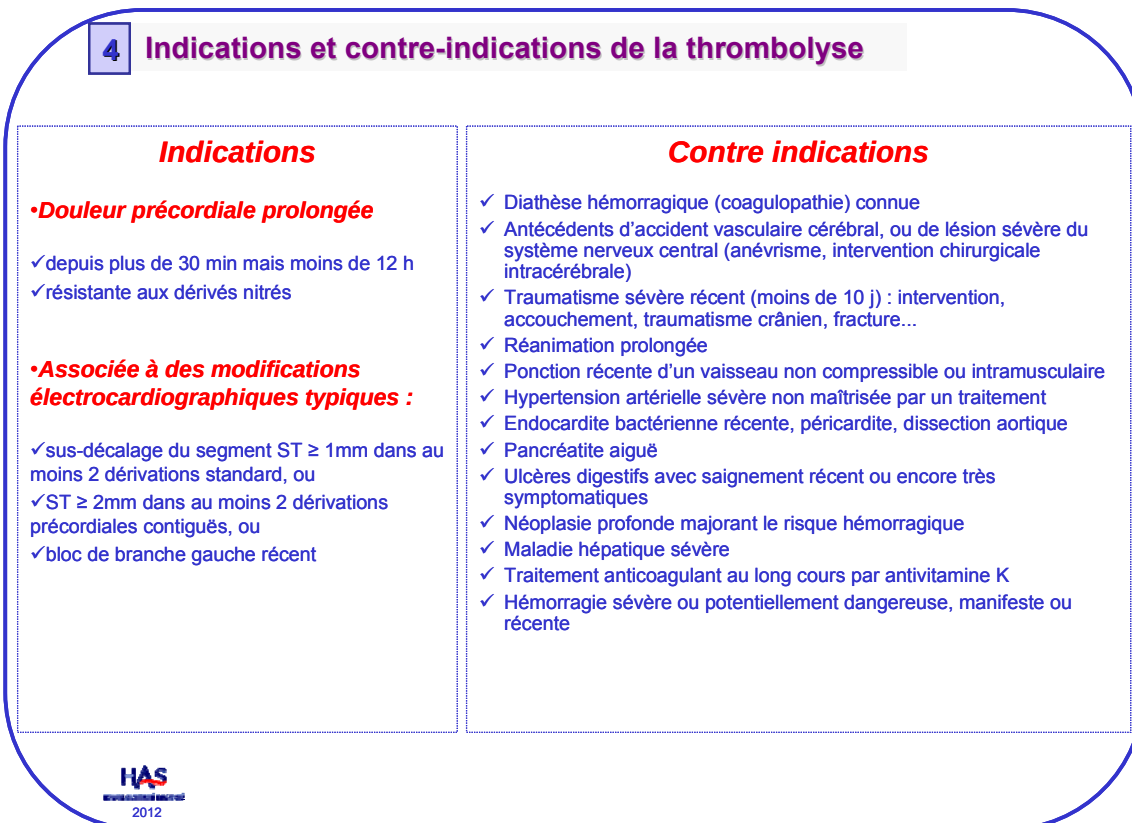
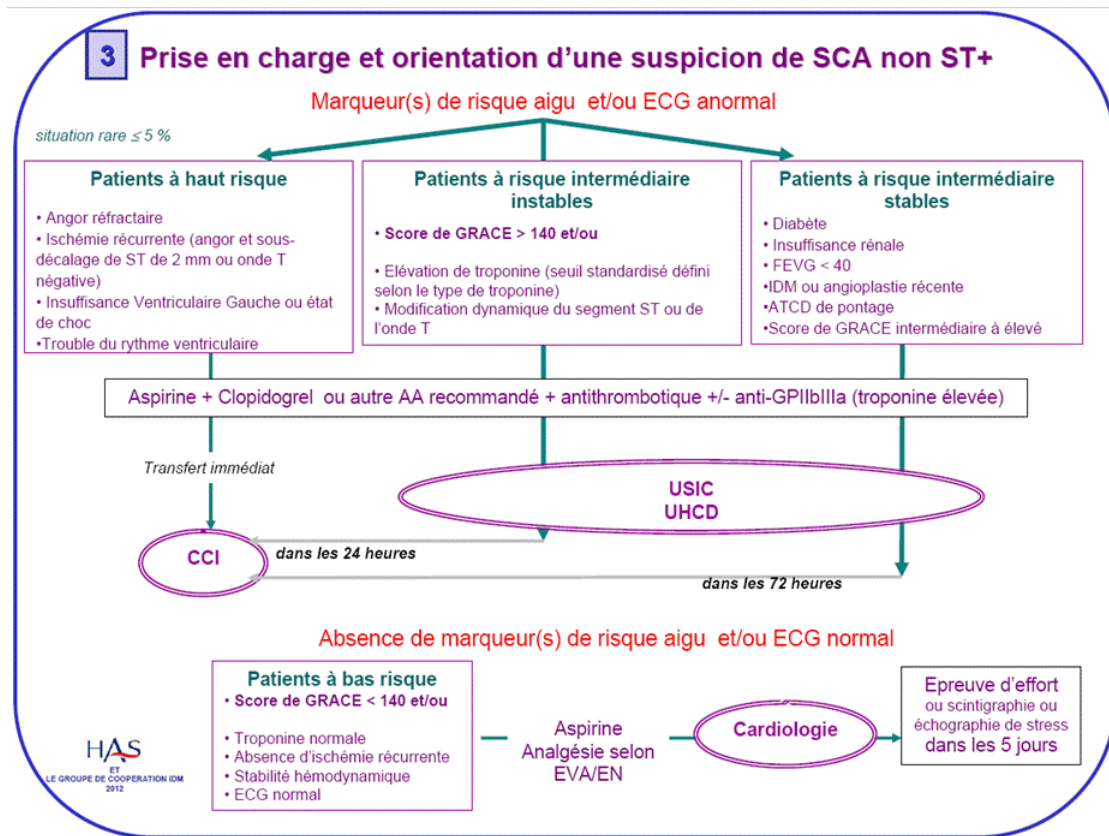
1.2.2 Suspicion de SCA en ambulatoire



1.2.3 Pour le SAMU

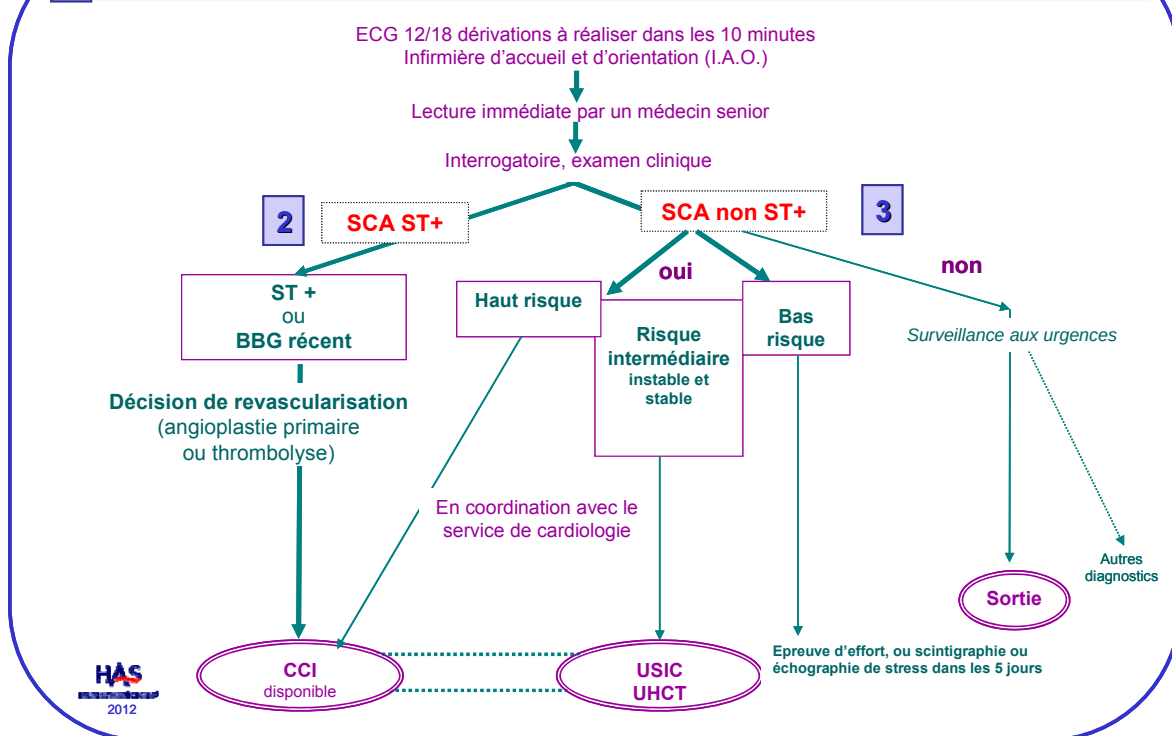


1.2.4 Pour le SAMU et les services d'Urgences

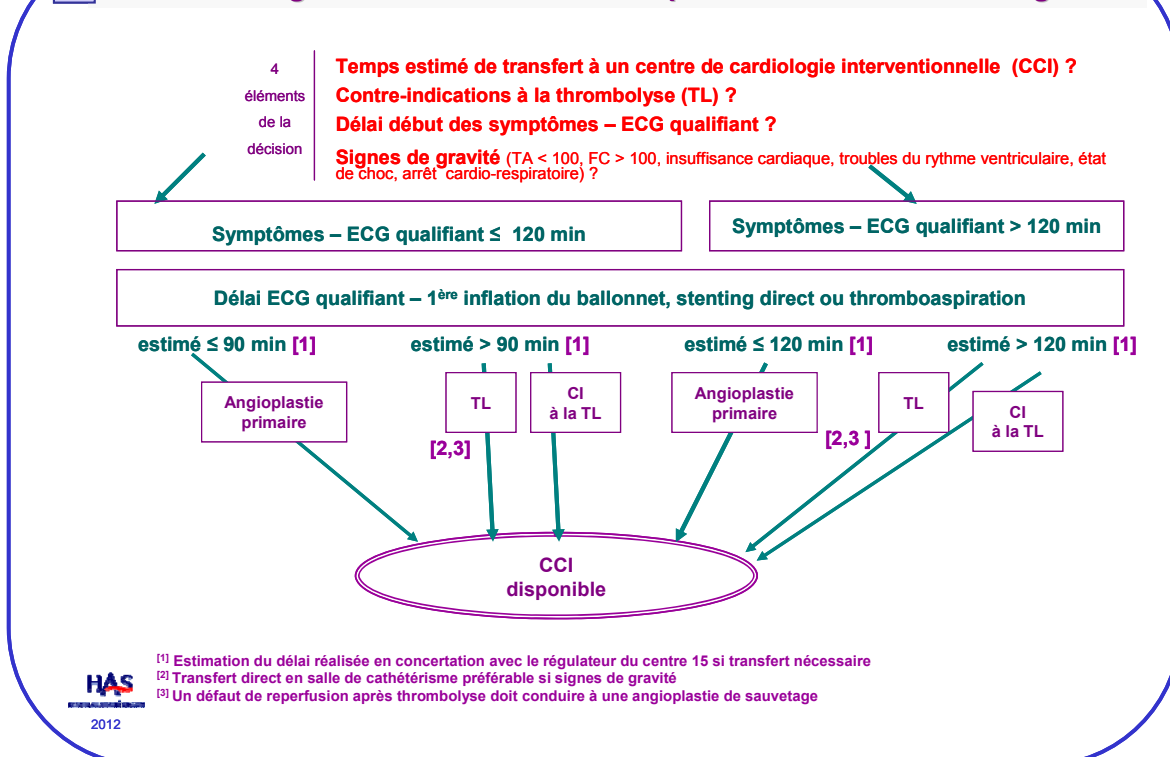


1.2.5 Pour les services d'Urgences

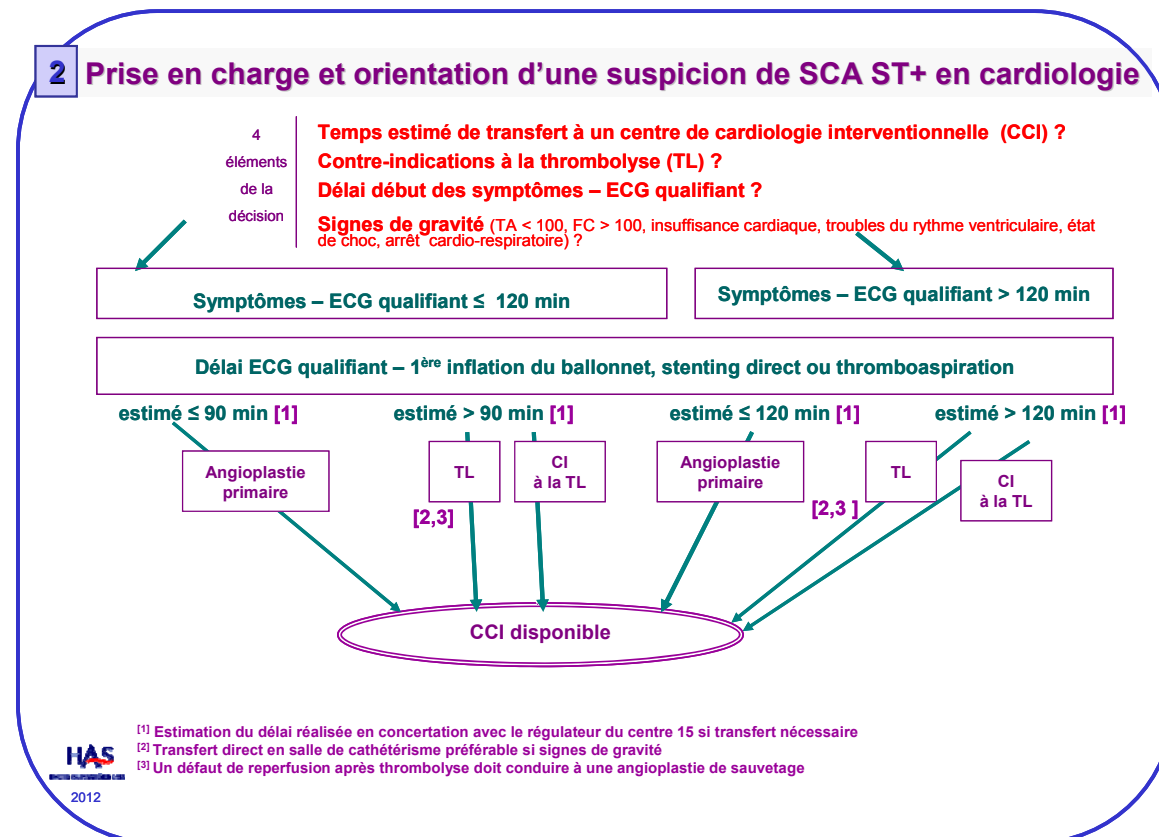
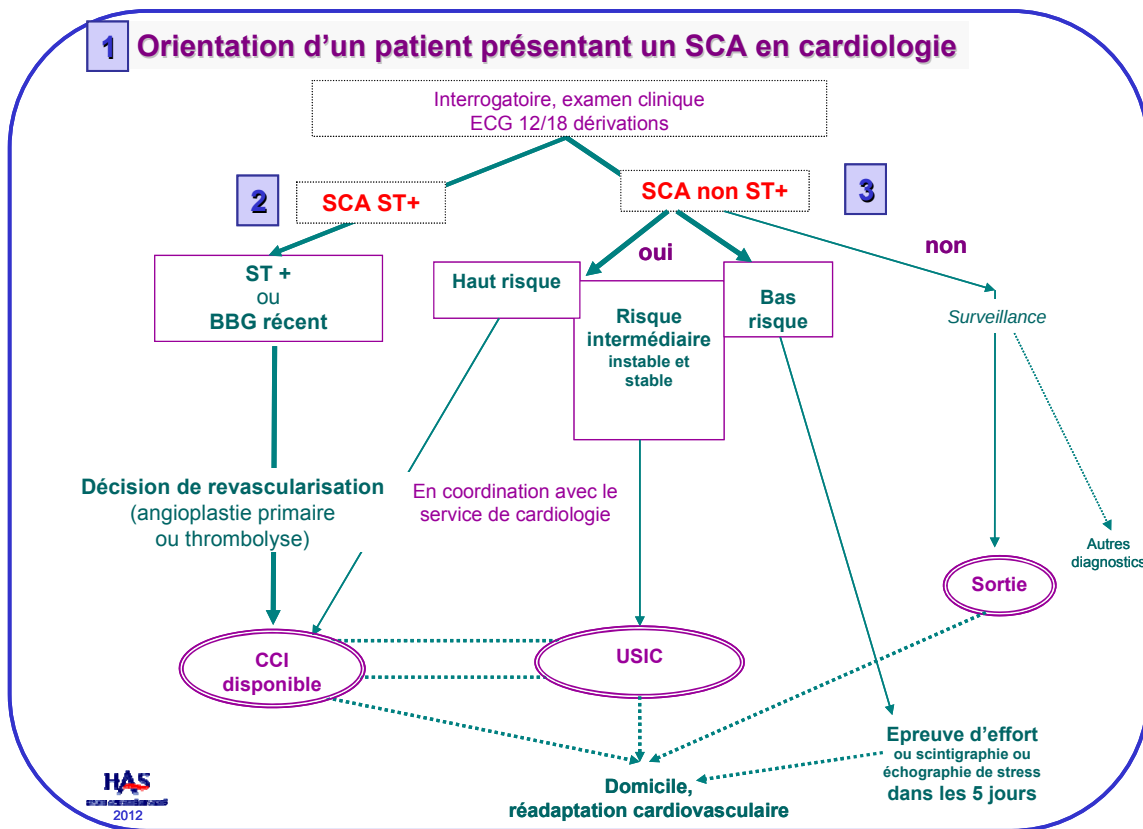
1 Orientation d'un patient présentant une suspicion de SCA par les urgences



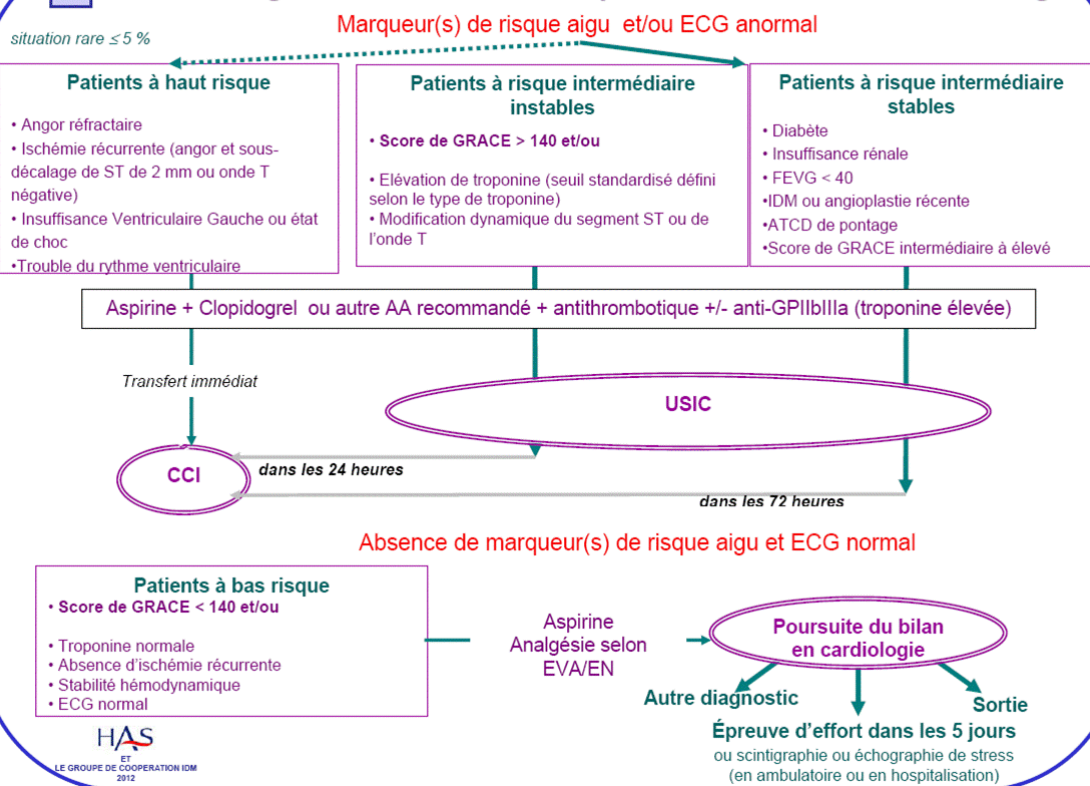
2 Prise en charge et orientation d'une suspicion de SCA ST+ aux urgences



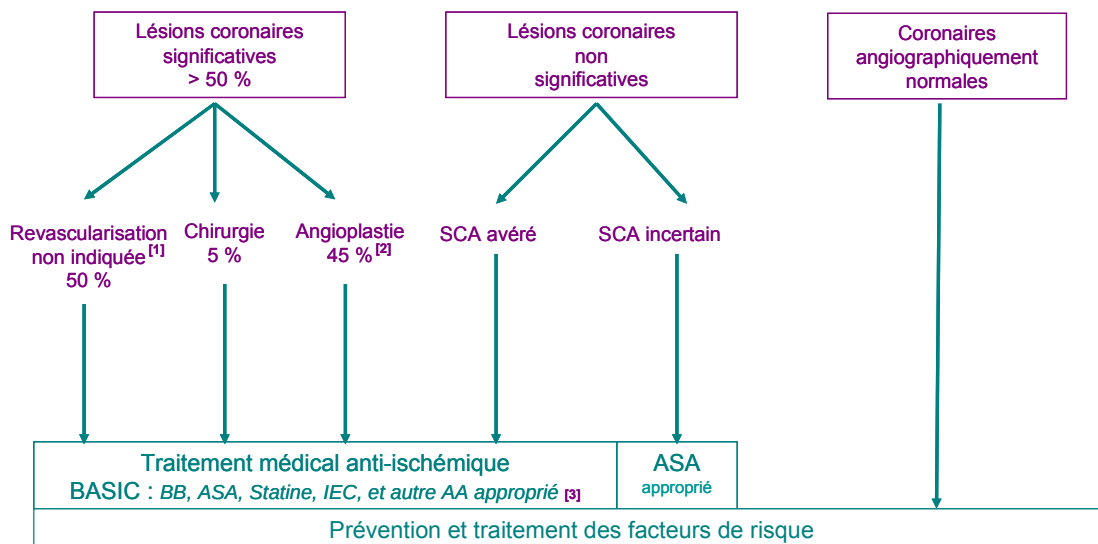
1.2.6 Pour les services de Cardiologie



3 Prise en charge et orientation d'une suspicion de SCA non ST+ en cardiologie



4 Prise en charge selon la coronarographie

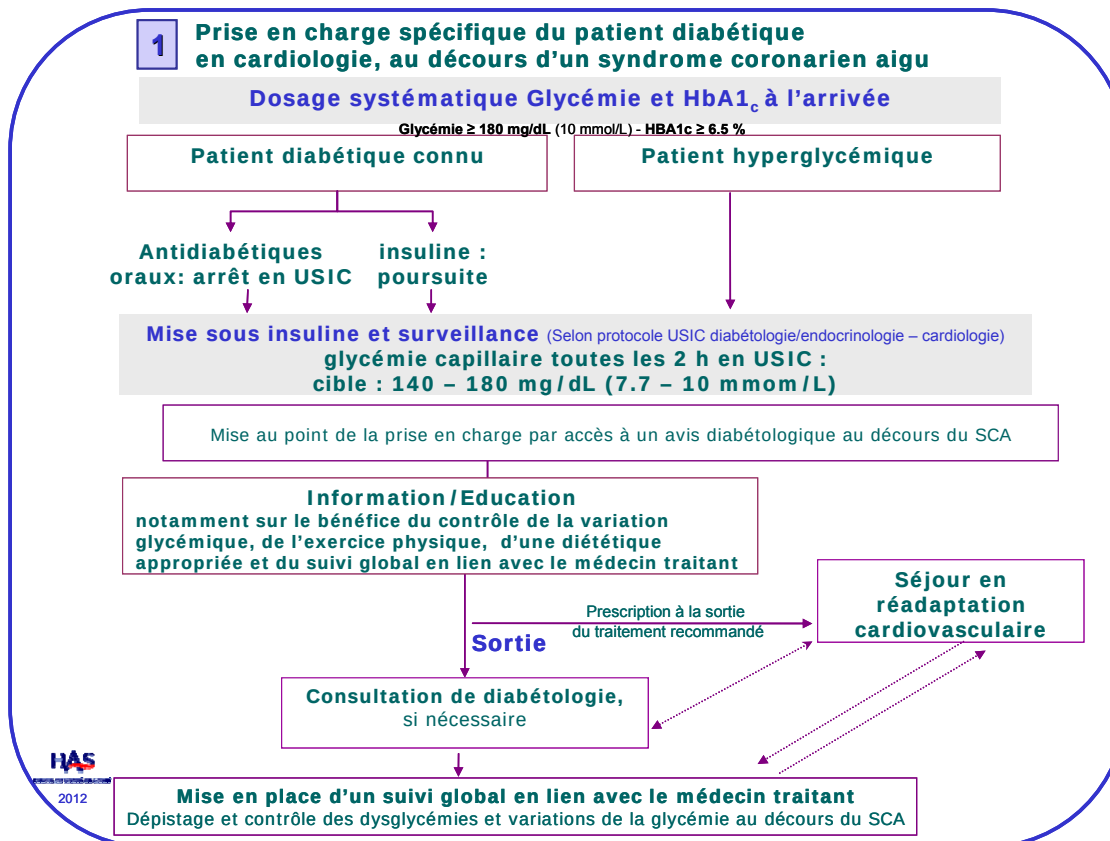


[1] lésions ne justifiant pas une revascularisation, ou ne s'y prêtant pas, ni par chirurgie ni par angioplastie

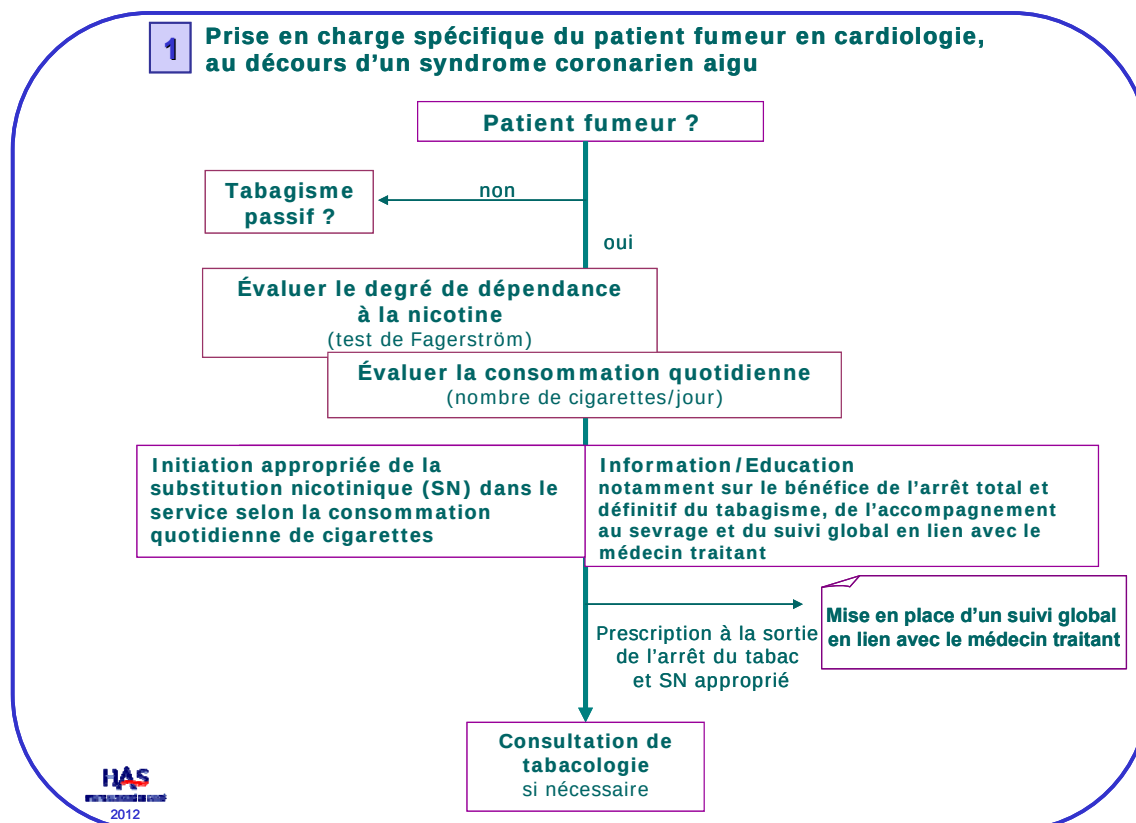
[2] la quasi totalité des angioplasties se faisant avec pose de stent

[3] les antiagrégants actuellement utilisés en association avec l'aspirine sont : lopidogrel/Prasugrel/Ticagrelor

1.2.7 Au décours d'un SCA : SCA et diabète



1.2.8 Au décours d'un SCA : SCA et tabac



Annexe 2. Recherche documentaire

L'actualisation de la recherche documentaire sur le thème de l'infarctus du myocarde a porté sur les sujets¹⁰ et les types d'études¹¹ définis en accord avec le chef de projet, et a été limitée aux publications en langue anglaise et française, pour la période de 2009 à décembre 2011. D'autres travaux publiés entre 1999 et 2009 ont été retenus dans cette actualisation car spécifiques au contexte de soins français et/ou correspondants à des études de référence.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : la base de données Medline et la Cochrane Library ;
- pour les recommandations et les indicateurs : les sites internet publiant des recommandations, les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié et les sources spécialisées dans les indicateurs.

Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études. Le *tableau 1* présente la stratégie de recherche dans la base de données Medline.

Tableau 1 : Stratégie de recherche dans la base de données Medline

Termes utilisés		Période	Nombre de références
		01/2009 – 12/2011	474
Etape 1	(acute coronary syndrome OR myocardial infarction OR myocardial ischemia OR ((secondary prevention OR risk factors) AND cardiovascular diseases))/de OR (acute coronary syndrome* OR myocardial infarct *)/ti		
ET			
Etape 2	(guideline AND implementation))/ti,ab OR (program evaluation OR quality of health care OR outcome and process assessment (health care) OR outcome assessment (health care) OR process assessment (health care) OR guideline adherence OR peer review, health care OR quality indicators, health care OR health care evaluation mechanisms OR utilization review OR clinical audit OR medical audit OR nursing audit OR quality assurance, health care OR total quality management OR reference standards OR health care quality, access, and evaluation OR benchmarking OR united states agency for healthcare research and quality OR management quality circles OR quality control OR accreditation OR registries)/de OR (quality OR pay-for-performance OR (indicator* AND (clinical* OR quality OR performance)) OR audit criteria OR core measure* OR program OR registry OR registries)/ti OR (quality improve*)/ti,ab		

de : descriptor ; ti : title ; ab : abstract

Au total, 176 publications ont été retenues dans ce document :

- ⇒ 8 références méthodologiques,
- ⇒ 60 recommandations et autres travaux produits par des institutions, agences de santé ou organisations professionnelles,
- ⇒ 49 références d'indicateurs,
- ⇒ 58 autres types de publications

¹⁰ Syndrome coronaire aigu, infarctus du myocarde, prévention secondaire et facteurs de risque dans les maladies cardiovasculaires.

¹¹ Recommandations, consensus professionnels, référentiels de bonne pratique, guides ALD, rapports et avis institutionnels, indicateurs de performance, autres types d'indicateurs qualité en santé et critères d'audit, revues systématiques, méta-analyses, études portant sur la démonstration de l'impact clinique de la mise en œuvre des bonnes pratiques et/ou de programmes et/ou du contrôle de facteur(s) de risque, notamment études adaptées au contexte français, outils pour la pratique (questionnaires, scores...).

Sites consultés

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé – AFSSAPS
 Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques – ALFEDIAM
 Bibliothèque interuniversitaire santé – BIUS
 Bibliothèque médicale Lemanissier
 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES
 Evaluation des technologies de santé pour l'aide à la décision – ETSAD
 Expertise collective INSERM
 Haut conseil de la sante publique – HCSP
 Institut de recherche et documentation en économie de la sante – IRDES
 Institut de veille sanitaire – INVS
 Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – INPES
 Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
 Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers – MeaH
 Projet COMPAQH
 Société française d'anesthésie et de réanimation – SFAR
 Société française de cardiologie – SFC
 Société française de gériatrie et gérontologie – SFGG
 Société française de médecine générale – SFMG

Adelaide Health Technology Assessment – AHTA
 Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ
 Alberta Heritage Foundation for Medical Research – AHFMR
 Alberta Medical Association – AMA
 American College of Cardiology – ACC
 American College of Physicians – ACP
 American Heart Association – AHA
 Australian Council on Healthcare Standards – ACHS
 Australian Institute of Health and Welfare – AIHW
 Blue Cross Blue Shield Association – BCBS
 California Technology Assessment Forum – CTAF
 Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health – CADTH
 Canadian Task Force on Preventive Health Care – CTFPHC
 Centers for Disease Control and Prevention – CDC
 Centre fédéral d'expertise des soins de santé – KCE
 Centre for Clinical Effectiveness – CCE
 Centre for Reviews and Dissemination databases
 Clinical Evidence
 Clinical Knowledge Summaries
 Clinical Resource and Audit Group
 CMA Infobase
 Cochrane Library
 College of Physicians and Surgeons of Alberta – CPSA
 Department of Health – DH
 European Medicines Agency – EMEA

European Society of Cardiology – ESC
 Euroscan
 Food and Drug Administration – FDA
 Guideline Advisory Committee – GAC
 Guidelines and Protocols Advisory Committee – GPAC
 Guidelines Finder
 Guidelines International Network – GIN
 Heart Foundation
 Horizon Scanning
 Institut national d'excellence en santé et en services sociaux - INESSS
 Institute for Clinical Evaluative Sciences – ICES
 Institute for Clinical Systems Improvement – ICSI
 Institute for Health Economics Alberta – IHE
 Institute for Healthcare Improvement – IHI
 International Quality Indicators Project – IQIP
 Intute Health & Life Sciences – INTUTE
 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
 Maine health management coalition
 Medical Services Advisory Committee – MSAC
 National Committee for Quality Assurance
 National Coordinating Centre for Health Technology Assessment – NCCHTA
 National Guideline Clearinghouse – NGC
 National Health and Medical Research Council – NHMRC
 National Health Service Information Centre
 National Health Services – NHS
 National Health Services Scotland
 National Horizon Scanning Centre – NHSC
 National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE
 National Institutes of Health – NIH
 National Quality Measures Clearinghouse
 New Zealand Guidelines Group – NZGG
 New Zealand Health Technology Assessment – NZHTA
 Ontario Health Technology Advisory Committee – OHTAC
 Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD
 QI Project
 Royal College of Physicians – RCP
 Santé Canada
 Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN
 Singapore Ministry of Health
 The Clinical Indicators Support Team (NHS Scotland)
 Tripdatabase
 U.S. Preventive Services Task Force
 Veterans affairs, Dep. Of Defense Clinical practice guidelines
 West Midlands Health Technology Assessment Collaboration – WMHTA
 Wisconsin Hospital Association
 World Health Organization

Veille documentaire

Les sommaires des revues suivantes ont été examinés tout au long du projet :

- Archives of Cardiovascular Diseases,
- British Medical Journal,
- Chest,
- Circulation,
- European Heart Journal,
- Journal of the American College of Cardiology,
- Journal of the American Medical Association,
- New England Journal of Medicine,
- The Lancet.

Une veille a été réalisée jusqu'en décembre 2011 sur Medline et sur les sites internet énumérés ci-dessus.

Annexe 3. Références bibliographiques

3.1 Références méthodologiques HAS (1 – 8)

1. Haute Autorité de Santé. Les « Collaboratives de la HAS ». Une méthode participative pour améliorer les pratiques professionnelles. La Plaine Saint-Denis: HAS; 2010.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-03/les_collaboratives_has_vf.pdf
2. Haute Autorité de Santé. Indicateurs de pratique clinique - Efficacité Sécurité Accès. IPC-ESA. Illustration par la filière de prise en charge de l'infarctus du myocarde
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/fiche_ipc-v4-ppp_web.pdf
3. Haute Autorité de Santé, BMJ Group. Clinical impact of quality improvements, 19th April 2010, Nice, France. Qual Safe Health Care 2010;19(3 Suppl 1).
4. Godlee F, Cabarrot P, Desplanques A, Smith J, Degos L. Foreword. Qual Safe Health Care 2010;19(1 Suppl 1):A1-A2.
5. Haute Autorité de Santé. Programmes d'amélioration des pratiques (PAP). Démarche générale d'élaboration. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/pap_upp_23-06-08.pdf
6. Haute Autorité de Santé. Registres, observatoires, bases de données et évaluation des pratiques professionnelles. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_667910/registres-observatoires-bases-de-donnees-et-epp-4-pages
7. Haute Autorité de Santé. Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques. Une interface entre les recommandations et les démarches d'amélioration de la qualité. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/criteres_de_qualite_pour_levaluation_et_lamelioration_de_des_pratiques_professionnelles_synthese.pdf
8. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité : Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français. Paris: ANAES; 1999.

3.2 Recommandations et autres travaux institutionnels, d'agences de santé ou d'organisations professionnelles « Infarctus du myocarde et prévention secondaire » (9 – 67)

Liste des recommandations

	Sigle	Organisme	Titre des recommandations	Année	URL du document
9.	ACCFTF/AHA	American College of Cardiology Foundation Task Force / American Heart Association	Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly	2011	http://circ.ahajournals.org/content/123/21/2434.full.pdf+html?sid=3ca8c567-8c2c-4035-9997-d837b6055a4f
10.	ACCF/AHA	American College of Cardiology Foundation / American Heart Association	Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update	2011	http://circ.ahajournals.org/content/124/22/2458.full.pdf+html
11.	ACCF/AHA/SCAI	American College of Cardiology Foundation / American Heart Association / Society for Cardiovascular Angiography and Interventions	Guideline for Percutaneous Coronary Intervention	2011	http://circ.ahajournals.org/content/earl/2011/11/07/CIR.0b013e31823ba622.full.pdf+html
12.	ADLF	Association des diététiciens de langue française	Recommandations pour la pratique clinique. Le soin diététique réalisé par un diététicien en établissement de santé. Complément des recommandations ADLF-HAS de 2006	2011	http://www.afdn.org/fileadmin/pdf/soins-etbs-sante/1105-reco-soin-dietetique-ets-de-sante.pdf
13.	AHA	American Heart Association	The American Heart Association's Recommendations for Expanding the Applications of Existing and Future Clinical Registries	2011	http://circ.ahajournals.org/content/123/19/2167.full.pdf+html
	AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé	Groupe de travail «antiagrégants plaquettaires» du comité de validation des recommandations de bonne pratique sur les produits de santé	2011	Mise en place en novembre 2011
14.	ESC/EAS	European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society	Guidelines for the Management of Dyslipidaemias	2011	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/Dyslipidemia.aspx
15.	HAS	Haute Autorité de santé	Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours	2011	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf
16.	ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement	Stable Coronary Artery Disease	2011	http://www.icsi.org/coronary_artery_disease/coronary_artery_disease_stable.html
17.	ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement	Diagnosis and Treatment of Chest Pain and Acute Coronary Syndrome (ACS)	2011	http://www.icsi.org/acs_acute_coronary_syndrome/acute_coronary_syndrome_and_chest_pain_diagnosis_and_treatment_of_2.html
18.	ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement	Antithrombotic Therapy Supplement	2011	http://www.icsi.org/antithrombotic_the_rapy_supplement_guideline_14045/antithrombotic_therapy_supplement_guideline.html
19.	NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence	Stable angina CG 126	2011	http://guidance.nice.org.uk/CG126

	Sigle	Organisme	Titre des recommandations	Année	URL du document
20.	NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence	Hyperglycaemia in acute coronary syndromes CG 130	2011	http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13589/56817/56817.pdf
21.	NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence	Ticagrelor for the treatment of acute coronary syndrome CG 236	2011	http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13588/56819/56819.pdf
22.	SFC	Société Française de Cardiologie	Référentiel des bonnes pratiques cliniques en réadaptation cardiologique GERS-SFC, 2011	2011	http://www.cardio-sfc.org/groupes/groupes/exercice-readaptation-sport/recommandations-readaptation/readaptation/sommaire/f/iles/reco_referentiel_long.pdf/attachment_download/attachedFile
23.	SFD/SFC	Société Francophone du Diabète - Société Française de Cardiologie	Prise en charge du patient hyperglycémique au cours et au décours immédiat d'un syndrome coronaire aigu. Consensus du Groupe cœur et diabète de la SFD en collaboration avec la SFC	2011	http://www.sfcadio.fr/recommandations-recommandations-mixtes/prise-en-charge-du-patient-hyperglycémique-au-cours-et-au-décours-dun-syndrome-coronarien-aigu-2/
24.	WHO	World Health Organisation	Use of glycated haemoglobin (HbA1c) in the diagnosis of diabetes mellitus	2011	http://www.who.int/diabetes/publications/report-hba1c_2011.pdf
25.	ADA	American Diabetes Association	Executive Summary: Standards of Medical Care in Diabetes—2010	2010	http://care.diabetesjournals.org/content/33/Supplement_1/S4.full.pdf+html
26.	ESC/EACTS	European Society of Cardiology / European Association for Cardio-Thoracic Surgery	Guidelines on myocardial revascularization	2010	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-revasc-FT.pdf
27.	ESH	European Society of Hypertension	ESH update of previous guideline	2010	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20150842 Fagard R. Pol Arch Med Wewn. 2010;120(1-2):31-5.
28.	NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence	Chest pain of recent onset: Assessment and diagnosis of recent onset chest pain or discomfort of suspected cardiac origin CG 95	2010	http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12947/47938/47938.pdf
29.	OHTAC	Ontario Health Technology Advisory Committee	Primary Angioplasty and Thrombolysis for the Treatment of Acute ST-Segment Elevated Myocardial Infarction - OHTAC Recommendation	2010	http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/ohat/tech/recommend/rec_primary_angio_20100830.pdf
30.	SFAR/SFMU	Société française d'anesthésie et de réanimation / Société française de médecine d'urgence	Sédation et analgésie en structure d'urgence (Réactualisation de la Conférence d'experts de la Sfar de 1999)	2010	http://www.sfar.org/docs/articles/RFESdationAFARcorrig.pdf
31.	ACC/AHA	American College of Cardiology / American Heart Association	2009 Focused Updates: ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2004 Guideline and 2007 Focused Update) and ACC/AHA/SCAI Guidelines on Percutaneous Coronary Intervention (Updating the 2005 Guideline and 2007 Focused Update).	2009	http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.109.192663

	Sigle	Organisme	Titre des recommandations	Année	URL du document
32.		Canadian Hypertension Education Program	The 2009 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 1 – blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk	2009	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707176/pdf/cjc25279.pdf
33.		Canadian Hypertension Education Program	The 2009 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 2--therapy.	2009	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707169/pdf/cjc25287.pdf
34.	HCSP	Haut Conseil de santé publique	Analyse des recommandations en matière de consommation d'alcool	2009	http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspn20090701_alcool.pdf
35.	NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence	Prasugrel for the treatment of acute coronary syndromes with percutaneous coronary intervention TA 182	2009	http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12324/45849/45849.pdf
36.	US Public Health Service	US. Department of Health and Human Services. Public Health Service.	Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update	2008	http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf
37.	ESC	European Society of Cardiology	Management of acute Myocardial Infarction in patients presenting with ST-segment elevation	2008	http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-AMI-FT.pdf
38.	SFC/FGG	Société Française de Cardiologie / Société Française de Gériatrie et Gériatologie	Consensus d'expert Prise en charge de la maladie coronaire chez le sujet âgé	2008	http://www.sfcadio.fr/recommandations/recommandations-mixtes/prise-en-charge-de-la-maladie-coronaire-chez-le-sujet-age/attachment_download/file
39.	AHA/ACCVPR	American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation	Core Components of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs: 2007 Update	2007	http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/115/20/2675
40.	HAS/SFC/SFMU	Haute Autorité de Santé / Société française de cardiologie / Société française de médecine d'urgence	Conférence de consensus Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie.	2007	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_484720/prise-en-charge-de-l-infarctus-du-myocarde-a-la-phase-aigue-en-dehors-des-services-de-cardiologie?xtmc=infarctus&xtcr=1
41.	NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence	Secondary prevention in primary and secondary care for patients following a myocardial infarction CG48	2007	http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG48NICEGuidance.pdf
42.	WHO/OMS	World Health Organization	Prevention of Cardiovascular Disease, Pocket Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk	2007	http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/PocketGL.ENGLISH.AFR-D-E.rev1.pdf
43.	AHA	American Heart Association	Recommendation to Develop Strategies to Increase the Number of ST-Segment–Elevation Myocardial Infarction Patients With Timely Access to Primary Percutaneous Coronary Intervention	2006	http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/113/17/2152

	Sigle	Organisme	Titre des recommandations	Année	URL du document
44.	AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	Prise en charge thérapeutique des patients dyslipidémiques	2005	http://www.soc-nephrologie.org/PDF/enephro/recommandations/Afssaps/2005/dyslipemie_argu.pdf
45.	AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé	Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandations de bonne pratique.	2003	http://www.tabac-info-service.fr/data/pdf/tabarg.pdf
46.	WHO	World Health Organization	World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva:	2003	http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

Liste des autres travaux des institutions, agences de santé ou organisations professionnelles

	Sigle	Organisme	Titre du document	Année	URL du document
47.	AHA	American Heart Association	The Importance of Population-Wide Sodium Reduction as a Means to Prevent Cardiovascular Disease and Stroke: A Call to Action From the American Heart Association	2011	http://www.medpagetoday.com/upload/2011/1/13/CIR.0b013e31820d0793v1.pdf
48.	BMJ CE	BMJ Clinical Evidence	Revue systématique Secondary prevention of ischaemic cardiac events	2011	http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/cvd/0206/0206-get.pdf
49.	BMJ CE	BMJ Clinical Evidence	Revue systématique Myocardial infarction (ST-elevation)	2011	http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/cvd/0202/0202-get.pdf
50.	EMA	European Medicines Agency	Communiqué de presse. European Medicines Agency confirms positive benefit/risk balance for Champix. Benefits as a smoking-cessation medicine outweigh slight reported cardiovascular events. Juillet 2011	2011	http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2011/07/news_detail_001314.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1&jsenabaled=true
51.	HAS	Haute Autorité de santé	Fiche de bon usage L'autosurveillance glycémique dans le diabète de type 2	2011	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/autosurveillance_glycemique_diabete_type_2_fiche_de_bon_usage.pdf
52.	HAS	Haute Autorité de santé	Rapport d'orientation Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées	2011	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
53.	HAS	Haute Autorité de santé	Avis HAS. Commission de la transparence. (Brilique – Ticagrelor)	2011	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/brilique_07-12-2011_avis_ct10968.pdf
54.	AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire des aliments	Avis AFSSA. Saisine no 2006-SA-0359 Actualisation des apports nutritionnels conseillés (ANC) pour les acides gras	2010	http://extranet.alliance7.net/IMG/pdf/AFSSA_avis_ANC_lipides.pdf

	Sigle	Organisme	Titre du document	Année	URL du document
55.		Cochrane	Revue systématique Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation.	2010	Taylor RS, Dalal H, Jolly K, Moxham T, Zawada A. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. Cochrane Database Syst Rev 2010;Issue 1.
56.	ESHTF	European Society of Hypertension Task Force	Reappraisal of the European guidelines on hypertension management: the European Society of Hypertension Task Force document: a short review	2009	http://www.ish.org.il/2009GuidelinesESH.pdf
57.	HAS	Haute Autorité de santé	Evaluation médico-économique Efficacité et efficience des hypolipémiants : une analyse centrée sur les statines	2010	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/synthese_efficacite_et_efficience_des_hypolipemiants_-_une_analyse_centree_sur_les_statines.pdf
58.	HAS	Haute Autorité de Santé	Liste des actes et prestations Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs	2010	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste_actes_presta_aomi_ald3.pdf
59.	HCSP	Haut Conseil de santé publique	Avis relatif aux moyens nécessaires pour relancer la lutte contre le tabagisme	2010	http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20100922_luttetabagisme.pdf
60.	HCSP	Haut Conseil de santé publique	Analyse des recommandations en matière de consommation d'alcool	2009	http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspn20090701_alcool.pdf
61.	HAS	Haute Autorité de Santé	Guide ALD 13, médecin Maladie coronarienne	2007	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_534287/ald-n-13-guide-medecin-sur-la-maladie-coronarienne
62.	HAS	Haute Autorité de Santé	Guide ALD 13, patient La prise en charge de votre maladie coronaire	2007	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/08-098_gp_maladie_corona.pdf
63.	HAS	Haute Autorité de Santé	Guide ALD 3, médecin Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	2007	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald3_aomi_guide_cardiovasc_post_corlemire_revuep28avril_2005.pdf
64.	HAS	Haute Autorité de Santé	Guide ALD 3, patient La prise en charge de votre artérite des membres inférieurs	2007	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/08-098_gp_maladie_corona_2008-06-16_14-30-47_587.pdf
65.	HAS	Haute Autorité de Santé	Brochure patient. Lutte contre l'infarctus : nous sommes tous concernés. Les réponses à vos questions.	2007	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infarctus_myocarde_patient.pdf
66.	HAS	Haute Autorité de Santé	Consultation diététique réalisée par un diététicien	2006	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272510/consultation-dietetique-realisee-par-un-dieteticien
67.		Ministère de la santé et des solidarités.	Deuxième Programme national nutrition santé - 2006-2010 - Actions et mesures. Paris: Ministère de la santé et des solidarités;.	2006	http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/33_060906xb.pdf

Une **veille documentaire** sur le thème de l'infarctus et de la prévention secondaire est à votre disposition sur le site de la HAS, rubrique Programmes Pilotes, **espace dédié à l'infarctus du myocarde** : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_736856/ensemble-ameliorons-la-prise-en-charge-de-linfarctus-du-myocarde-idm

3.3 Indicateurs « Infarctus du myocarde et prévention secondaire » (68 – 117)

Liste des publications en rapport avec les indicateurs, critères qualité, rapports et analyses des mesures de la qualité

	Sigle	Organisme	Titre du document	Année	URL du document
68.	ACCF/AHA/ AMA-PCPI	American College of Cardiology Foundation, American Heart Association, American Medical Association-Physician Consortium for Performance Improvement	Performance Measures for Adults With Coronary Artery Disease and Hypertension	2011	http://circ.ahajournals.org/content/124/2/248.full.pdf+html
69.	ACHS	Australian Council on Healthcare Standards	Acute myocardial infarction (AMI): percentage of patients with an AMI requiring thrombolysis who receive thrombolytic therapy within 1 hour of presentation to the emergency department, as their primary treatment, during the 6 month time period.	2011	http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?f=rss&id=32839
70.	ACHS	Australian Council on Healthcare Standards	Acute myocardial infarction (AMI): percentage of patients with an AMI who receive PTCA as their primary treatment and have balloon inflation within 1 hour of presentation to the emergency department, during the 6 month time period.	2011	http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?f=rss&id=32841
71.	AFDN	Association Française des Diététiciens Nutritionnistes	Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles	2011	http://www.afdn.org/fileadmin/pdf/soins-etbs-sante/soin-dietetique-ets-de-sante-ceapp.pdf
72.	BMA	British Medical Association	Coronary heart disease indicators Summary of 2011/12 QOF indicator changes, points and thresholds	2011	http://www.bma.org.uk/images/stories/qofguidance2011_v3_tcm41-204734.pdf
73.	DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	JM. Januel. Série Études et Recherche – n°112 - Les méthodes d'ajustement dans les modèles d'évaluation de la mortalité hospitalière - Partie 1 - Étude descriptive. Document de travail	2011	http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud112-4.pdf
74.	DREES – Compaq INSERM	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques COordination de la Mesure de la Performance et Amélioration de la Qualité Institut national de la santé et de la recherche médicale	Analyse critique du développement d'indicateurs composites : le cas de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë. Document de travail	2011	http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource_method19.pdf
75.	NHS IC	National Health Service Information Centre	ACE inhibitor therapy for patients with myocardial infarction	2011	https://indicators.ic.nhs.uk/download/NCHOD/Specification/Spec09O_607PC_10_V1.pdf
76.	NHS IC	National Health Service Information Centre	Antiplatelet / anti-coagulant therapy for patients with coronary heart disease	2011	https://indicators.ic.nhs.uk/download/NCHOD/Specification/Spec09M_605PC_10_V1.pdf
77.	NHS IC	National Health Service Information Centre	Beta blocker therapy for patients with coronary heart disease	2011	https://indicators.ic.nhs.uk/download/NCHOD/Specification/Spec09N_606PC_10_V1.pdf
78.	NHS IC	National Health Service Information Centre	Blood pressure in patients with coronary heart disease	2011	https://indicators.ic.nhs.uk/download/NCHOD/Specification/Spec09K_603PC_10_V1.pdf
79.	NHS IC	National Health Service Information Centre	Body Mass Index	2011	https://indicators.ic.nhs.uk/download/NCHOD/Specification/Spec02D_310VSP2_08_V1.pdf

	Sigle	Organisme	Titre du document	Année	URL du document
80.	NHS IC	National Health Service Information Centre	Cholesterol levels in patients with coronary heart disease	2011	https://indicators.ic.nhs.uk/download/NCHOD/Specification/Spec09L_604PC_10_V1.pdf
81.	NHS IC	National Health Service Information Centre	Deaths within 30 days of emergency admission to hospital: myocardial infarction	2011	https://indicators.ic.nhs.uk/download/NCHOD/Specification/Spec09E_212ISR3AM_09_V1.pdf
82.	NHS IC	National Health Service Information Centre	Exercise testing / specialist referral for patients with newly diagnosed angina	2011	https://indicators.ic.nhs.uk/download/NCHOD/Specification/Spec09I_601PC_10_V1.pdf
83.	NHS IC	National Health Service Information Centre	Mortality from acute myocardial infarction	2011	https://indicators.ic.nhs.uk/download/NCHOD/Specification/Spec09B_055DR00++_09_V1.pdf
84.	OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development	Panorama de la santé 2011. Les indicateurs de l'OCDE	2011	http://www.oecd.org/dataoecd/6/27/49105873.pdf
85.	ACCF/AHA/ACR/SCAI/SIR/SVM/SVN/SVS	American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American College of Radiology, Society for Cardiac Angiography and Interventions, Society for Interventional Radiology, Society for Vascular Medicine, Society for Vascular Nursing, Society for Vascular Surgery	Performance Measures for Adults With Peripheral Artery Disease	2010	http://circ.ahajournals.org/content/122/24/2583.long
86.	AACVPR/ACCF/AHA	American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, American College of Cardiology Foundation, American Heart Association Task Force on Performance Measures	Performance Measures on Cardiac Rehabilitation for Referral to Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Services	2010	http://content.onlinejacc.org/cgi/reprint/56/14/1159.pdf
87.	AHRQ	AHRQ quality indicators	Acute myocardial infarction (AMI): mortality rate, without transfer cases	2010	http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=26515
88.	CIHI	Canadian Institute for Health Information	Acute myocardial infarction (AMI): risk-adjusted rate of all cause in-hospital death occurring within 30 days of first admission to an acute care hospital with a diagnosis of AMI.	2010	http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?f=rss&id=15068
89.	CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services	Acute myocardial infarction (AMI): hospital 30-day, all cause, risk-standardized mortality rate (RSMR) following AMI hospitalization.	2010	http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?f=rss&id=16299
90.	CMS/Joint Commission	Centers for Medicare & Medicaid Services, The Joint Commission	Acute myocardial infarction: median time from hospital arrival to administration of fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction (AMI) patients with ST-segment elevation or left bundle branch block (LBBB) on the electrocardiogram (ECG) performed closest to hospital arrival time.	2010	http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?f=rss&id=16246
91.	CMS/Joint Commission	Centers for Medicare & Medicaid Services, The Joint Commission	Acute myocardial infarction: median time from hospital arrival to primary PCI in acute myocardial infarction (AMI) patients with ST-segment elevation or LBBB on the ECG performed closest to hospital arrival time.	2010	http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?f=rss&id=16248
92.	CMS/Joint Commission	Centers for Medicare & Medicaid Services, The Joint Commission	Acute myocardial infarction: percent of patients receiving primary PCI during the hospital stay with a time from hospital arrival to PCI of 90 minutes or less.	2010	http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?f=rss&id=16249

	Sigle	Organisme	Titre du document	Année	URL du document
93.	CMS/Joint Commission	Centers for Medicare & Medicaid Services, The Joint Commission	Acute myocardial infarction: percent of patients who are prescribed a beta-blocker at hospital discharge.	2010	http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?f=rss&id=16245
94.	CMS/Joint Commission	Centers for Medicare & Medicaid Services, The Joint Commission	Acute myocardial infarction: percent of patients who are prescribed aspirin at hospital discharge.	2010	http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?f=rss&id=16242
95.	CMS/Joint Commission	Centers for Medicare & Medicaid Services, The Joint Commission	Acute myocardial infarction: percent of patients who received aspirin within 24 hours before or after hospital arrival	2010	http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?f=rss&id=16241
96.	CMS/Joint Commission	Centers for Medicare & Medicaid Services, The Joint Commission	Acute myocardial infarction: percent of patients with a history of smoking cigarettes who receive smoking cessation advice or counselling during the hospital stay.	2010	http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?f=rss&id=16244
97.	CMS/Joint Commission	Centers for Medicare & Medicaid Services, The Joint Commission	Acute myocardial infarction: percent of patients with LVSD who are prescribed an ACEI or ARB at hospital discharge.	2010	http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?f=rss&id=16243
98.	HAS	Haute Autorité de santé	Indicateurs de pratique clinique AVC	2010	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-06/ipc_avc_vf_22062010.pdf
99.	HAS	Haute Autorité de santé	Indicateurs généralisés IDM à la sortie Indicateurs de qualité généralisés par la HAS en 2008 et en 2009 dans les établissements de santé. Synthèse et évolution – activité MCO – Infarctus du myocarde à la sortie	2010	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/ipaqss_analyse_descriptive_mco.pdf
100	ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement	Diagnosis and treatment of chest pain and acute coronary syndrome (ACS): percentage of AMI patients who receive a statin agent within 24 hours of arrival and at discharge from hospital for whom treatment is appropriate.	2010	http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=34170&search=myocardial+infarction
101	ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement	Diagnosis and treatment of chest pain and acute coronary syndrome (ACS): percentage of patients with AMI who are using appropriate cardiac rehabilitation.	2010	http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=34171&search=myocardial+infarction
102	ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement	Acute myocardial infarction (AMI): mortality rate.	2010	http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=26500&search=myocardial+infarction
103	NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence - Audit criteria	Chest pain of recent onset: audit support CG 95	2010	http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12947/47973/47973.doc
104	BMA	British Medical Association	Coronary heart disease: the percentage of patients with coronary heart disease with a record in the previous 15 months that aspirin, an alternative anti-platelet therapy, or an anti-coagulant is being taken (unless a contraindication or side-effects are recorded)	2009	http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/summary/summary.aspx?ss=1&doc_id=14460
105	BMA	British Medical Association	Coronary heart disease: the percentage of patients with coronary heart disease who are currently treated with a beta blocker (unless a contraindication or side-effects are recorded)	2009	http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=27147&search=chd
106	HAS	Haute Autorité de santé	Indicateurs de pratique clinique Infarctus du myocarde	2009	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/04_document_complet_indicateurs_idm_3_avril_09vf.pdf

	Sigle	Organisme	Titre du document	Année	URL du document
107	HAS	Haute Autorité de santé	Bilan 2009 Etape 1 De la douleur à la reperfusion	2009	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/etape_1_vf2.pdf
108	HAS	Haute Autorité de santé	Bilan IDM 2009 Etape 2 De la reperfusion à la sortie de l'hôpital.	2009	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/etape2_vf.pdf
109	HAS	Haute Autorité de santé	Bilan IDM 2009 Etape 3 Suivi post-infarctus après la sortie de l'établissement de santé	2009	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/etape3_vf.pdf
110	NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence - Audit criteria	Acute coronary syndrome - prasugrel: audit support TA 182	2009	http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/TA182AuditSupport.doc
111	ADLF-HAS	Association des diététiciens de langue française Haute Autorité de santé	Consultation diététique réalisée par un Diététicien. Série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles	2008	http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste_des_criteres_dietetique_-_pdf_2008_04_18_14_26_16_673.pdf
112	ACC/AHA	American College of Cardiology / American Heart Association	Report ACC/AHA 2008 Performance Measures for Adults With ST-Elevation and Non ST-Elevation Myocardial Infarction	2008	http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.108.191099
113	ACC/AHA	American College of Cardiology / American Heart Association	ACC/AHA 2008 Statement on Performance Measurement and Reperfusion Therapy	2008	http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.108.191100
114	ACC/AHA	American College of Cardiology / American Heart Association	ACC/AHA 2008 Performance Measures for Adults With ST-Elevation and Non ST-Elevation Myocardial Infarction	2008	http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.108.191099
115	HAS	Haute Autorité de santé	7 Programmes EPP SCA : SCA en ambulatoire, SCA SAMU, SCA Urgences, SCA Cardiologie, SCA diabète et SCA tabac 1 Programme EPP : Insuffisance cardiaque aigue (ICA)	2007	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_864845/ouils-pratiques-et-messages-cles-idm
116	NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence - Audit criteria	MI: secondary prevention: audit criteria CG 48	2007	http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/word/AuditcriteriaFINAL.doc
117	ACC/AHA	American College of Cardiology / American Heart Association	Clinical performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Performance Measures on ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction)	2006	http://circ.ahajournals.org/content/113/5/732.full.pdf+html

Une **veille documentaire sur le thème de l'infarctus et de la prévention secondaire** est à votre disposition sur le site de la HAS, rubrique Programmes Pilotes, **espace dédié à l'infarctus du myocarde** : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_736856/ensemble-ameliorons-la-prise-en-charge-de-linfarctus-du-myocarde-idm

3.4 Autres publications (118 – 176)

118. Abou TJ, Buffet P, Lorgis L, Zeller M, Gonzalez S, L'Huillier I, *et al.* Scores de stratification du risque et syndromes coronariens aigus. *Ann Cardiol Angeiol* 2005;54(4):157-60.
119. Auer R, Gaume J, Rodondi N, Cornuz J, Ghali WA. Efficacy of in-hospital multidimensional interventions of secondary prevention after acute coronary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Circulation* 2008;117(24):3109-17.
120. Baigent C, Blackwell L, Collins R, Emberson J, Godwin J, Peto R, *et al.* Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2009;373(9678):1849-60.
121. Barnoya J, Glantz SA. Cardiovascular effects of secondhand smoke: nearly as large as smoking. *Circulation* 2005;111(20):2684-98.
122. Baudet M, Hericotte P, Daugareil C. Amélioration du pronostic des syndromes coronaires aigus dans les Landes par la modification de l'hygiène de vie. *Ann Cardiol Angeiol* 2006;55(4):192-8.
123. Berger PB. Optimal duration of clopidogrel use after implantation of drug-eluting stents--still in doubt. *N Engl J Med* 2010;362(15):1441-3.
124. Berlin I, Jacob N, Coudert M, Perriot J, Schultz L, Rodon N. Adjustment of nicotine replacement therapies according to saliva cotinine concentration: the ADONIS* trial-a randomized study in smokers with medical comorbidities. *Addiction* 2011;106(4):833-43.
125. Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG, Moran A, Lightwood JM, Pletcher MJ, *et al.* Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2010;362(7):590-9.
126. Bourdillon F, Hagenmuller JB. Groupe filières de soins. Rapport final. Paris: AP-HP; 2009.
<http://cme.aphp.fr/docs-raps/folder.2008-06-09.2256396194/folder.2009-09-07.6879762710/folder.2009-11-17.7410952475/ploneexfileat.2009-11-18.0609486360/view?searchterm=fili%E8res%20de%20soins>
127. Campbell NC. Secondary prevention clinics: improving quality of life and outcome. *Heart* 2004;90 Suppl 4:iv29-iv32.
128. Campbell SM, Ludt S, Van Lieshout J, Boffin N, Wensing M, Petek D, *et al.* Quality indicators for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care in nine European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008;15(5):509-15.
129. Cannon CP, Harrington RA, James S, Ardissino D, Becker RC, Emanuelsson H, *et al.* Comparison of ticagrelor with clopidogrel in patients with a planned invasive strategy for acute coronary syndromes (PLATO): a randomised double-blind study. *Lancet* 2010;375(9711):283-93.
130. Carsin M, Mahe G. Pourquoi devons-nous évaluer l'alimentation des sujets à risque vasculaire ? *J Mal Vasc* 2010;35(1):17-22.
131. Caspar-Bauguil S, Garcia J, Galinier A, Periquet B, Ferrieres J, Allenbach S, *et al.* Positive impact of long-term lifestyle change on erythrocyte fatty acid profile after acute coronary syndromes. *Arch Cardiovasc Dis* 2010;103(2):106-14.
132. Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KA, Anand SS, Yusuf S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation* 2010;121(6):750-8.

133. Cicek G, Uyarel H, Ergelen M, Ayhan E, Abanonu GB, Eren M, *et al.* Hemoglobin A1c as a prognostic marker in patients undergoing primary angioplasty for acute myocardial infarction. *Coron Artery Dis* 2011;22(3):131-7.
134. Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, McAlister FA. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Ann Intern Med* 2005;143(9):659-72.
135. Comité français de lutte contre l'hypertension artérielle, Société Française Neuro-Vasculaire. Objectif 2015. 70% des hypertendus contrôlés. Paris: CFLHTA; 2012.
http://www.comitehta.org/wp-content/uploads/downloads/2012/01/cflhta_Obj2015-vDEF-0901-vWEB.pdf
136. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA* 2003;290(1):86-97.
137. Cushman WC, Evans GW, Byington RP, Goff DC, Jr., Grimm RH, Jr., Cutler JA, *et al.* Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. The ACCORD study group. *N Engl J Med* 2010;362(17):1575-85.
138. Dorsch MF, Lawrance RA, Sapsford RJ, Oldham J, Greenwood DC, Jackson BM, *et al.* A simple benchmark for evaluating quality of care of patients following acute myocardial infarction. *Heart* 2001;86(2):150-4.
139. Duarte FP, Haida A, Bousquet M, Richard L, Mauriege P, Guiraud T. Short-term impact of a 4-week intensive cardiac rehabilitation program on quality of life and anxiety-depression. *Ann Phys Rehabil Med* 2011;54(3):132-43.
140. Fayard M, Buttard P, Cusey-Sagnol I, Sagnol P, Salmi-Belmioub S, Zeller M, *et al.* Le profil de risque dans l'infarctus du myocarde: une evaluation indispensable pour la comparaison des populations. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)* 2009;58(1):11-9.
141. Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. Harmoniser les études en nutrition. Un guide de bonnes pratiques pour les études régionales et locales. Paris: FNORS; 2009.
http://www.fnors.org/uploadedFiles/publicationsFnors/guide_nutrition_fnors2009.pdf
142. Fillion KB, El KF, Bielinski M, Schiller I, Dendukuri N, Brophy JM. Omega-3 fatty acids in high-risk cardiovascular patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc Disord* 2010;10:24.
143. Fox KA, Goodman SG, Anderson FA, Jr., Granger CB, Moscucci M, Flather MD, *et al.* From guidelines to clinical practice: the impact of hospital and geographical characteristics on temporal trends in the management of acute coronary syndromes. The Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Eur Heart J* 2003;24(15):1414-24.
144. Froger-Bompas C, Laviolle B, Guillo P, Letellier C, Ligier K, Daubert JC, *et al.* Sustained positive impact of a coronary rehabilitation programme on adherence to dietary recommendations. *Arch Cardiovasc Dis* 2009;102(2):97-104.
145. Girerd X, Hanon O, Angnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. *Presse Méd* 2001;30(21):1044-8.
146. Goel K, Lennon RJ, Tilbury RT, Squires RW, Thomas RJ. Impact of cardiac rehabilitation on mortality and cardiovascular events after percutaneous coronary intervention in the community. *Circulation* 2011;123(21):2344-52.

147. Granger CB, Goldberg RJ, Dabbous O, Pieper KS, Eagle KA, Cannon CP, *et al.* Predictors of hospital mortality in the global registry of acute coronary events. *Arch Intern Med* 2003;163(19):2345-53.
148. Gurbel PA, Bliden KP, Butler K, Antonino MJ, Wei C, Teng R, *et al.* Response to ticagrelor in clopidogrel nonresponders and responders and effect of switching therapies: the RESPOND study. *Circulation* 2010;121(10):1188-99.
149. Haute Autorité de Santé. Plénière HAS cardioneurovasculaire. Plateformes professionnelles IDM et AVC. Indicateurs de pratique clinique. Saint-Denis, 2 février 2011 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1023612/pleniere-has-cardioneurovasculaire-plateformes-professionnelles-idm-et-avc-indicateurs-de-pratique-clinique-saint-denis-2-fevrier-2011?xtmc=plénire&xtcr=1
150. Haute Autorité de Santé. Définition et exemples d'indicateurs de pratique clinique. Zoom - Certification & Actualités, n°3 Octobre-décembre 2011. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1103832/definition-et-exemples-dindicateurs-de-pratique-clinique
151. Haute Autorité de Santé. Coronaropathies. Dossier spécial « Cardiologie » 11 mai, Actualités & Pratiques 2011. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1051695/coronaropathies
152. Hulot JS, Collet JP, Silvain J, Pena A, Bellemain-Appaix A, Barthelemy O, *et al.* Cardiovascular risk in clopidogrel-treated patients according to cytochrome P450 2C19*2 loss-of-function allele or proton pump inhibitor coadministration: a systematic meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2010;56(2):134-43.
153. Jacquat D, Morin A. Education thérapeutique du patient. Propositions pour une mise en oeuvre rapide et pérenne. Rapport au premier ministre. Assemblée Nationale; 2010. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Education_therapeutique_du_patient.pdf
154. Killip TI, Kimball JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. A two year experience with 250 patients. *Am J Cardiol* 1967;20(4):457-64.
155. Kotseva K, Wood D, De BG, De BD, Pyorala K, Keil U, *et al.* Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet* 2009;373(9667):929-40.
156. Lavie CJ, Milani RV. Cardiac rehabilitation and exercise training in secondary coronary heart disease prevention. *Prog Cardiovasc Dis* 2011;53(6):397-403.
157. Laviolle B, Froger-Bompas C, Guillo P, Sevestre A, Letellier C, Pouchard M, *et al.* Relative validity and reproducibility of a 14-item semi-quantitative food frequency questionnaire for cardiovascular prevention. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005;12(6):587-95.
158. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ* 2009;338:b1665.
159. Leurent G, Fougerou C, Pennec PY, Filippi E, Moquet B, Druelles P, *et al.* Door-to-balloon delays before primary angioplasty in the Regional Acute Myocardial Infarction Registry of Brittany. An analysis of the Observatoire Regional Breton sur l'Infarctus du myocarde (ORBI). *Arch Cardiovasc Dis* 2009;102(11):777-84.
160. Mehta S. SCA Mehta SR. A randomized comparison of a clopidogrel high loading and maintenance dose regimen versus standard dose, and high versus low dose aspirin in 25000 patients with acute coronary syndromes : results of the CURRENT-OASIS 7 Trial. Congrès de l'European Society of Cardiology, session Hot Line I, 30 août 2009 <http://www.theheart.org/displayItem.do?primaryKey=998041&type=ppt>.

161. Meine TJ, Patel MR, Washam JB, Pappas PA, Jollis JG. Safety and effectiveness of transdermal nicotine patch in smokers admitted with acute coronary syndromes. *Am J Cardiol* 2005;95(8):976-8.
162. Mente A, de KL, Shannon HS, Anand SS. A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. *Arch Intern Med* 2009;169(7):659-69.
163. Morrow DA, Antman EM, Giugliano RP, Cairns R, Charlesworth A, Murphy SA, *et al.* A simple risk index for rapid initial triage of patients with ST-elevation myocardial infarction: an InTIME II substudy. *Lancet* 2001;358(9293):1571-5.
164. Mozaffarian D, Micha R, Wallace S. Effects on coronary heart disease of increasing polyunsaturated fat in place of saturated fat: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS Med* 2010;7(3):e1000252.
165. Pande RL, Perlstein TS, Beckman JA, Creager MA. Secondary prevention and mortality in peripheral artery disease: National Health and Nutrition Examination Study, 1999 to 2004. *Circulation* 2011;124(1):17-23.
166. Park SJ, Park DW, Kim YH, Kang SJ, Lee SW, Lee CW, *et al.* Duration of dual antiplatelet therapy after implantation of drug-eluting stents. *N Engl J Med* 2010;362(15):1374-82.
167. Pell JP, Haw S, Cobbe S, Newby DE, Pell AC, Fischbacher C, *et al.* Secondhand smoke exposure and survival following acute coronary syndrome: prospective cohort study of 1261 consecutive admissions among never-smokers. *Heart* 2009;95(17):1415-8.
168. Piepoli MF, Corra U, Benzer W, Bjarnason-Wehrens B, Dendale P, Gaita D, *et al.* Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010;17(1):1-17.
169. Ray KK, Seshasai SR, Wijesuriya S, Sivakumaran R, Nethercott S, Preiss D, *et al.* Effect of intensive control of glucose on cardiovascular outcomes and death in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet* 2009;373(9677):1765-72.
170. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review. *Arch Intern Med* 2008;168(18):1950-60.
171. Société française de santé publique. Propositions pour le PNNS 2011-2015. Vandoeuvre-lès-Nancy: SFSP; 2010.
<http://www.sfsp.fr/publications/file/RapportfinalpropositionsPNNS5-11-2010.pdf>
172. Squire IB, Nelson CP, Ng LL, Jones DR, Woods KL, Lambert PC. Prognostic value of admission blood glucose concentration and diabetes diagnosis on survival after acute myocardial infarction; Results from 4702 index cases in routine practice. *Clin Sci (Lond)* 2009.
173. Tabet JY, Meurin P, Teboul F, Tartiere JM, Weber H, Renaud N, *et al.* Determination of exercise training level in coronary artery disease patients on beta blockers. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008;15(1):67-72.
174. Vokó Z, de Brouwer S, Lubsen J, Danchin N, Otterstad JE, Dunselman PH, *et al.* Long-term impact of secondary preventive treatments in patients with stable angina. *Eur J Epidemiol* 2011;26(5):375-83.
175. Wallentin L, Becker RC, Budaj A, Cannon CP, Emanuelsson H, Held C, *et al.* Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2009;361(11):1045-57.
176. Yohannes AM, Doherty P, Bundy C, Yalfani A. The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *J Clin Nurs* 2010;19(19-20):2806-13.