

**Dossier** (pages 1 et 3 à 5)

Bonnes pratiques : mieux prendre en charge l'infarctus du myocarde



© Carole Phanie

Bonnes pratiques

# Mieux prendre en charge l'infarctus du myocarde

*La Haute Autorité de santé a entrepris une série de travaux concernant l'infarctus du myocarde: conférence de consensus, programmes spécifiques d'évaluation des pratiques professionnelles, nouveaux indicateurs, guides professionnels, brochures grand public... Objectif: mieux prendre en charge les patients souffrant de cette maladie, de la phase aiguë jusqu'au traitement sur le long terme.*

Les chiffres parlent d'eux-mêmes : chaque année, en France, près de 120 000 personnes sont victimes d'un syndrome coronarien aigu (SCA) ou infarctus du myocarde. 18 000 en meurent dans l'année, dont les deux tiers pendant la crise. Aussi la prise en charge d'un infarctus est-elle particulièrement urgente. Une désobstruction précoce de l'artère coronaire, permettant une reperfusion rapide du myocarde, améliore de façon spectaculaire les chances de survie des patients. Or, les données des différents registres nationaux montrent qu'un quart des malades seulement bénéficie d'une prise en charge optimale, ceci avec une forte variabilité d'une région ou d'un établissement à l'autre.

## Mobilisation générale

Face à ce constat, la HAS a souhaité réagir et mettre à la disposition des acteurs de santé les règles de bonnes pratiques à appliquer sur toute la chaîne de soins de l'infarctus du myocarde. « Il y a toujours eu une volonté des professionnels et de la HAS de travailler sur cette maladie, tant elle représente un enjeu de santé publique majeur, explique Amelle Desplanques, adjointe au chef du service évaluation des pratiques professionnelles (EPP) de la HAS. *Tout le monde est également conscient de la complexité de la prise en charge de cette maladie en phase aiguë, due à l'intervention de différents acteurs et services (car-*

*diologues de ville, médecins généralistes, médecins urgentistes, Samu, cardiologie non interventionnelle et interventionnelle, etc.)*. » Afin d'avoir une vision globale et transversale du sujet, l'institution a entrepris depuis deux ans une série de travaux, dont certains viennent tout juste d'être publiés. Il s'agit notamment des six programmes d'EPP, concernant la prise en charge des SCA en ambulatoire, aux urgences, par le Samu, en cardiologie ainsi que celle des patients diabétiques et des fumeurs. Notons également le guide *Affections de longue durée*, dit *ALD*, sur la maladie coronaire (sorti en mars 2007) ou encore les indicateurs de pratiques cliniques spécifiques de l'infarctus à la sortie de l'hôpital (publiés en juin 2007). « Nous avons déjà pu élaborer et tester des indicateurs évaluant la prise en charge du patient à la sortie de l'hôpital, tels la prescription d'aspirine, de bêta-bloquant ou l'arrêt du tabac après l'infarctus, car il existait déjà des recommandations cliniques avec un haut niveau de preuve sur ces parties de la prise en charge, souligne Christine Gardel, chef du projet de recherche Compaq (coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière), qui vise à mettre à la disposition de la HAS et du ministère de la Santé des indicateurs de

### Lire :

- La suite du **Dossier** pages 3 à 5.
- **Questions à...** Didier Houssin, directeur général de la santé, page 4.

**Balises** (page 2)

Actualité de la HAS

**Terrain** (page 6)

Certification

Experts visiteurs sur le terrain

**Horizon** (page 7)

Forum pharmaceutique européen

Débat autour de l'information des patients

**L'essentiel sur** (page 7)

Évaluation des pratiques professionnelles

Le mode d'emploi

**Missions** (page 8)

www.has-sante.fr

Un site en amélioration continue



Pr Laurent Degos  
Président du Collège  
de la HAS

© DR

*L'infarctus du myocarde atteint 120 000 personnes chaque année. Il doit être maîtrisé. Or, il y a un message simple à intégrer pour y contribuer : si vous – ou une personne de votre entourage – êtes atteint de douleur intense et prolongée au niveau de la poitrine, ayez un réflexe : appelez très vite le 15. Chaque minute gagnée peut sauver des vies.*

*Pour pouvoir affirmer ce message simple, « appeler le 15 », et travailler sur toute la prise en charge du malade depuis la douleur prolongée jusqu'au retour au domicile après un passage à l'hôpital, trois difficultés devaient être surmontées : coordonner les acteurs, intégrer la contrainte du temps, identifier le traitement et le suivi adaptés. C'est pourquoi, outre les actions d'évaluation et les guides sur cette maladie, la HAS a organisé une conférence de consensus qui précise comment coordonner les actions du Samu et de l'hôpital dès l'appel d'urgence. Elle a également mis en place les critères d'évaluation des pratiques. Enfin, un indicateur de suivi de la prescription à la sortie de l'hôpital sera pris en compte dans la procédure de certification des établissements. Face à un infarctus, le temps est compté : le pronostic est lié au délai de reperfusion des coronaires. Un suivi particulier doit être assuré. Aujourd'hui, 15 % des personnes atteintes meurent, dont la moitié après l'hospitalisation. Alors, donnons-nous rendez-vous dans un an pour analyser les résultats de ces actions coordonnées destinées à maîtriser l'infarctus du myocarde.*

Éditeur :  
Haute Autorité de santé  
2, avenue du Stade-  
de-France  
93218 SAINT-DENIS-  
LA PLAINE CEDEX  
Tél. : 01 55 93 70 00  
Fax : 01 55 93 74 00  
www.has-sante.fr

Comité éditorial :  
Karen Candau, Étienne Caniard,  
Arielle Fontaine, Jérôme  
Lemarié, François Romaneix,  
Christiane Rossatto.

Rédaction et réalisation :  
CITIZEN PRESS  
Tél. : 01 53 00 10 24

Directeur de la publication :  
Laurent Degos

Infographie :  
Lorenzo Timon

Dépôt légal : septembre 2007 –  
Tirage : 12 000 exemplaires. ISSN : 1950 3318

## Actualité de la HAS



### Publication du rapport d'activité 2006

Évaluation des actes et des produits remboursables, évaluation des stratégies de santé, amélioration de la qualité des structures, des moyens et des pratiques, information des professionnels de santé et du grand public, développement des partenariats, de la recherche et des relations internationales... Le rapport d'activité 2006 de la HAS témoigne de la mise en œuvre concrète et active de tous les chantiers qui ont été confiés à la HAS.

Pour le lire : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

### Une commission transparente

Transposition en droit français de la directive européenne n° 2004/27 relative aux médicaments à usage humain, la loi du 26 février 2007 impose à la HAS de rendre publics l'ordre du jour et les comptes rendus des débats de la Commission de la transparence, en charge de l'évaluation et de la réévaluation des médicaments en vue de leur inscription ou de leur maintien sur la liste des spécialités remboursables. La HAS mettra prochainement sur son site Internet ces comptes rendus incluant notamment le détail des débats et des votes de la Commission concernant les produits évalués.

### La HAS au Salon Infirmier

La HAS sera présente au Salon Infirmier 2007, qui fête ses vingt ans cette année et qui se tiendra du 16 au 18 octobre à Paris Expo, porte de Versailles.

### Bilan succinct du 1<sup>er</sup> semestre 2007



Évaluation des médicaments,  
des produits et prestations  
et des actes professionnels

- 304 avis de la Commission de la transparence (médicaments)
- 86 avis de la Commission d'évaluation des produits et prestations
- 57 avis de la Commission d'évaluation des actes professionnels, 1 évaluation technologique et 2 guides méthodologiques



Recommandations  
professionnelles

- 8 recommandations professionnelles
- 1 guide méthodologique



Guides relatifs  
aux Affections  
de longue durée (ALD)

- 10 « guides médecins » ALD



Évaluation  
des pratiques  
professionnelles

- 7 programmes d'EPP
- 1 guide méthodologique



Diffusion  
de l'information  
médicale

Le site de la HAS ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)) a reçu  
4 924 visites par jour en moyenne (source Xiti)



Certification  
des établissements  
de santé

- 234 résultats de certification en version 2 publiés
- 2 guides méthodologiques

Nombre d'avis, de recommandations, de guides, de procédures d'évaluation et de certification... Tous ces indicateurs d'activité sont désormais accessibles sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). Il suffit de cliquer sur l'onglet « Présentation de la HAS », puis sur « Chiffres clés » pour consulter leur dernière mise à jour.

(suite de la page 1)

pratiques cliniques. *Nous allons maintenant pouvoir en construire et en tester d'autres, qui permettront d'évaluer la prise en charge de l'infarctus du myocarde en phase aiguë.* » Et ce, grâce à la conférence de consensus organisée par le Samu de France, la Société francophone de médecine d'urgence et la Société française de cardiologie, avec le partenariat méthodologique et le concours financier de la HAS. Objectif de cette conférence, qui s'est tenue le 23 novembre 2006 : établir la meilleure prise en charge du patient atteint d'infarctus en phase aiguë, depuis les premiers signes jusqu'à son arrivée dans un service de cardiologie. La HAS en a publié la synthèse en avril 2007.

Sur cette lancée, et soucieuse de transmettre à un large public son expertise sur la filière de soins des maladies cardio-vasculaires, la HAS a organisé, le 22 mai dernier, une conférence de presse sur le thème de l'infarctus. Il s'agissait de faire le point « de A à Z », c'est-à-dire de la phase aiguë jusqu'au traitement sur le long terme, sur les recommandations professionnelles concernant la prise en charge du patient atteint d'infarctus du myocarde. Pour Laurent Degos, président de la HAS, cette mobilisation contre l'infarctus s'explique « *parce qu'il est de notre devoir d'informer à la fois les professionnels de santé et le public sur les bons réflexes d'urgence à adopter face aux affections qui font le plus de victimes et pour lesquelles chaque minute gagnée représente des vies sauvées. C'est évidemment le cas des maladies cardio-vasculaires, qui forment la première cause de mortalité dans les pays industrialisés.* » Deux experts apportaient leurs compétences à cet événement : le D<sup>r</sup> Jean-Louis Ducassé, chef du service Samu du CHU Purpan à Toulouse et président du groupe de travail de la conférence de consensus sur ce sujet, et le P<sup>r</sup> Jean-Pierre Bassand, chef du service de cardiologie au CHU de Besançon et président du groupe de travail sur les programmes d'EPP « prise en charge des syndromes coronariens aigus ». Les intervenants ont mis en perspective la prise en charge « idéale » de l'infarctus, de la crise au traitement au long cours, et rappelé au grand public l'importance des premières heures, avec l'appel prioritaire au Samu. « *Appeler le 15, c'est la meilleure organisation pour gagner du temps ou au moins ne pas en perdre* », a souligné le D<sup>r</sup> Jean-Louis Ducassé, rappelant également le respect impératif du traitement et de l'hygiène de vie après la crise pour éviter les rechutes. Cette conférence de presse a aussi été l'occasion pour la HAS de présenter deux nouveaux documents d'information, l'un à l'adresse des professionnels de santé, qui synthétise les étapes décisionnelles sur l'ensemble de la chaîne du soin et liste les documents de référence disponibles, l'autre à l'adresse du grand public, qui rappelle le message clé – appeler le 15 – et répond aux questions couramment posées par les patients.

## 1/ Diagnostiquer les cas les plus critiques

Tous les SCA sont urgents et nécessitent l'appel du 15. Seul un électrocardiogramme (ECG) permet d'identifier l'infarctus imposant une reperfusion en extrême urgence. On distingue en effet deux grands types d'infarctus du myocarde auxquels répondent différentes options thérapeutiques d'urgence. D'une part, le syndrome coronarien aigu avec sus-décalage – ou élévation – persistant du segment ST<sup>1</sup> (SCA ST+) qui correspond à l'occlusion totale de l'artère ; d'autre part, le syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST (SCA NST+), dans lequel cette occlusion n'est que partielle.

En raison de sa fréquence et de ses conséquences en termes de morbi-mortalité, la forme ST+ nécessite plus particulièrement de faire entrer le patient en urgence dans le circuit médicalisé spécialisé pour qu'il bénéficie d'une reperfusion coronaire au plus vite : chaque minute gagnée représente une meilleure chance de survie et de moindres séquelles pour le patient. Il est en effet démontré que cette pratique permet d'améliorer significativement le pronostic des patients, quel que soit le moyen thérapeutique choisi... Concernant les SCA NST+, et selon la stratification du risque, il est recommandé de prescrire dans un premier temps un traitement médicamenteux, puis de vérifier l'état des artères coronaires par coronarographie<sup>2</sup> dans les 48 à 72 heures pour voir s'il est nécessaire de pratiquer ou non une reperfusion.

## 2 / Quatre étapes essentielles

- Dans sa forme typique, un infarctus est caractérisé par une douleur qui persiste au-delà de vingt minutes, oppressive, angoissante, irradiant dans le bras gauche, le cou et la mâchoire inférieure. Se rendre soi-même à l'hôpital de proximité peut faire perdre un temps précieux. La priorité est d'appeler le 15 : les questions posées lors de l'appel permettent d'évaluer la gravité, et, en cas de risque avéré d'infarctus, le médecin régulateur du Samu déclenche l'envoi d'une équipe médicale auprès du patient. Dans les dix minutes suivant son arrivée, celle-ci réalise un ECG 17 dérivations, permettant de confirmer le diagnostic et d'évaluer le pronostic, c'est-à-dire le risque d'événement grave. Puis le Samu transporte directement le patient dans un centre de cardiologie interventionnelle où il bénéficiera d'une prise en charge adaptée.
- La stratégie thérapeutique arrêtée en commun avec le service de cardiologie interventionnelle peut alors être mise en œuvre. Objectif : reperfusion (déboucher) les artères coronaires irriguant le muscle cardiaque dans les 90 minutes suivant le



© Garo/Phantie

Dossier

## 90 minutes pour réaliser l'angioplastie – sinon, choisir la fibrinolyse

Pour donner le maximum de chances au patient qui présente un infarctus de type ST+, l'infarctus le plus urgent, toutes les recommandations internationales préconisent de déboucher l'artère bouchée dans un délai de moins d'une heure et demie après le diagnostic, soit un délai global inférieur à 90 minutes entre le premier contact médical et l'expansion du ballonnet lors de l'angioplastie.

Si le délai nécessaire entre le premier contact médical et l'arrivée dans le service de cardiologie interventionnelle est estimé supérieur à 45 minutes, ce délai global de 90 minutes risque d'être difficile à respecter. Le jury de la conférence de consensus recommande dans ce cas la fibrinolyse : c'est l'intervention la plus rapide.

En revanche, si le transfert jusqu'au service de cardiologie interventionnelle prend moins de 45 minutes, la limite des 90 minutes peut être respectée. La stratégie devient alors fonction de l'heure du début des symptômes : fibrinolyse ou angioplastie si la crise a commencé moins de trois heures avant l'arrivée des secours, angioplastie de préférence si la crise a commencé plus tôt.

Si l'option fibrinolyse est choisie, l'évaluation de son efficacité sera réalisée dès son administration afin de dépister précocement une non-réponse justifiant une angioplastie dans un second temps.

Cette stratégie implique trois recommandations portant sur l'organisation de la chaîne du soin :

1 - L'ensemble des structures d'urgences doit disposer des moyens de pratiquer une fibrinolyse (recommandation unanime du jury).

2 - Après fibrinolyse, le patient doit être dirigé vers un centre disposant d'une salle de coronarographie diagnostique et interventionnelle (SCDI).

3 - Il est souhaitable de mettre en place des registres d'évaluation de la prise en charge des SCA ST+, registres communs aux équipes des urgences et de cardiologie participant à cette prise en charge. Le but : faire évoluer la stratégie initiale de reperfusion, de manière à optimiser les délais limites proposés pour l'intervention.

# Questions à...



Pr Didier  
Houssin

Directeur général de la santé

## Quel sera l'impact politique de la conférence de consensus sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde en phase aiguë ?

La spécificité française du système de soins se trouve dans l'organisation de la prise en charge des urgences cardio-vasculaires hors établissements de soins : elle repose sur le Samu/Smur et de nombreux effecteurs (médecins libéraux, sapeurs-pompier...). Cette médicalisation hors services de soins, fait qu'il existe des moyens diagnostiques et thérapeutiques efficaces en termes de réduction de la mortalité à J+5 et d'augmentation significative du taux de survie à un an (d'après les registres des unités de soins intensifs en cardiologie, ou Usic, 1999-2000). Mais la prise en charge thérapeutique actuelle reste hétérogène d'une région à l'autre. Aussi un nombre important de patients « échappe » à toute décision de reperfusion en urgence (35 % estimés dans le registre Estim Limousin en 2004).

L'objectif principal de cette conférence de consensus est d'homogénéiser les pratiques et de préconiser des filières identifiées de prise en charge pour optimiser les délais de reperfusion afin de, *in fine*, augmenter le nombre de bénéficiaires de cette stratégie de reperfusion précoce pour diminuer la morbi-mortalité.

L'objectif secondaire est d'évaluer la prise en charge de ces syndromes coronariens aigus par la tenue de registres régionaux.

## Par rapport à ses voisins, la France est-elle en bonne position sur le traitement en urgence de l'infarctus du myocarde ?

La stratégie française repose sur le fait que l'ensemble des structures d'urgences dispose de moyens pour réaliser une fibrinolyse en urgence ; que, après une fibrinolyse, un transfert soit prévu vers un plateau technique de revascularisation (car le taux d'échec ou de non-réponse est estimé à 40 %) pour une angioplastie de sauvetage ; et que la mise en place de registres d'évaluation des prises

en charge des syndromes coronariens aigus régionaux soit effective.

La loi de santé publique du 9 août 2004, ayant introduit la volonté de réduire de 13 % la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires, a inscrit dans ses objectifs de surveillance le recueil des données par registre. La récente conférence de consensus renforce cette volonté d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

## Quelle étape a le plus besoin d'être améliorée ?

Il y en a plusieurs :

- Pallier le retard d'appel au centre 15. Il est souhaitable d'envisager des campagnes d'éducation répétées dans le temps en direction du grand public, mais aussi des professionnels de santé.

- Coordonner les effecteurs. Il s'agit de sensibiliser le tiers appelant en rédigeant et validant un protocole pour tout secrétariat médical (lien Samu/Smur) ou tout service de soins hors Usic et urgences, et en formalisant une convention entre association d'urgentistes ou permanence de soins et un centre de régulation des appels. Il s'agit aussi de prévoir une coordination entre les différents intervenants.

- Réduire le pourcentage de patients échappant à toute décision de reperfusion en urgence. Cela passe par la prise en charge de cas particuliers, comme les personnes âgées et les diabétiques, dont le diagnostic est difficile, retarde la prise en charge et aggrave le pronostic, ou encore par la prise en charge des infarctus survenant en services médicaux hors cardiologie et/ou médico-sociaux. Cela nécessite, en cas de suspicion, un protocole de soins rédigé par le médecin de service ou le médecin coordonnateur, l'accès sans délai à un électrocardiogramme, lecture dans les dix minutes et transfert organisé.

- Renforcer l'éducation thérapeutique des patients, essentielle et incontournable, par une approche multifactorielle, permettant de diminuer l'incidence des événements coronariens.

## 1 - L'appel au 15

**En cas de douleur intense et prolongée dans la poitrine, le premier réflexe doit être d'appeler le Samu.** Le pronostic vital dépend beaucoup de la rapidité de l'intervention. Or, dès qu'il sera dans l'ambulance, le patient pourra recevoir les premiers soins d'urgence.

## 2 - L'hospitalisation

**Le Samu transporte le patient dans un centre de cardiologie, où il bénéficiera d'une prise en charge adaptée.** Pour les infarctus les plus graves, de type ST+, l'orientation se fait en lien avec un centre de cardiologie interventionnelle, car les artères irriguant le muscle cardiaque doivent être débouchées dans les 90 minutes.

## 3 - La sortie de l'hôpital

**Quand le patient peut rentrer chez lui, des médicaments lui sont prescrits, dont la plupart à prendre à vie.** Une bonne hygiène de vie est tout aussi essentielle et prescrite par les médecins : arrêt du tabac impératif, alimentation équilibrée et reprise d'une activité physique quotidienne (au moins 30 minutes de marche par jour).

## 4 - Le suivi

**Après son séjour à l'hôpital, le patient doit consulter son médecin traitant tous les trois mois et son cardiologue au moins une fois par an.** Il ne doit surtout pas arrêter les médicaments sans un avis médical. Ses proches devraient être formés aux gestes de réanimation. En outre, en cas de diabète, un suivi spécialisé est programmé.

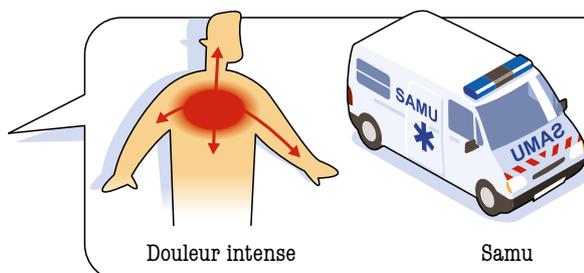
diagnostic d'infarctus par le Samu. Les chances de survie sont d'autant plus importantes que la reperfusion du myocarde est précoce, complète et durable. La réduction de la mortalité est de 50 % pour un traitement effectué la première heure et de 30 % la deuxième heure.

Cette reperfusion peut être réalisée par fibrinolyse, à l'aide de médicaments visant à dissoudre le caillot sanguin, ou par angioplastie. Il s'agit dans ce cas de dilater l'artère grâce à un petit ballonnet et, si nécessaire, de poser un petit ressort, ou *stent*, pour maintenir le passage ouvert. Cette intervention requiert la présence d'une équipe rodée à la coronarographie et à l'angioplastie 24 heures sur 24. C'est la technique la plus sûre et la plus efficace, permettant de rouvrir l'artère occluse dans près de 90 % des cas, contre seulement 60 % pour la fibrinolyse. Cette dernière présente toutefois l'avantage d'une réalisation simple, en tous lieux du territoire, à la condition d'être effectuée rapidement, car son efficacité est optimale au cours des trois premières heures suivant le début des symptômes. Le risque hémorragique intracérébral

## Le parcours idéal de prise en charge

1

L'appel au 15

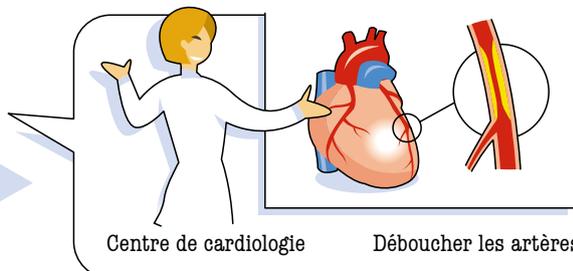
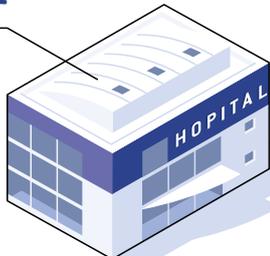


Douleur intense

Samu

2

L'hospitalisation

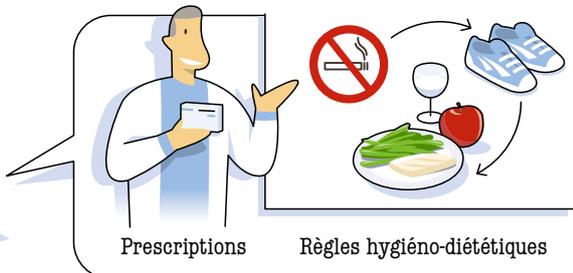
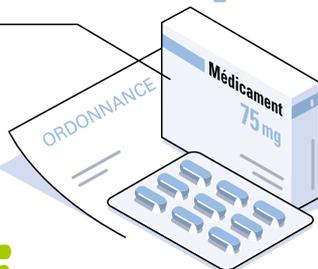


Centre de cardiologie

Déboucher les artères

3

La sortie de l'hôpital

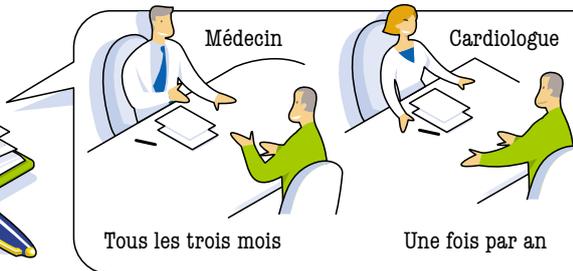
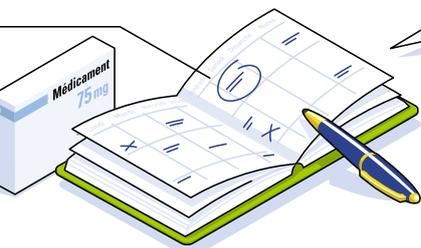


Prescriptions

Règles hygiéno-diététiques

4

Le suivi



Médecin

Cardiologue

Tous les trois mois

Une fois par an



© BSI/Chagnon

## Focus

### Les mécanismes de l'infarctus du myocarde aigu

Toute une série de facteurs (prédisposition génétique, âge, hypercholestérolémie, hypertension artérielle, tabagisme, alimentation non équilibrée, sédentarité) favorise le dépôt progressif de LDL-cholestérol, de globules blancs, de substances inflammatoires et de cellules musculaires sur les parois internes des grosses et moyennes artères. Avec le temps, cela entraîne un épaississement (plaque d'athérome) et des modifications de la paroi artérielle, deux phénomènes qui évoluent silencieusement durant des décennies jusqu'à l'apparition souvent brutale et imprévisible de la première complication. Dans les faits, l'athérosclérose coronaire est souvent émaillée de nombreuses poussées aiguës aux expressions cliniques variées : elles forment un continuum physiopathologique entre l'angor stable – ou angine de poitrine –, l'angor instable et l'infarctus du myocarde proprement dit. Dans ce dernier cas, il y a rupture d'une plaque d'athérome dans une artère coronaire, puis formation d'un caillot de sang qui obstrue lentement ou rapidement l'artère. Cette affection concerne plus souvent les hommes âgés de plus de 55 ans.

© Lorenzo Timon

(entre 0,5 et 1 %) est incontournable même en cas de respect strict des contre-indications.

• Le traitement de l'infarctus ne s'arrête pas à la sortie de l'hôpital : il faut tenir compte du fait que 5 % des victimes d'un infarctus décèdent dans l'année suivant l'hospitalisation. Les patients se voient prescrire cinq classes de médicaments, dont quatre à vie (aspirine, bêta-bloquant, statine et inhibiteur de l'enzyme de conversion). Seul le clopidogrel sera pris sur une durée plus courte, qui dépend du type de SCA. « Toutes ces molécules sont nécessaires car elles ont un impact considérable sur le bon pronostic. Il ne faut pas en arrêter une sans l'avis de son médecin traitant ou de son cardiologue », met en garde le P<sup>r</sup> Jean-Pierre Bassand. À cela s'ajoutent des règles hygiéno-diététiques à respecter de façon impérative : arrêt du tabac, alimentation équilibrée (moins de graisses et de sucre), et reprise de l'activité physique. En cas de diabète, un suivi spécialisé sera programmé après le séjour. Idem pour les principaux facteurs de risque (hypertension artérielle, hypercholestérolémie), corrigés de façon médicamenteuse si nécessaire.

• Sur le long terme, les SCA, avec ou sans sus-décalage du segment ST, bénéficient d'un traitement identique. Le patient doit consulter son médecin traitant tous les trois mois et son cardiologue au moins une fois par an, respecter scrupuleusement son traitement médical et penser à son hygiène de vie. Lui et son entourage doivent être informés des signes d'alerte d'infarctus ainsi que de la conduite à tenir adéquate. Une formation aux gestes de réanimation est proposée aux proches du patient.

### Conclusions de la HAS

Au final, des recommandations claires ont été énoncées par le jury de la conférence de consensus sur la prise en charge des SCA avec sus-décalage du segment ST. Exemple : dans le cas d'une angioplastie primaire, le jury reprend les recommandations internationales de ne pas dépasser un délai de 90 minutes entre le premier contact médical (arrivée du médecin du Samu auprès du patient) et le début de la désobstruction coronarienne. En cohérence avec

ces recommandations, les programmes d'EPP proposent divers outils de mise en œuvre, tels qu'une fiche patient spécifique des SCA pour optimiser la prise en charge et tracer les divers horaires de la chaîne du soin. L'ensemble des travaux a pour but d'homogénéiser et d'améliorer les pratiques :

- augmenter le nombre de patients pris en charge par le Samu en « prescrivant le 15 » à toute personne ayant une douleur thoracique évocatrice de SCA ;
- développer et encourager la coordination indispensable entre médecins du Samu, services d'urgence et cardiologues interventionnels pour qu'un maximum de patients bénéficie d'une reperfusion dans le délai recommandé ;
- améliorer la préparation de la sortie de l'hôpital et la coordination avec les médecins traitants pour une meilleure prise en charge des facteurs de risque, et un suivi au long terme plus efficace.

Tout cela devrait améliorer le pronostic vital des patients et réduire les récives et leurs conséquences. ■

1. Segment ST : temps de stimulation complète des ventricules.  
2. Examen basé sur la technique de radiographie aux rayons X et l'injection d'un produit de contraste iodé pour visualiser l'intérieur des artères coronaires.

## Certification

# Experts visiteurs sur le terrain

*Tous les quatre ans, les établissements de santé doivent engager une nouvelle procédure de certification de la qualité de leur fonctionnement. Zoom sur les experts visiteurs missionnés par la Haute Autorité de santé pour suivre cette démarche sur le terrain.*

## Une nouvelle version pour la certification

Le travail mené par la direction de l'accréditation de la HAS avec les principaux acteurs de la certification des établissements de santé (Commission de certification, établissements de santé, fédérations et experts visiteurs) a conduit en mai dernier à une nouvelle version de la procédure (V2007). Celle-ci ne modifie ni les objectifs de la deuxième visite de certification des établissements de santé, ni son déroulement global. Mais, tenant compte des remarques émanant du terrain, la HAS y a apporté quelques évolutions : allègement du nombre de critères à apprécier, intégration du guide de cotation au manuel, simplification de certaines exigences en matière d'évaluation des pratiques professionnelles ou encore réintroduction de la phase d'observation des établissements avant décision de la HAS.

Pour être certifiés par la Haute Autorité de santé, les établissements de santé doivent d'abord se pencher en interne sur leurs activités et leurs services et s'autoévaluer. Un groupe d'experts visiteurs indépendants de l'établissement, animé par un coordonnateur, vient ensuite apprécier la qualité des soins prodigués aux patients. Pour garantir l'indépendance de la procédure de certification, les experts visiteurs sont issus d'établissements de santé publics et privés d'une région différente de celle de l'établissement visité. Ils exercent, pour l'essentiel, en tant que médecin, gestionnaire d'établissement, soignant, pharmacien ou encore en tant que responsable qualité. Cette diversité dans les approches métiers leur permet d'avoir une large vision des activités d'un établissement. « Je peux intervenir sur tous les domaines, même si je m'intéresse davantage aux questions de management et de fonctionnement général. Mais je préfère laisser mes confrères médecins traiter les questions d'évaluation de pratique professionnelle médicale car je considère qu'ils ont plus de légitimité

vis-à-vis des confrères qu'ils rencontrent », précise Jean-Pierre Deymier, directeur de la clinique Pasteur de Toulouse et expert visiteur coordonnateur depuis les premiers pas de la certification, en 1998.

## Visite type

Selon la taille de la structure à certifier (petit établissement de santé de proximité ou CHU important), l'équipe comprend entre deux et six experts. Avant la visite, les experts visiteurs ont un mois pour étudier le dossier d'autoévaluation transmis par l'établissement à la HAS. Cette analyse préalable leur permet d'apprécier le respect par l'établissement d'un certain nombre de critères. « La visite permet ensuite de confronter le contenu du document à la réalité du terrain, explique Rose-Marie Andrieux, responsable de la formation des experts visiteurs à la HAS. Les experts visiteurs rencontrent la direction, les professionnels de l'établissement (personnels soignants, administratifs, techniques, etc.), les patients et leur entourage, afin de recouper leurs témoignages avec les données inscrites dans l'autoévaluation, mais aussi de mieux comprendre les contraintes de l'établissement et d'obtenir des réponses aux questions restées en suspens. » Après une phase de repérage du site en équipe, les experts visiteurs, souvent en binôme, débutent véritablement la visite en fonction des thèmes qui leur ont été attribués par le coordonnateur. Chaque binôme doit suivre un ou plusieurs parcours de patients, selon les types de prise en charge de l'établissement (soins de courte durée, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, hospitalisation à domicile). Il doit évaluer la qualité de la prise en charge du patient, depuis son admission jusqu'à sa sortie de l'établissement. La coordination entre les services, entre personnels de jour et de nuit notamment, fait l'objet d'une attention particulière, car c'est dans ces interfaces qu'existe le plus grand potentiel d'améliorations. La gestion des risques, la sécurité des patients et l'évaluation des pratiques professionnelles tiennent également une place importante dans la démarche de certification. La visite ne se limite

pas aux services médicaux ; les experts visiteurs s'intéressent aussi à d'autres thèmes, comme la politique et le management, l'organisation hôtelière et logistique (gestion des lits, du linge, de la restauration, etc.) ou les ressources humaines. Surtout, la certification entend inciter les structures de soins à s'engager dans des démarches de progrès continu. Avec le démarrage, depuis mai 2005, de la deuxième visite de certification (V2), les experts visiteurs doivent s'intéresser, en outre, aux actions d'amélioration de la qualité mises en œuvre par l'établissement, suite aux recommandations faites à l'issue de la première visite (V1).

## Restitution en deux temps

En fin de visite, l'équipe restitue d'abord oralement ses observations. Elle présente à l'établissement les points positifs de son analyse et les axes d'amélioration identifiés sur chaque thème. Elle développe avec plus de précision les différents points de son travail dans un rapport de certification que le coordonnateur envoie deux semaines plus tard à la HAS. Ce rapport est ensuite transmis à l'établissement de santé qui peut éventuellement émettre des observations. Enfin, il est présenté par le chef de projet à la Commission de revue des dossiers (émanation de la Commission de certification des établissements de santé de la HAS), qui valide les propositions de décision des experts visiteurs et décide du niveau de certification (certification, certification avec suivi, certification conditionnelle ou non-certification). Enfin, le Collège de la HAS confirme ou non cette décision. « Comme je suis coordonnateur d'équipe, chaque visite nécessite un réel investissement. Durant le mois qui la précède, je consacre un à deux jours par semaine à l'étude du dossier. La visite elle-même dure en moyenne une semaine, et la rédaction du rapport entre quatre et six jours. Mes fonctions de directeur de clinique ne me permettent pas d'assurer plus de trois visites par an », regrette Jean-Pierre Deymier. Pour lui, cette expérience est très enrichissante, tant pour l'établissement visité, qui reçoit des conseils pour améliorer la qualité de son fonctionnement, que pour l'expert visiteur. « Chaque visite est l'occasion d'un véritable échange d'expériences », conclut-il. ■

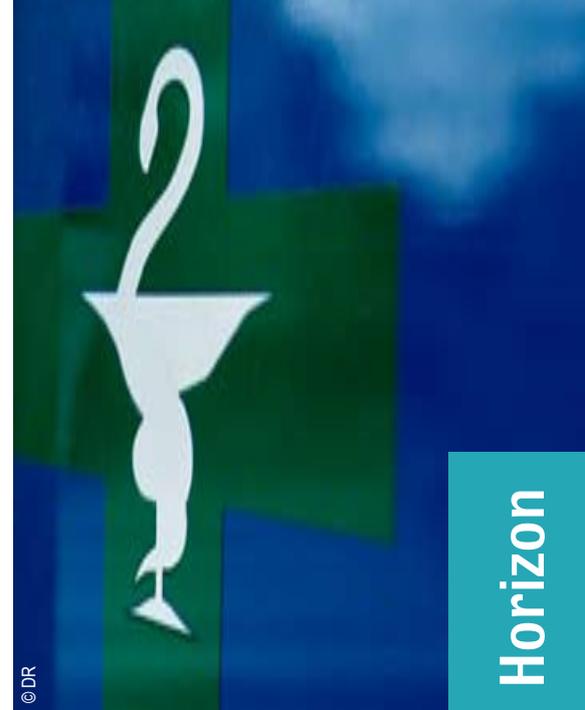
Forum pharmaceutique européen

# Débat sur l'information des patients

**R**enforcer la compétitivité de l'industrie pharmaceutique européenne tout en garantissant aux patients des traitements de qualité : telle est l'ambition affichée par le Forum pharmaceutique créé en 2006 par la Commission européenne. Tous les États membres sont représentés au sein de cette plate-forme de dialogue qui permet à leurs représentants, mais aussi à des députés européens, des industriels et des associations de patients de réfléchir aux mesures à prendre en matière de politique sanitaire. La Haute Autorité de santé participe à la définition de la position française qui est officiellement portée par la Direction générale de la santé.

La question de l'information des patients fait actuellement l'objet de vifs débats au sein de cette instance. En cause : des documents d'information, portant sur les maladies et les traitements disponi-

bles, que la Commission européenne souhaite éditer pour apporter une information fiable et de qualité aux patients. Un modèle de fiche est même déjà paru sur le diabète. Soucieuse de défendre au mieux les intérêts des patients, la HAS a émis des réserves sur ces fiches. Elle conteste le principe même d'un document d'information rédigé de manière uniforme au niveau européen qui ne tient pas compte de la situation épidémiologique de chaque pays, des différents modes d'organisation des soins, etc. La HAS émet aussi des réserves quant à la méthodologie employée pour élaborer ces fiches. « *Le modèle de fiche dont nous avons eu connaissance propose une prise en charge de la maladie trop axée sur les médicaments qui ne correspond pas aux recommandations internationales les plus récentes. De plus, il n'apporte pas suffisamment de garanties sur la nécessaire trans-*



parence des rédacteurs, ce qu'exigent pourtant les règles internationales d'élaboration des recommandations », indique Jean Bacou, responsable des relations internationales à la HAS. La Commission européenne prône également un partenariat public-privé qui autoriserait le secteur pharmaceutique à produire des informations non publicitaires sur les traitements. Une solution à laquelle la HAS n'est pas favorable, estimant qu'elle pourrait faire naître de nombreux conflits d'intérêts. ■

Évaluation des pratiques professionnelles

## Le mode d'emploi

**T**ous les médecins sont soumis depuis 2005 à une obligation quinquennale d'évaluation de leurs pratiques professionnelles (EPP)<sup>1</sup>. Le dispositif a été conçu par la HAS, en association avec les différents interlocuteurs concernés – les Unions régionales des médecins libéraux (URML), les Commissions médicales d'établissement (CME), le Centre national de formation médicale continue (CNFMC) et l'Ordre des médecins. « *Les modalités de réalisation de l'EPP sont maintenant validées et opérationnelles. Bien que nous ayons déjà beaucoup communiqué sur le sujet, elles restent cependant encore mal connues des professionnels de santé, c'est pourquoi, nous avons jugé utile de proposer un document de synthèse, intitulé "EPP des médecins : mode d'emploi"* », indique Philippe Cabarrot, chef du service évaluation des pratiques à la HAS. En quatre pages, ce livret précise aux médecins les enjeux et modalités de réalisation et de validation de l'évaluation des pratiques. L'EPP se traduit par la mise en relation (comparaison et appropriation) des pratiques médicales avec les recommandations (de bonnes pratiques). Cela implique l'analyse des données cliniques et permet la confrontation et le suivi des résultats. Ainsi, l'EPP entraîne une actualisation des

modalités de prise en charge et une amélioration continue de la qualité des soins. La HAS incite les professionnels à favoriser des modes d'exercice comportant un volet intégré d'évaluation (groupes d'analyse de pratique entre pairs, réunions de concertation pluridisciplinaire, réseaux de soins, revues de morbi-mortalité, etc.), utilisant le cas échéant différents outils (audit clinique, revue de pertinence, chemin clinique, etc.). « *Faire appel à l'une ou l'autre de ces méthodes, voire à une combinaison de plusieurs d'entre elles, dépend de la spécialité du médecin et de son type d'activité, libérale ou hospitalière* », explique Philippe Cabarrot. L'EPP pourra être mise en œuvre de manière individuelle ou collective. La HAS propose un dispositif suffisamment diversifié pour que chaque praticien puisse utiliser les modalités d'évaluation les plus adaptées et les plus faciles à intégrer à son exercice. Comme dans tous les autres secteurs économiques, cette démarche qualité doit, en effet, devenir de plus en plus routinière.

La validation de l'obligation réglementaire reste néanmoins individuelle. Pour l'obtenir, le médecin est invité, selon son type d'activité, à se rapprocher soit de son URML, soit de sa CME, qui établiront le certificat d'EPP après avis d'un médecin habilité (MH),



L'essentiel sur

d'un médecin expert extérieur à l'établissement (MEE) ou d'un organisme agréé pour l'EPP (OA). Dans son document de synthèse, la HAS a surtout souhaité insister sur l'objectif de l'EPP qui n'est pas de contrôler les médecins mais qui a pour but de les inciter à s'engager dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Elle s'intéresse, en effet, à la démarche de progrès mise en œuvre par le praticien suite aux résultats de son EPP. Ces démarches doivent porter sur une partie significative de l'activité du médecin ; elles doivent s'inscrire dans la durée et s'appuyer sur un suivi explicite permettant de montrer l'impact mesurable. ■

1. L'EPP est imposée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie et par son décret d'application du 14 avril 2005.

**Le document est consultable sur :**  
[www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/epp\\_medecins\\_mode\\_emploi.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/epp_medecins_mode_emploi.pdf)

www.has-sante.fr

## Un site en amélioration continue

*Souhaitant mettre en pratique ses propres préconisations en matière de qualité de l'information, la Haute Autorité de santé a rénové son site Internet et engagé une importante démarche d'amélioration continue de sa qualité.*

**A**méliorer la qualité de l'information médicale destinée aux professionnels de santé et au grand public fait partie intégrante des missions de la Haute Autorité. « *Il nous a donc semblé naturel d'appliquer à nous-mêmes ce que nous préconisons pour les autres*, indique Karen Candau, responsable du service communication de la HAS. *Dans cette perspective, nous avons profondément rénové notre site Internet en octobre 2006.* »

Ce site modernisé a obtenu en mai 2007 une reconnaissance de qualité internationale en se voyant attribuer le label *Health on the Net* (HON). Le label HON apporte aux internautes l'assurance que le site respecte des règles essentielles en matière d'éthique et d'information en ligne.

« *Cette rénovation ne constitue cependant que la première étape d'une démarche d'amélioration continue*, précise Karen Candau. *C'est pourquoi, dans les trois mois qui ont suivi le lancement de cette nouvelle version, nous avons demandé à l'institut de sondages Ipsos de conduire une étude auprès des internautes afin d'évaluer leur perception du nouveau site de la HAS.* »

### Répondre plus complètement aux attentes

Selon les résultats de cette enquête, réalisée entre le 22 janvier et le 19 février 2007 auprès de professionnels de santé, de journalistes, d'usagers et de patients, la nouvelle version du site a été jugée « *plus complète, plus conviviale et mieux structurée* ». Des voies d'amélioration ont également été identifiées. « *Nous allons à présent poursuivre nos actions pour répondre mieux encore aux attentes des internautes*, explique Karen Candau. *Ainsi, la page d'accueil, passage essentiel de tout site Internet, a été sensiblement aménagée suite à cette enquête. Si l'entrée spécifique par type de public (professionnels de santé, grand public, industriels du médicament et presse) a été plébiscitée, nous avons déjà revu sa présentation et la hiérarchie des rubriques proposées, afin d'en simplifier la lecture et de la rendre plus aisée.* »

La rubrique « *Dernières publications* », fortement appréciée des internautes mais jugée trop peu visible, a été mise en valeur. À l'inverse, la rubrique « *Agenda* », au contenu insuffisamment riche, a été supprimée en attendant que son concept soit repensé.

### Vers plus d'interactivité

Le développement de l'interactivité sur le site a été fortement apprécié, en particulier la fonctionnalité « *Alerte* », qui permet à chaque internaute de recevoir des contenus spécifiques selon ses centres d'intérêt. « *La Haute Autorité de santé souhaite à présent accentuer l'interactivité dans sa relation avec les internautes. Ainsi, cet été, elle a proposé pour la première fois aux professionnels de santé de répondre à une enquête en ligne. Cette enquête porte sur le rapport d'étape consacré aux Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé que la HAS vient de publier. Les réponses des internautes seront le reflet des expériences de terrain en matière de délégation et de transfert de compétences. La HAS pourra ainsi tirer des enseignements de ces expériences de terrain. Les témoignages recueillis en ligne permettront ensuite d'enrichir la recommandation finale que la HAS prépare sur la coopération entre professionnels de santé et qui sera publiée en 2008* », indique Karen Candau.

### Rendre plus efficace la recherche sur le site

D'autres améliorations attendues concernent les fonctionnalités du site. C'est le cas en particulier de celles liées au moteur de recherche. En effet, de nombreux internautes se connectent sur le site avec une idée précise de ce qu'ils cherchent et ils entendent passer le moins de temps possible pour trouver les contenus qui correspondent à leur attente. Or, aujourd'hui, l'affichage des résultats (souvent trop nombreux) ne permet pas un accès assez rapide aux contenus recherchés. Cette fonctionnalité sera améliorée concrètement d'ici à la fin de cette année.

### Pour un site tous publics

Parmi les pistes d'amélioration figure aussi un travail sur la terminologie employée. Les informations proposées sur le site suscitent l'intérêt des différents publics interrogés, mais le vocabulaire, riche en acronymes et en termes médicaux spécifiques, est souvent trop orienté vers les professionnels de santé. Il reste peu accessible pour la plupart des autres visiteurs, alors même que la HAS a vu ses missions élargies à l'amélioration de l'information du grand public.

« *Jusqu'à la fin de l'année 2006, les travaux de la Haute Autorité s'adressaient en priorité et quasi exclusivement aux professionnels de santé. Le vocabulaire utilisé à ce jour n'est – dans une large mesure – pas compréhensible par tous. Cependant, pour la partie consacrée au grand public en particulier, nous veillerons de plus en plus à utiliser un vocabulaire adapté* », s'engage Karen Candau. La publication, au cours des derniers mois, de quatre guides d'information destinés aux patients atteints d'affections de longue durée (ALD) ainsi que celle d'un premier document destiné à informer le grand public sur l'infarctus du myocarde sont autant d'illustrations de la volonté de la HAS d'accroître l'information en direction des patients et du grand public en utilisant un ton et un vocabulaire adaptés. ■

Pour en savoir plus : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

