

NOTE DE CADRAGE

Parcours Syndrome coronarien chronique

En vue de travaux sur le parcours, les messages pertinence et les indicateurs de qualité

Version du 6 février 2020

Date de la saisine : 1er janvier 2019 Demandeur : Chantier 4 de la STSS « Pertinence et qualité »

Service(s) : Service Amélioration des pratiques, des parcours et de la pertinence (SA3P) - Service Evaluation et outils pour la qualité et sécurité des soins (SEvOQSS)

Personne(s) chargée(s) du projet : Emmanuel CORBILLON (SA3P), Linda BANAEI-BOUCHAREB - (SEvOQSS)

Contributeurs : Valérie ERTEL-PAU (SA3P), Sandrine MORIN (SEvOQSS), Laetitia MAY (SEvOQSS)

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

Dans le cadre des orientations de la stratégie de transformation du système de santé (STSS), «ma santé 2022», la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et la Haute autorité de santé (HAS) co-pilotent le projet «inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques », au sein du chantier 4 de la STSS « Pertinence et qualité ».

La maladie coronarienne stable est l'un des 10 parcours retenus pour ce projet.

Un déploiement pilote des productions sur le parcours est prévu avec l'Agence régionale de santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca).

Cette note de cadrage concerne les travaux HAS à mener pour :

- L'actualisation du guide parcours de soins, et
- La définition des indicateurs qualité du parcours.

1.2. Contexte

Le chantier « qualité et pertinence des soins » a pour objectifs la définition d'un parcours, l'élaboration de messages pertinence et le développement d'indicateurs qualité du parcours. Le guide parcours de soins maladie coronarienne stable de l'adulte a été publié par la HAS en 2014, et actualisé en 2016. Son actualisation dans le cadre de ces travaux est apparue nécessaire d'une part au regard de la littérature spécialisée publiée depuis 2016 (cf. Annexe 1) et d'autre part pour la définition d'indicateurs qualité sur ce parcours.

1.3. Enjeux

La maladie coronarienne stable est la manifestation d'une ischémie myocardique en rapport avec l'altération anatomique athérosclérotique et/ou fonctionnelle stable des vaisseaux épicaardiques et/ou de la microcirculation.

→ Enjeux de santé publique

C'est une maladie chronique à forts enjeux de santé publique.

En 2017, 1,5 millions de personnes ont été prises en charge pour maladie coronaire chronique, dont 43% de plus de 75 ans. Quatrième ALD la plus fréquente derrière le diabète, les affections malignes et les maladies psychiatriques, sa prévalence augmente avec l'âge. La comorbidité est fréquente chez ces patients : présence d'une autre maladie cardiovasculaire (38%), d'un diabète (29%), et 23% des patients ont un traitement psychotrope.

Le pronostic de la maladie s'améliore notamment avec la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques de prise en charge de la maladie coronaire chronique et des syndromes coronariens aigus.

Cependant la maladie reste évolutive. A 3 ans, près d'un tiers des patients ont présenté un décès d'origine cardiovasculaire, un infarctus du myocarde (IDM), un accident vasculaire cérébral (AVC) ou une hospitalisation pour un autre événement vasculaire.

Selon l'étude française de suivi de cohorte CORONOR, le taux de mortalité des patients ayant une maladie coronaire chronique stable traitée selon les recommandations internationales actuelles ne différait pas de celui de la population générale et était lié à des causes non-cardiovasculaires. Le taux brut de mortalité toutes causes dans cette population est de 5,22%. Les âges moyen et médian au décès des personnes prises en charge pour maladie coronaire chronique décédées en 2017 sont respectivement de 82 ans et de 84 ans (données CNAMTS, 2017).

→ Enjeux du parcours de soins

- Amélioration de la qualité de vie de la personne et du pronostic de la maladie.
- Recours optimisé aux explorations paracliniques diagnostiques et pronostiques.
- Prise en charge thérapeutique coordonnée et personnalisée (adaptée à la sévérité des symptômes, au risque d'événements cliniques et aux préférences du patient).
- Suivi de qualité permettant au patient de maintenir ses acquis et son adhésion au traitement sur le long cours.
- Une évaluation de la qualité du parcours basé sur des mesures fiables.

→ Enjeux pour les professionnels : Améliorer et harmoniser les pratiques professionnelles, renforcer la coordination, la coopération interprofessionnelle.

→ Enjeux pour les patients : Améliorer les connaissances et l'autogestion de la maladie, et l'accès à la décision partagée pour les choix thérapeutiques. Améliorer la qualité de vie et réduire la morbi-mortalité de cette maladie chronique.

→ Enjeux pour tous : disposer de repères chiffrés fiables pour évaluer et améliorer la qualité du parcours et le résultat pour les patients. L'utilisation des bases de données médico-administratives disponibles est privilégiée.

Synthèse de l'avis des professionnels et des représentants des usagers

La réunion des parties prenantes organisée le 29 novembre 2019 (liste des participants en Annexe 2) a permis de mettre en évidence la nécessité :

- D'actualiser le guide parcours au regard des nouvelles recommandations : Les points critiques du parcours MCS restent d'actualité. La mise à jour porte sur le changement de définition, de stable à chronique, de par la physiopathologie de la maladie et son évolution.
- De changer de définition ce qui amène à renommer le parcours de « maladie coronaire stable » à « syndromes coronaires chroniques ou maladie coronaire chronique » comprenant les phases de stabilité et celles de survenue d'évènements aigus.
- De définir des indicateurs qualité cliniquement pertinents, fiables et valides, basés sur la méthode HAS (Cf. Annexe 1) en privilégiant lorsque cela est possible l'utilisation de la base nationale des données médico-administratives.

Une inquiétude quant à la fiabilité des données médico-administratives pour cibler les patients et évaluer la qualité des soins a été exprimée en séance par un représentant de la société française de cardiologie et un représentant du conseil national de chirurgie cardiovasculaire. Ce retour était dû à une étude récente qu'ils ont chacun réalisé à partir du SNDS et qui n'a pas été concluante. Un représentant du conseil national de nutrition a témoigné d'une étude récente à partir du SNDS qui a été concluante et a fait l'objet d'une publication internationale (*Philippe Giral et al. Cardiovascular effect of discontinuing statins for primary prevention at the age of 75 years: a nationwide population-based cohort study in France. [European Heart Journal](#) (2019) 40, 3516–3525*).

La HAS s'engage grâce à son expertise et sa méthode de développement d'indicateurs de qualité notamment mesurés à partir du SNDS à produire *in fine* à partir des bases de données disponibles, des indicateurs fiables, cliniquement pertinents, et porteurs d'amélioration de la qualité des soins et du résultat pour le patient.

1.4. Cibles

Les travaux envisagés concernent les professionnels de santé et médicosociaux et leurs représentants, les patients et leurs représentants. Les professionnels concernés par la maladie coronaire chronique sont ceux impliqués dans la prise en charge générale s'inscrivant dans la durée : médecins généralistes, cardiologues, infirmières, pharmaciens, diététiciens, kinésithérapeute etc., et également les professionnels intervenant dans des situations spécifiques (diabétologues, médecin de MPR, gériatres, psychologue, médecins du travail), notamment dans leur articulation avec les professionnels précités.

1.5. Objectifs

L'objectif du projet « inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques » est de faire en sorte que l'ensemble des professionnels impliqués dans le parcours de soins s'engagent dans une démarche participative d'amélioration de la qualité des parcours, avec l'implication des patients, en s'appuyant sur les recommandations et les données de santé disponibles.

Dans le cadre de ce projet, l'objectif de ce travail est de :

- Mettre à jour le guide actuel ;
- Identifier avec les professionnels et les patients les points critiques de pratique ;
- Identifier avec les professionnels et les patients, à partir des points critiques et des difficultés rencontrées en pratique, les messages de pertinence des soins, pouvant aussi éventuellement être implémentés dans des logiciels adaptés.
- Définir à partir de l'actualisation du guide des indicateurs de qualité jalonnant le parcours, à visée d'amélioration des pratiques et du résultat pour le patient.

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

1.6.1. Actualisation du guide de parcours de soins

Le guide actuel publié en 2014 précise le parcours de soins des patients ayant une maladie coronaire stable. Ce guide identifie aussi les points critiques de la prise en charge et décrit le schéma de parcours de soins. Les questions abordées dans le cadre de cette actualisation sont :

- **La définition du syndrome coronarien chronique (SCC)** telle que précisée par la société européenne de cardiologie en 2019 (en remplacement de l'ancienne appellation « maladie coronarienne stable » (la maladie coronaire est considérée comme une maladie évolutive associée à des modifications itératives de la plaque d'athérome et de la microcirculation selon le mode de vie, le traitement pharmacologique et la revascularisation).
- **Le diagnostic de SCC.** L'approche diagnostique doit être personnalisée, dépendant des caractéristiques de la symptomatologie, des caractéristiques du patient, de la probabilité diagnostique pré-test, de l'expertise locale et de la disponibilité des techniques d'imagerie et/ou de tests fonctionnels.
- L'estimation de la probabilité pré-test (PTT) de la coronaropathie décrite dans les recommandations de 2013 a été révisée, car, en regard des données de cohortes, elle surestimait la probabilité de SCC avec un excès de demandes d'examens non invasifs et invasifs. L'outil clinique de repérage est commun à l'ensemble des professionnels intervenant dans le parcours (en particulier le médecin généraliste et le cardiologue), sans qu'aucun examen complémentaire ne soit réalisé lors de cette 1^{ère} étape de tri.
- La confirmation diagnostique est menée par le cardiologue, le plus souvent en recourant à des examens non invasifs, centré sur les situations de probabilité clinique dite intermédiaire.
- **L'évaluation pronostique** (estimation du risque de survenue d'événement cardiovasculaire majeur) :
 - Il existe une hétérogénéité des profils de risque de ces patients. Les plus à risque sont connus : angor persistant chez un patient aux antécédents d'infarctus du myocarde ; patients polyartériels, patients pluritronculaires et/ou présentant une anatomie coronaire « complexe », patients dont les facteurs de risque ne sont pas contrôlés, notamment la persistance du tabagisme, une hémoglobine glyquée > 7 %, une fraction de LDL-cholestérol > 70 mg/dl.
 - L'évaluation du risque d'événement futur est conduite par le cardiologue, en rationalisant le recours à la coronarographie qui n'est pas systématique, car limitée au patient pouvant bénéficier d'une revascularisation, ou au patient chez qui persiste un doute diagnostique.
 - L'évolution incertaine pointe l'importance d'un suivi attentif et prolongé des patients coronariens dans le but de promouvoir et maintenir les règles hygiéno-diététiques, l'observance des traitements et l'atteinte des objectifs thérapeutiques
- **Les traitements.** La prise en charge thérapeutique repose sur 2 principes :
 - Tout coronarien reçoit un traitement médical optimal associant la mise en œuvre des règles hygiéno-diététiques recommandées, la correction médicamenteuse des facteurs de risque cardiovasculaires, et le traitement médicamenteux optimal avec antiagrégant plaquettaire et statine.
La gestion du risque cardiovasculaire ne sera pas développée dans le guide parcours, et un renvoi sera fait vers les travaux (diabète, HTA, dyslipidémie) en cours ou à venir du SBPP.
 - Toute sténose coronarienne ne justifie pas obligatoirement d'une revascularisation.
Le recours à une éventuelle revascularisation coronarienne sera le plus souvent discuté par une équipe médicochirurgicale, en concertation avec le patient.
- **Les modalités de suivi.** Le suivi implique fortement le médecin généraliste, en lien avec le cardiologue, Il est personnalisé en fonction de l'état de santé et de la personnalité du patient (symptômes, tolérance, motivation, observance, comorbidité(s)).

En cohérence avec la définition du SCC, le syndrome coronarien aigu ne sera pas développé dans le champ du guide au-delà de la recommandation d'appel téléphonique vers le centre 15.

En complément du guide des **messages pertinences « messages pour améliorer votre pratique »** seront sélectionnés à partir de points critiques de parcours et des difficultés rencontrées en pratique pour les suivre. Ces messages courts visent à inciter les différents intervenants dans les parcours de soins à renforcer le dialogue avec les personnes atteintes au sujet de leur vécu de cette pathologie, des examens cliniques ou complémentaires, de discuter avec eux des traitements et des interventions les mieux indiqués dans leur cas et d'identifier ceux qui ne sont pas nécessaires.

1.6.2. Définition des indicateurs qualité

Dans le cadre de Ma Santé 2022 et de la stratégie nationale de santé, il a été demandé à la HAS de « mettre en place et de systématiser des indicateurs de qualité des parcours ».

Une partie du groupe de travail multidisciplinaire composé d'experts mis en place pour traiter les questions relatives au parcours de soins sera sollicité et complété par d'autres compétences pour l'élaboration des mesures de la qualité des parcours de patients avec une maladie coronarienne chronique. L'expertise complémentaire recherchée réunira notamment des experts des bases de données, du codage de l'information médicale et de l'évaluation de la qualité.

La notion de parcours de soins d'une pathologie chronique couvre une prise en charge par plusieurs professionnels de santé à divers stades de la maladie. L'efficacité de la prise en charge suppose une bonne coordination entre les professionnels exerçant en ville, y compris le domicile, et ceux exerçant en établissement de santé.

Les indicateurs de qualité des parcours portent sur des étapes clés du parcours concerné et sont le reflet de la qualité de la prise en charge. Ces étapes couvrent les six dimensions des parcours définies dans le rapport « STSS - Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques »¹ :

- précocité du repérage des patients à risque pour poser le diagnostic ;
- annonce, information, implication du patient ;
- prévention secondaire pour stabiliser la maladie ;
- coordination et multidisciplinarité ;
- aggravation de la maladie et suivi des exacerbations ;
- suivi au long cours.

Ces mesures doivent concerner les offreurs de soins impliqués dans la prise en charge, que ce soit en ville ou en établissement de santé, la coordination inter et intra professionnelle, l'accompagnement et l'implication du patient dans sa prise en charge. Elles permettent aux professionnels d'identifier des pistes d'amélioration et de mettre en place des actions correctives.

Concernant l'ensemble du parcours du patient et tous les acteurs intervenant en ville comme en établissement de santé, ces indicateurs ont donc un périmètre plus large que les indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) habituellement développés depuis des années par la HAS pour évaluer la qualité des soins dans les établissements de santé.

¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_pertinence.pdf

2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

2.1 Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

2.1.1 Actualisation du guide parcours de soins

La méthode envisagée pour l'actualisation du guide est celle du guide : « Guide méthodologique - Élaboration du guide et des outils parcours de soins pour une maladie chronique » HAS Avril 2012.

S'agissant d'une actualisation, le guide sera révisé à partir :

- des recommandations publiées depuis 2014 et sélectionnées selon les critères de qualité habituels (recherche systématique de littérature, évaluation du niveau de preuve et gradation des recommandations, groupe de travail et liens d'intérêts déclarés, relecture et validation externe ;
- des avis émis par la HAS pour ce qui concerne les médicaments, dispositifs médicaux, actes professionnels et autres productions de la HAS en lien avec le thème ;
- des avis des experts d'un groupe de travail et d'un groupe de lecture réunissant l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge de la maladie ainsi que les représentants d'usagers. L'avis des experts sera sollicité pour répondre aux questions non abordées dans les recommandations le plus souvent organisationnelles ou abordées dans les recommandations mais nécessitant un ajustement au contexte français.

S'agissant de l'identification et de la sélection des messages de pertinence des soins, ils seront développés à partir des recommandations et points critiques retenus dans le guide, ainsi qu'à partir des études de pratiques, en coproduction avec les professionnels et les représentants d'usagers.

2.1.2 Définition des indicateurs qualité

Pour les indicateurs de qualité : la méthode HAS est en cours d'élaboration à partir du chantier pilote sur le parcours des patients suspects ou atteints de BPCO. Elle s'appuie sur les méthodes déjà validées d'élaboration des indicateurs de qualité et sécurité des soins en établissements de santé (https://www.has-sante.fr/jcms/c_1021017/fr/iqss-2019-travaux-sur-le-developpement-et-l-utilisation-d-indicateurs et cf. Annexe 1).

2.1.3 Références bibliographiques

Les principales références bibliographiques figurent en annexe 1.

2.2 Composition qualitative des groupes

Chaque groupe de travail sera représentatif du secteur public et privé, réparti sur le territoire national et dénué de conflits d'intérêts majeurs.

- ➔ Les parties prenantes seront sollicitées pour proposer des participants potentiels.
- ➔ Un appel à candidature sera mis en ligne sur le site de la HAS. Il permettra de constituer le groupe de travail multidisciplinaire en distinguant :

- Les travaux du groupe de travail et du groupe de lecture sur le guide parcours de soins qui seront coordonnés par un chef de projet du SA3P aidé d'une assistante pour les aspects logistiques.
- Les travaux du groupe de travail sur les indicateurs qualité qui seront coordonnés par un chef de projet du SEVOQSS aidé d'une assistante pour les aspects logistiques.

Les expertises sollicitées pour les travaux sur le guide parcours de soins et les indicateurs de qualité sont :

- Médecin spécialisé en médecine générale : 2
- Cardiologue exerçant en établissement de santé privé : 1
- Cardiologue exerçant en établissement de santé public : 1
- Cardiologue exerçant en libéral : 1
- Cardiologue spécialiste de réadaptation cardiovasculaire 1
- Spécialiste de médecine physique et de réadaptation : 1
- Chirurgien cardiaque : 1
- Gériatre : 1
- Endocrinologue - Diabétologue : 1
- Médecin interniste : 1
- Enseignant en activité physique adaptée : 1
- Médecin radiologue : 1
- Médecin de médecine nucléaire : 1
- Médecin du travail : 1
- Pharmacien libéral : 1
- Infirmier avec une expertise en éducation thérapeutique : 1
- Kinésithérapeute : 1
- Diététicien : 1
- Psychiatre : 1
- Psychologue : 1
- Représentant d'utilisateur du système de santé : 1
- Patient ayant une expérience récente de cette maladie : 1
- ARS Paca : 1
- DRSM Paca : 1
- DCGDR PACA : 1

Pour la définition des indicateurs qualité, la composition qualitative du groupe de travail sera complétée par les expertises requises pour le développement d'indicateurs à partir des bases de données médico-administratives :

- Médecin de l'information médicale exerçant dans le public : 1
- Médecin de l'information médicale exerçant dans le privé : 1
- Expert du codage de l'ATIH : 1
- Expert des bases de données de la DREES : 1
- Expert des bases de données en cardiologie de la CNAM : 1

Le résultat de l'appel à candidature commun permettra de définir la composition finale du ou des groupes de travail/lecture et d'organiser les réunions sur le plan opérationnel.

2.3 Productions prévues

- Guide parcours de soins
- Synthèse des points critiques
- Fiche pertinence des soins « Messages pour améliorer votre pratique »
- Définition des indicateurs qualité du parcours
- Fiches descriptives des indicateurs

3. Calendrier prévisionnel des productions sur le parcours

- **Note de cadrage**
- Date de passage en Commission Recommandations Parcours Pertinence et Indicateurs (CRPPI) : 21 janvier 2020
- Date de passage en Collège d'orientation et d'information (COI) : 06 février 2020

- **Constitution des groupes de travail**
- Sollicitation des parties prenantes : 24 janvier 2020
- Appel à candidature site de la HAS : 24 janvier 2020
- Analyse des DPI et constitution finale du groupe de travail pour l'actualisation du guide parcours : T1 2020
- Constitution finale du groupe de travail pour la définition des indicateurs qualité : T2 2020

→ Actualisation du guide parcours

Dates de réunion et avis du groupe de lecture

- 1ère réunion du groupe de travail : T1 2020
- 2ème réunion du groupe de travail : T2 2020
- Groupe de lecture : T3 2020
- 3ème réunion du groupe de travail : T3 2020

Avis de la commission et validation du collège

- Date de passage en Commission Recommandations Parcours Pertinence et Indicateurs (CRPPI) : T4 2020
- Dates de passage au Collège : T4 2020

→ Définition des indicateurs qualité

Dates de réunion

- Les réunions du groupe de travail seront à programmer selon l'avancée des travaux d'actualisation du guide parcours : à partir de T2 2020

Avis de la commission et validation du collège

- Date de passage en Commission Recommandations Parcours Pertinence et Indicateurs (CRPPI) : T1 2021
- Dates de passage au Collège : T1 2021

Annexes

1- Annexe : Références bibliographiques

Recommandation publiée depuis 2014 :

Juhani Knuuti, William Wijns, Antti Saraste, Davide Capodanno, Emanuele Barbato, Christian Funck-Brentano, Eva Prescott, Robert F Storey, Christi Deaton, Thomas Cuisset, Stefan Agewall, Kenneth Dickstein, Thor Edvardsen, Javier Escaned, Bernard J Gersh, Pavel Svitil, Martine Gilard, David Hasdai, Robert Hatala, Felix Mahfoud, Josep Masip, Claudio Muneretto, Marco Valgimigli, Stephan Achenbach, Jeroen J Bax, ESC Scientific Document Group, 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC), *European Heart Journal*. ehz425, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>

Travaux publiés par la HAS en lien avec le thème :

- Apald ALD n°13 - Maladie coronarienne actualisé en 2017
- Fiche pertinence : Angioplastie immédiate ou dissociée de l'acte de coronarographie diagnostique dans la maladie coronaire stable Mis en ligne 17/06/2016
- Evaluation des dispositifs et des actes médicaux
- Endoprothèses (stents) coronaires Mis en ligne 23/05/2018
 - Endoprothèses coronaires (stents) - Rapport d'étude HAS – ANSM Mis en ligne 21/02/2018
 - Évaluation de l'imagerie cardiaque non invasive dans le diagnostic des coronaropathies chroniques stables Mis en ligne 02/12/2016
- Médicaments,
 - Hypolipémiants
 - EZETROL Mis en ligne le 09/12/2019
 - PRALUENT Mis en ligne le 1/8/2019
 - REPATHA Mis en ligne le 28/11/2018
 - Antithrombotiques, inhibiteurs directs du facteur Xa : XARELTO Mis en ligne le 28/10/2019
- ➔ Travaux sur les indicateurs en lien avec la cardiologie
 - Indicateurs de processus
 - HAS. Indicateurs de qualité et sécurité des soins. SCA de moins de 12 heures. 2013-2015
 - HAS. Indicateurs de qualité et sécurité des soins. IDM à la sortie. 2010 – 2015
 - Haute Autorité de Santé. Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde (IDM). Résultats nationaux de la campagne 2015 - Données 2014. HAS; 2015. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2676802/fr/prise-en-charge-hospitaliere-de-l-infarctus-du-myocarde
 - Indicateurs de processus et résultats « filière IDM »
 - HAS, Collège français de médecine d'urgence, Collège national professionnel de cardiologie, Société française de médecine d'urgence, Société française de cardiologie, Société française de documentation et de recherche en médecine générale, et al. Indicateurs de pratique clinique. Infarctus du myocarde (IDM) "Des 1ers signes au suivi ... 1 an". HAS; 2012
 - Indicateur de résultats :
 - mesuré à partir des bases médico-administratives : Mortalité post-IDM à 30 jours (en cours de développement, validation par retour aux dossiers prévu en 2020)
 - mesuré par les patients :
 - Revue HAS sur les questionnaires « expérience et qualité de vie ». 2013

- Standardized outcome measurement for patients with Coronary artery disease: Consensus from the International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). J Am Heart Assoc. 2015. <https://www.ichom.org/portfolio/coronary-artery-disease/>
 - Bastien Forestier et al. A systematic review of dimensions evaluating patient experience in chronic illness. Health Qual Life Outcomes. 2019; 17: 19.
- ➔ La recherche documentaire a été complétée par l'identification des indicateurs sur la maladie coronaire chronique publiés sur les sites suivants :

ACP	American College of Physicians Performance measures
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality Quality Indicators
BMA	British Medical Association
CIHI	Canadian Institute for Health Information
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
HIQA	Health Information and Quality Authority (Irlande)
HQO	Health Quality Ontario - Indicator Library
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
ICHOM	International consortium for health outcomes measurement
NCDR	National Cardiovascular Data Registry (America College of Cardiology's suite of cardiovascular data registries)
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NICE	NICE Quality and Outcomes Framework Indicator
OCDE	OCDE List of Health Technical Papers
OCDE	OECD Health Care Quality Indicators Project
ROSP	Indicateurs - Rémunération sur objectifs de santé publique

Leur analyse au regard de l'actualisation du guide parcours et de la faisabilité de leur mesure à partir des bases médico-administratives est en cours.

La recherche documentaire cible également les travaux sur ce parcours réalisés/publiés par les ARS, notamment l'ARS PACA, et par la CNAM.

- ➔ Méthode HAS de développement des indicateurs de qualité et sécurité des soins
- IQSS de processus recueillis à partir du dossier patient
[Méthode](#) en ligne sur le site de la HAS
- IQSS de résultats recueillis à partir d'un questionnaire patient : Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés
[Haute Autorité de santé](#). Guide méthodologique. Dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients : e-Satis. HAS septembre 2019

- IQSS de résultats calculés à partir des bases de données médico-administratives

[Haute Autorité de santé](#). Méthode de développement, validation et d'utilisations des indicateurs de résultats mesurés à partir des bases médico-administratives. HAS Juin 2019

2. Annexe. Parties prenantes du parcours « Maladie coronaire stable »

- Parties prenantes sollicitées

Alliance du Cœur

Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA)

Association Française des malades et opérés cardiovasculaires

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Collège de la Pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière

Collège de Masso kinésithérapie

Collège de Médecine générale

Collège Français de Médecine d'Urgence (CFMU)

Collège Infirmier Français

Conseil National Professionnel Cardiovasculaire (CNPCV)

Conseil National Professionnel d'Endocrinologie Diabétologie Nutrition (CNPEDN)

Conseil National Professionnel de Biologie Médicale

Conseil National Professionnel de chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire

Conseil National Professionnel de chirurgie vasculaire

Conseil National Professionnel de Gériatrie

Conseil National Professionnel de la Médecine du Travail

Conseil National Professionnel de la Radiologie Française

Conseil National Professionnel de Médecine Physique et de Réadaptation

Conseil National Professionnel de Médecine Vasculaire

Conseil National Professionnel de Nutrition

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS)

Fédération française de Cardiologie

Fédération française de psychiatrie

Fédération française des diabétiques

Fédération française des maisons et pôles de santé

France Assos Santé

Organisation professionnelle des diététiciens de France

Société française de Cardiologie (SFC)

Société française de médecine du travail

Société française de psychologie

Société Francophone de l'Information Médicale (SOFIMe)

UFC que Choisir

— Parties prenantes présentes

Birembaut Benoit, Collège infirmier français

Clément Marie-Caroline, ATIH

Ennceiri Najat, CNAM

Furber Alain, Fédération française de cardiologie

Georges Jean-Louis, Conseil national professionnel Cardiovasculaire

Gilard Martine, Société française de cardiologie

Gilleron Véronique, Société francophone de l'information médicale

Giral Philippe, Conseil national professionnel de nutrition

Goffette Pascal, Conseil national professionnel de médecine vasculaire

Grimaud Jean-Philippe, Conseil national professionnel de chirurgie cardiovasculaire

Guibert-Hériteau Hélène, Organisation professionnelle des diététiciens de France

Hoffman Olivier, Conseil national professionnel Cardiovasculaire

Honnart Didier, Collège français de médecine d'urgence

Jacquier Alexis, Conseil national professionnel de la radiologie française

Kuntz Vincent, Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière

Leprince Pascal, Conseil national professionnel de chirurgie cardiovasculaire

Letheux Corinne, Société française de médecine du travail

Lucas Gérard, Conseil national professionnel de la médecine du travail

Marcon Laurent, Conseil national professionnel de la radiologie française

Marette Pierre, Conseil national professionnel Cardiovasculaire

Metral Pierre, Société francophone de l'information médicale

Pourrat Xavier, Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière

Resche Marc, Association française des malades et opérés cardiovasculaires

Soggiu Manon, Fédération française des diabétiques

Vedrines Catherine, ARS PACA

— Parties prenantes excusées

Drossart Cécile, CNAM

Luciano Lorenza, DRESS

TUPPIN Philippe, CNAM

— Parties prenantes absentes

Besnard Pierre, UFC Que Choisir

Frapier Jean-Marc, Conseil national professionnel de chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Hannon Olivier, Conseil national professionnel de gériatrie

Labrunée Marc, Conseil National professionnel de médecine physique et de réadaptation

Lacoin François, Collège de médecine générale

Pons Jean-Louis, Conseil national professionnel de biologie médicale

Sabouret Pierre, Conseil national professionnel cardiovasculaire

Verhoye Jean-Philippe, Société française de chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Wahl Denis, Conseil national professionnel de médecine vasculaire