
MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT

**Patient présentant
un syndrome
coronarien
chronique (SCC) :
Définition des
indicateurs de
qualité du parcours
de soins**

Validé par le Collège le 8 juillet 2021

Descriptif de la publication

Titre	Patient présentant un syndrome coronarien chronique (SCC) : Définition des indicateurs de qualité du parcours de soins
Type d'indicateur	Indicateurs de qualité du parcours de soins, de type processus ou résultats. Source des données : dossier patient (ou équivalent, exemple registre) ou données des bases médico-administratives (SNDS).
Méthode de travail	Méthode HAS de définition des indicateurs qualité des parcours, basée sur l'analyse de la littérature et le consensus d'un groupe de travail d'experts composé de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge, patient et experts du codage et des bases de données médico-administratives.
Objectif(s)	L'objectif de ce projet est de fournir à l'ensemble des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, et aux instances de régulation, impliqués dans le parcours de soins des outils pour s'engager dans une démarche participative d'amélioration de la qualité des parcours, avec les patients, à partir des recommandations et des données de santé disponibles.
Cibles concernées	Offreurs de soins concernés par la prise en charge des patients présentant un SCC.
Demandeur	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 ».
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Linda Banaei-Bouchareb, cheffe de projet au service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SeVOQSS), en lien avec la Cnam, Sandrine Morin, adjointe au chef de service, Laetitia May-Michelangeli, Cheffe du service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SeVOQSS)
Recherche documentaire	Virginie Henry (Documentaliste) et Renée Cardoso (aide documentaliste)
Auteurs	Linda Banaei-Bouchareb, cheffe de projet, SeVOQSS
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 8 juillet 2021
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – juillet 2021 – ISBN :

Sommaire

Préambule	4
1. Méthode HAS	5
2. Parcours du patient présentant un syndrome coronarien chronique (SCC)	7
2.1. Description de la pathologie	7
2.2. Description du parcours du patient présentant un syndrome coronarien chronique	7
2.3. Synthèse des indicateurs publiés	8
3. Indicateurs de qualité du parcours des patients présentant un SCC	11
3.1. Définition des populations	11
3.2. Caractérisation du profil des patients	13
4. Liste des indicateurs proposés	14
5. Fiches descriptives des indicateurs proposés	17
5.1. Indicateurs de qualité proposés chez les patients suspects de SCC	17
5.2. Indicateurs de qualité proposés pour les patients avec un SCC confirmé	22
6. Conclusions et perspectives	38
Résultat de la recherche documentaire sur les indicateurs publiés sur la maladie coronaire (hors syndrome coronarien aigu)	39
Références bibliographiques	43
Participants	44
Abréviations et acronymes	46

Préambule

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 « Pertinence et qualité » de la STSS.

L'objectif de ce projet est de fournir à l'ensemble des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, et aux instances de régulation, impliqués dans le parcours de soins, des outils pour s'engager dans une démarche participative d'amélioration de la qualité des parcours, avec les patients, à partir des recommandations et des données de santé disponibles.

Ce projet concerne les patients présentant un syndrome coronarien chronique (SCC) et porte sur :

- l'actualisation du guide parcours de soins et la production d'une synthèse et de messages de pertinence ;
- la définition des indicateurs qualité du parcours : objet du présent rapport.

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 les points présentant un enjeu de qualité et de sécurité des soins du parcours concerné et sont le reflet de la qualité de la prise en charge. Ces étapes couvrent dans la mesure du possible 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 concernent 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 de santé d'identifier des pistes d'amélioration et de mettre en place des actions correctives.

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

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

1. Méthode HAS

Les étapes d'élaboration des indicateurs de qualité des parcours de soins (définition, développement, validation, actualisation) sont décrites dans une [fiche méthodologique](#) de la HAS publiée en 2021. Pour chaque étape, les acteurs impliqués, les compétences nécessaires et les livrables attendus sont précisés.

La définition des indicateurs de qualité comprend les critères suivants :

- pertinence clinique de l'indicateur : capacité de l'indicateur à avoir un lien potentiel avec la qualité et la sécurité des soins (exemples : référence professionnelle, organisationnelle et/ou réglementaire) ;
- pertinence pour l'amélioration : capacité de l'indicateur à induire une dynamique d'amélioration de la qualité des soins ;
- validité de contenu (cadre nosologique) : capacité de l'indicateur à représenter les dimensions importantes d'un concept d'intérêt ;
- identification des sources de données disponibles pour le calcul de l'indicateur (dossiers des patients, registres de pratique, observatoires, cohortes, bases de données médico-administratives). Lorsque cela est possible, les données du système national des données de santé (SNDS) sont à privilégier.

La définition des indicateurs qualité du parcours de soins est réalisée dans une approche collaborative.

Les parties prenantes identifiées pour cette pathologie ont été réunies le 29 novembre 2019 (Cf. Note de [cadrage](#) et Participants). Elles ont été informées des travaux et de la méthode HAS de définition des indicateurs, et ont été sollicitées pour proposer des participants potentiels aux groupes de travail d'experts, en complément de la mise en ligne sur le site de la HAS d'un appel à candidature.

Le groupe de travail d'experts a ensuite été constitué pour l'actualisation du guide parcours. Ceux qui ont également souhaité travailler aussi sur la définition des indicateurs ont été retenus et le groupe a été complété, notamment par des experts ayant les compétences nécessaires à l'élaboration des mesures de la qualité des parcours à partir des données nationales médico-administratives.

Le groupe de travail pour la définition des indicateurs de qualité du parcours est composé des professionnels de santé médicaux et paramédicaux concernés par la prise en charge et le suivi des patients présentant un SCC, dont médecins généralistes et cardiologues, de médecins de l'information médicale, d'experts du codage dans les bases de données et d'un patient. Il est représentatif du secteur public et privé, réparti sur le territoire national et dénué de conflits d'intérêts sur ces travaux (Cf. Participants).

Deux réunions du groupe de travail ont été organisées le 17 décembre 2020 et le 06 avril 2021. Les échanges lors des réunions du GT ont permis de :

- Partager les travaux HAS sur le guide parcours, ainsi que l'analyse de la littérature, notamment des indicateurs publiés sur la maladie coronarienne chronique
- Valider cliniquement la population de patients avec suspicion de syndrome coronarien chronique (SCC) et celle avec SCC confirmé, et la faisabilité de leur détection dans les bases de données nationales médico-administratives (BDMA)
- Sélectionner une liste **d'indicateurs de qualité à partir des points présentant un enjeu de qualité de sécurité des soins, qui font l'objet d'un consensus professionnel**, et qui sont issus de l'ensemble des travaux HAS sur le guide parcours et de l'analyse des indicateurs publiés (Cf. Annexe 1. Analyse des indicateurs publiés) ;

- Préciser selon la source des données disponibles, ceux qui sont mesurables à partir des BDMA, et ceux qui ne peuvent être mesurés qu'à partir des dossiers des patients ou équivalent (registres ou cohortes par exemple).

Cette liste d'indicateurs a été complétée par une proposition d'indicateur de résultats du parcours.

Comme pour les autres parcours, la définition d'indicateurs sera, à terme, complétée par la mise à disposition d'un guide d'utilisation des indicateurs de résultats rapportés par le patient (*Patient-reported outcome measures* - PROMS) identifiés dans la littérature. Ce type d'indicateurs n'est pas concerné par les travaux de définition des indicateurs qualité de parcours présentés dans ce rapport.

2. Parcours du patient présentant un syndrome coronarien chronique (SCC)

2.1. Description de la pathologie

La maladie coronarienne est la manifestation d'une ischémie myocardique en rapport avec l'altération anatomique athérosclérotique et/ou fonctionnelle des vaisseaux épicaudiques et/ou de la microcirculation. L'ancienne appellation de « maladie coronaire stable » a été actualisée pour s'appeler désormais le « syndrome coronarien chronique » (Cf. Recommandations de l'ESC 2019).

Le SCC est la manifestation clinique au long cours d'une cardiopathie ischémique, conséquence d'un processus dynamique d'athérosclérose et d'altération de la fonction artérielle qui évolue tout au long de la vie du coronarien. Elle peut donc être ponctuée d'évènements aigus.

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

Selon les [données 2018](#) de la caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) :

- 1 595 900 personnes sont prises en charge pour maladie coronaire chronique, dont 31% sont des femmes.
- Sa prévalence augmente avec l'âge. En 2018, l'âge moyen et médian de ces personnes est de 72 ans, et près de la moitié (43%) ont plus de 75 ans.
- Dans l'ensemble, 73% des personnes sont prises en charge pour ALD en rapport avec la maladie coronaire. C'est la 4ème ALD la plus fréquente derrière le diabète, les affections malignes et les maladies psychiatriques.
- Les comorbidités sont fréquentes chez ces patients : autre maladie cardiovasculaire (38%), diabète (29%), maladie respiratoire chronique (16%) ; maladie psychiatrique (8%) et 23% ont un traitement psychotrope.
- Le taux brut de mortalité, toutes causes, dans cette population est de 5,11%. L'âge moyen et médian au décès est respectivement de 82 ans et de 84 ans.

Au sein des maladies cardio-neurovasculaires, la maladie coronaire chronique représente 2,8 milliards d'euros de dépenses sur les 14 milliards d'euros affectés aux maladies cardio-neurovasculaires ([Rapport charges et produits 2020](#)).

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, ce qui justifie de passer de l'évaluation du parcours coronarien stable à celui du coronarien chronique.

2.2. Description du parcours du patient présentant un syndrome coronarien chronique

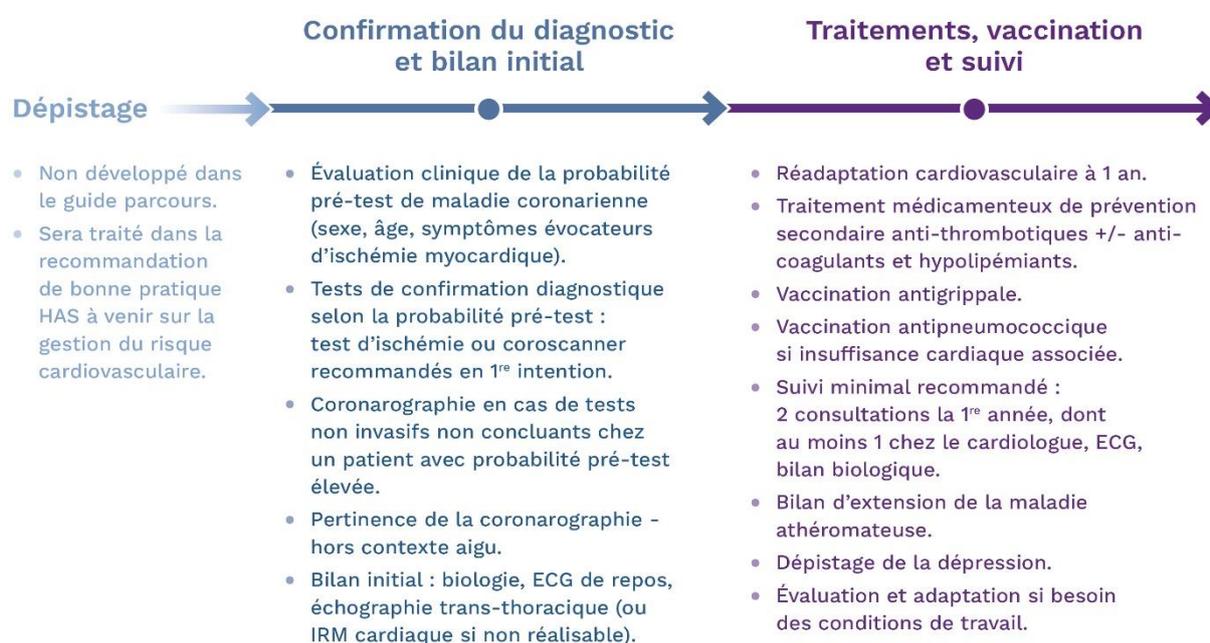
Les SCC sont définis par les différentes phases évolutives de la coronaropathie, à l'exclusion des situations dans lesquelles une thrombose coronarienne aiguë domine la présentation. Le SCC concerne les patients présentant des symptômes évocateurs d'ischémie du myocarde, récents ou établis. Dans le guide parcours du patient avec un SCC, les différentes étapes de la prise en charge ont été précisées.

Elles portent principalement sur (Cf. Figure 1) :

- La confirmation du diagnostic qui repose sur l'évaluation clinique de la probabilité pré-test de maladie coronarienne et la réalisation des tests d'ischémie ou du coroscanner recommandés en 1^{ère} intention
- Le bilan initial
- Le traitement et la vaccination
- Le suivi

Pour rappel, le dépistage du syndrome coronarien chronique chez les patients asymptomatiques n'a pas été développé dans le guide parcours. Il sera traité dans la recommandation de bonne pratique à venir sur la gestion du risque cardiovasculaire. Il n'a donc pas été traité dans ce rapport sur les indicateurs de qualité du parcours définis sur les étapes du parcours SCC qui ont été précisées dans le guide actualisé (cf. Guide du parcours de soins – Syndrome coronarien chronique. HAS, 2021 et productions dérivées).

Figure 1. Enjeux de qualité et de sécurité du parcours de soins du patient atteint d'un syndrome coronarien chronique.



2.3. Synthèse des indicateurs publiés

Une recherche documentaire sur les indicateurs publiés entre 2012 et 2020 a été réalisée ciblant les patients angineux ou présentant une pathologie coronaire chronique ou stable (hors syndrome coronarien aigu).

Elle est réalisée à partir des sites des agences ou institutions productrices d'indicateurs ci-dessous :

Sigle organisme	Nom organisme
ACP	ACP Performance measures
AHRQ	AHRQ Quality Indicators
	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
BMA	British Medical Association
CCS	Canadian Cardiovascular Society

Sigle organisme	Nom organisme
CIHI	Canadian Institute for Health Information
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services
	CMS Quality Measures Inventory
DREES	DREES
HIQA	Health Information and Quality Authority (Irlande)
HQO	Health Quality Ontario - Indicator Library
ROSP	Indicateurs ROSP
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
ICHOM	International consortium for health outcomes measurement
NCDR	National Cardiovascular Data Registry
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NQF	National Quality Forum
NICE	NICE Quality and Outcomes Framework Indicator
OCDE	OCDE List of Health Technical Papers
OCDE	OECD Health Care Quality Indicators Project

Les indicateurs mesurés chez les patients avec un angor récent, avec une maladie coronaire stable et/ou chronique ont été sélectionnés. Ils évaluent le processus ou le résultat des soins sur certaines étapes de la prise en charge et sont présentés dans « Résultats de la recherche documentaire sur les indicateurs publiés ».

Une synthèse de l'étape du parcours et/ou de la prise en charge évaluée par ces indicateurs est proposée ci-dessous :

- Bilan initial : ECG d'effort, épreuve d'effort, bilan biologique (glycémie à jeun, bilan lipidique, une mesure de la créatinine sérique) (INESSS 2012)
- Prise en charge thérapeutique évaluée à 1 an :
 - aspirine et autre antiagrégant plaquettaire ou anticoagulant, statine (MCS 2020 , NCDR 2019, ACP Performance measures 2018, NICE 2015, INESSS 2012)
 - IEC ou ARA II si diabète ou FEVG < 40% (CMS 2020, ACP Performance measures 2018, INESSS 2012)
 - IEC ou ARA II si HTA ou si insuffisance rénale chronique (INESSS 2012)
 - bêtabloquant si antécédent d'IDM ou FEVG < 40% (CMS 2020, ACP 2018)
 - Vaccination antigrippale (ROSP 2020, NICE 2015, INESSS 2012)
 - Atteinte d'objectifs cibles dans l'année :
 - objectifs atteints de pression artérielle, de cholestérol total (NICE 2015)
 - baisse de 50% du C-LDL (INESSS 2012)

L'analyse des indicateurs publiés a été confrontée aux enjeux de qualité et de sécurité des soins définis dans le guide parcours de patients atteint d'un SCC. Cela a permis de conforter le fait de cibler des indicateurs de qualité qui s'appliquent à l'ensemble des patients avec un SCC confirmé, avec ou sans comorbidités, et qui seraient mesurables à partir des données disponibles dans le SNDS.

Une analyse complémentaire de la littérature a été réalisée concernant les études publiées sur les patients coronariens chroniques.

Elle a identifié :

Des études françaises :

- Des registres de cardiologie interventionnelle, qui pourraient fournir des données, localement ou en région, sur l'utilisation de la coronarographie, des tests d'ischémie et du coroscaner chez les patients coronariens chroniques.

Exemples des registres de cardiologie interventionnelle identifiés :

- o BACC-PACA : Base de données d'Angioplastie Coronaires et des Coronarographies de la région PACA
 - o CARDIO-ARSIF : Recueil prospectif d'informations concernant toutes les coronarographies et les angioplasties réalisées en Île-de-France depuis 2000.
 - o ACIRA : Registre aquitain de cardiologie interventionnelle
 - o France PCI dont le registre CRAC qui recense l'activité de cardiologie interventionnelle des 6 centres autorisés de la région Centre Val de Loire.
- La cohorte CORONOR qui porte sur la maladie coronaire stable en région Nord-Pas-de Calais (Pr Bauters, CHRU de Lille) : étude multicentrique sur 4184 patients avec maladie coronaire stable définie par un IDM ou une revascularisation coronaire datant de plus d'un an et/ou une sténose $\geq 50\%$ (coronarographie) (années 2010-2011) avec suivi à 5 ans. (Cf. Références bibliographiques : Publications réalisées à partir à partir des données de la cohorte CORONOR de 2017 à mai 2021).

Des études internationales :

- Etude [CLARIFY](#), registre prospectif observationnel de patients avec syndrome coronarien chronique. 32 703 patients (45 pays) avec syndrome coronarien chronique (Novembre 2009 à juin 2010) ont été inclus et suivis à 5 ans. (Cf. Références bibliographiques : Publications réalisées à partir à partir des données du registre CLARIFY de 2017 à mai 2021).
- Etude [Reach](#) (*REduction of Atherothrombosis for Continued Health Registry*). 32 247 patients (44 pays) avec une maladie coronaire confirmée, maladie cérébrovasculaire, ou pathologie artérielle périphérique ou avec au moins 3 facteurs de risque (Décembre 2003-Décembre 2004) ont été inclus et suivis à 3 ans.

Les données relativement anciennes des études CORONOR, CLARIFY et Reach pourraient être utilisées pour contextualiser les mesures qui seront réalisées en France, notamment pour les indicateurs de résultats du parcours du patient à 1 an.

3. Indicateurs de qualité du parcours des patients présentant un SCC

3.1. Définition des populations

La maladie coronaire stable a été récemment rebaptisée « syndrome coronarien chronique » par la Société Européenne de Cardiologie (ESC) par opposition à la maladie coronaire instable ou « syndrome coronarien aigu ». **En pratique, le syndrome coronarien chronique comprend l'ensemble des patients présentant une suspicion de coronaropathie ou une maladie coronaire documentée.**

3.1.1. Définition de la population de patients suspects de syndrome coronarien chronique (SCC)

Il s'agit de patients adultes présentant récemment au moins un des symptômes d'ischémie myocardique -hors syndrome coronarien aigu (SCA ST+ ou non ST+, angor instable)-: douleur thoracique/angor stable et/ou dyspnée d'effort/diminution des capacités à l'effort.

La définition clinique de cette population correspond à des symptômes d'ischémie myocardique, hors contexte aigu. Les codes CIM-10 existants pour identifier la douleur thoracique, l'angor stable et la dyspnée sont insuffisants pour cibler de manière fiable et exhaustive cette population à partir des données médico-administratives. De ce fait, les indicateurs mesurés à partir du SNDS ne porteront pas sur les patients suspects de SCC.

3.1.2. Définition de la population de patients avec un syndrome coronarien chronique (SCC) confirmé

Il s'agit de patients adultes récemment diagnostiqués SCC (ischémie myocardique confirmée).

Les codes CIM-10 existants pour identifier les cardiopathies ischémiques et l'ALD correspondante, ainsi que les codes d'acte CCAM pour identifier les revascularisations myocardiques par angioplastie ou pontage permettent de cibler de manière fiable cette population à partir des données médico-administratives. De ce fait, des indicateurs évaluant la qualité de la prise en charge des patients avec un SCC diagnostiqué pourront être mesurés à partir des BDMA.

3.1.2.1. Critères d'identification des patients avec un SCC confirmé dans les bases de données médico-administratives

Les critères ci-dessous ont été validés pour identifier dans les bases de données médico-administratives les **patients diagnostiqués avec un SCC l'année N** :

Personnes ayant eu un évènement ischémique myocardique aigu qui l'année N, sont identifiées sans aucun évènement coronarien ischémique aigu pendant 12 mois

- Personnes hospitalisées en MCO pour cardiopathie ischémique aiguë codée en diagnostic principal (DP) du séjour ET identifiées l'année N sans aucun évènement coronarien ischémique aigu pendant 12 mois.
- Et/ou personnes hospitalisées en MCO ayant bénéficié lors de leur séjour d'un acte de revascularisation myocardique (angioplastie ou pontage) ET identifiées l'année N sans aucun évènement coronarien ischémique aigu pendant 12 mois.

Et/ou

Personnes présentant l'année N une comorbidité de cardiopathie ischémique chronique ou une entrée en ALD 13 - Maladie coronarienne

- Et/ou personnes hospitalisées en MCO ou SSR ou HAD ou PSY avec une comorbidité « cardiopathie ischémique chronique* » codée en diagnostic associé (DAS).
- Et/ou entrée en ALD 13 ; décret de 2017 (L'exonération initiale est accordée pour une durée de 10 ans, renouvelable).

ET

Personnes sans cardiopathie ischémique dans les 5 années précédant l'année N

- ET sans antécédents de cardiopathie ischémique aiguë ou chronique, de revascularisation myocardique (angioplastie ou pontage), et/ou d'ALD 13 dans les 5 années précédentes : critère qui permet de s'assurer d'exclure du parcours à évaluer tout patient coronarien connu avant l'année N.

*Les cardiopathies ischémiques chroniques comprennent les codes CIM-10 d'angor stable, d'ischémie myocardique asymptomatique et d'ischémie silencieuse (au cours d'une épreuve d'effort chez le diabétique par exemple) ainsi que de cardiopathie artérioscléreuse (au cours d'un bilan pré-opératoire par exemple).

Ces inclusions et exclusions sont indispensables pour s'assurer d'identifier une année donnée les patients avec un SCC de diagnostic récent, chez qui seront évalués les pratiques diagnostiques, les bilans, le traitement, la vaccination et le suivi la 1^{ère} année suivant la détection du SCC.

Figure 2. Définition de la population de patients avec un SCC confirmé à partir des données des bases médico-administratives (SNDS)



3.1.2.2. Limites de l'utilisation des données des bases médico-administratives

Parmi les limites inhérentes à l'utilisation de ces données :

- Les traitements médicamenteux évalués sont ceux remboursés : ils ne tiennent pas compte des éventuelles contre-indications justifiant l'absence de prescription, ni de l'éventuelle non-observance liée ou non à la survenue d'effets indésirables des traitements.
- Les traitements médicamenteux délivrés en milieu hospitalier ou en EHPAD ne sont pas identifiables.
- La vaccination n'est pas identifiable de manière exhaustive pour les patients institutionnalisés en EHPAD, ou vaccinés au sein de leur entreprise ou lors d'une hospitalisation.
- Toute consultation en ville, chez le cardiologue ou le médecin généraliste, est identifiable dans le SNDS, mais pas le motif de consultation.

- De nombreux facteurs impactant la morbi-mortalité de ces patients ne sont pas identifiables dans le SNDS (éducation thérapeutique (ETP), diététique, tabagisme actif, sédentarité, stress...).
- Le mode d'entrée est mal codé, ainsi l'hospitalisation « en urgence » est détectée par la provenance urgence, et/ou une 1^{ère} unité médicale en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ou réanimation ou soins intensifs ou soins continus.

Ces limites sont rappelées au cas par cas dans les fiches descriptives des indicateurs concernés.

3.2. Caractérisation du profil des patients

La caractérisation du profil des patients est proposée dans la perspective d'une analyse descriptive de la population avec un SCC confirmé, et particulièrement pour l'analyse des mesures à 1 an sur le traitement, le suivi et les résultats du parcours de soins :

Les facteurs identifiables dans le SNDS qui ont été priorisés sont :

- Age.
- Sexe.
- Insuffisance cardiaque.
- Diabète.
- Pathologie psychiatrique : profil très large et hétérogène. Le groupe de travail a proposé de cibler les patients ayant des troubles psychotiques
- Vulnérabilité sociale/précarité : CMUc fiable, disponible pour les moins de 60 ans et index de défavorisation sociale (Fdep).
- Patients institutionnalisés (EHPAD/USLD).

L'HTA est un facteur important qui n'a pas été retenu pour des raisons de fiabilité de sa détection dans le SNDS : l'HTA ne peut être identifiée de manière spécifique car il n'y a pas d'ALD dédiée, et les traitements utilisés dans cette pathologie ne lui sont pas spécifiques.

Autres facteurs prioritaires mais non identifiables ou de manière non exhaustive dans le SNDS :

Tabac, addictions, sédentarité, IMC, obésité, ETP, adhésion des patients.

4. Liste des indicateurs proposés

La liste des indicateurs de qualité proposée est issue de l'ensemble des travaux HAS sur le guide parcours et de l'analyse des indicateurs publiés. Elle est basée sur les points présentant un enjeu de qualité de sécurité des soins qui font l'objet d'un consensus professionnel.

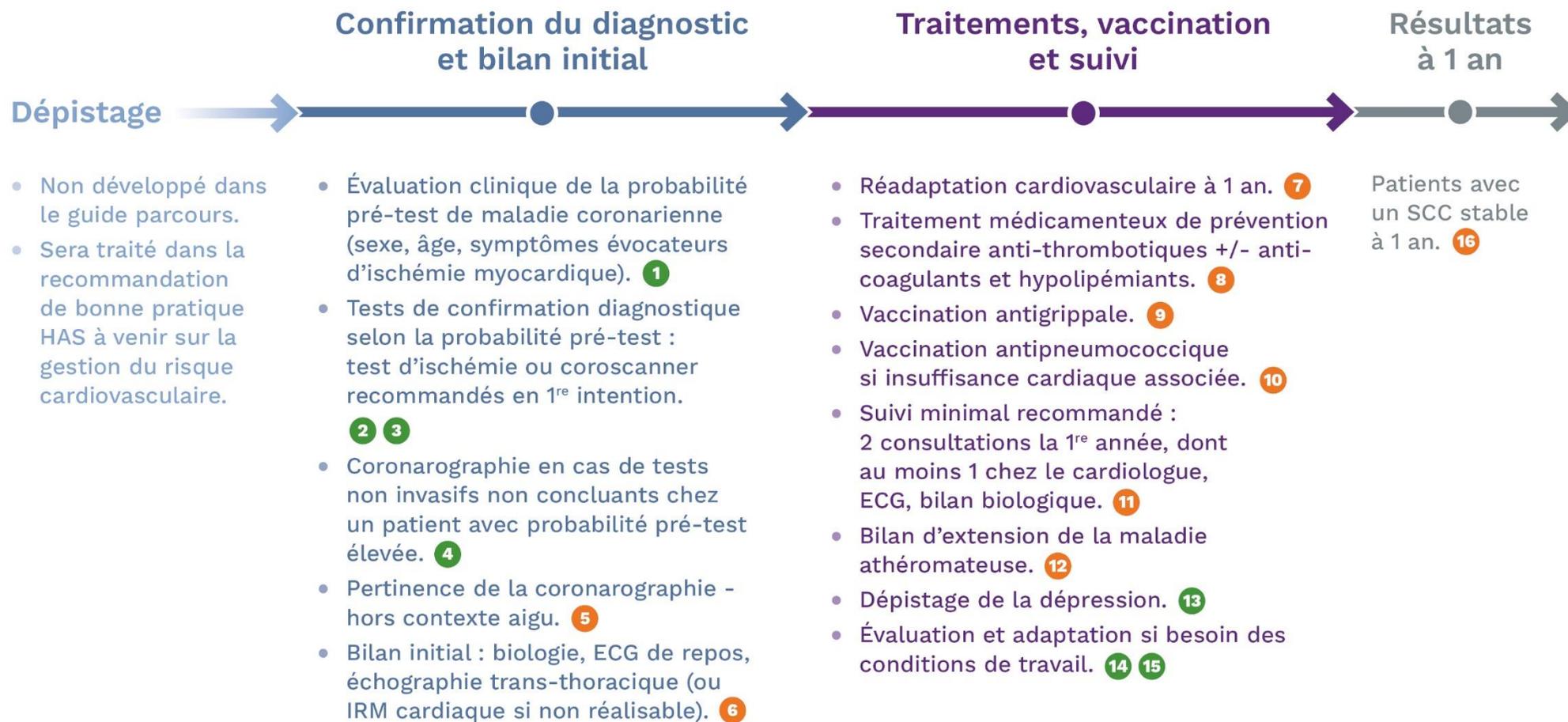
Dans ce rapport, les indicateurs proposés sont présentés par étape du parcours et par type de population :

- Indicateurs de qualité définis dans la population de patients suspects de SCC. Ces indicateurs sont mesurables uniquement à partir des dossiers patients ou équivalent.
- Indicateurs de qualité définis dans la population de patients avec SCC confirmé, avec précision de la source de données disponible pour les mesurer (bases médico-administratives (BDMA) ou dossier patient -ou équivalent-). Pour tous les indicateurs proposés à partir des BDMA, les données à utiliser sont issues du Système National des Données de Santé (SNDS).

Des indicateurs de qualité évaluant le dépistage du syndrome coronarien chronique chez les patients asymptomatiques pourront être proposés dans un second temps lorsque la recommandation de bonne pratique à venir sur la gestion du risque cardiovasculaire sera publiée.

La liste des indicateurs de qualité proposés sur l'ensemble des étapes définies du parcours des patients présentant un SCC, avec la source de données est rapportée dans la figure 3.

Figure 3. Indicateurs de qualité proposés sur l'ensemble du parcours de soins des patients présentant un syndrome coronarien chronique.



- Non développé dans le guide parcours.
- Sera traité dans la recommandation de bonne pratique HAS à venir sur la gestion du risque cardiovasculaire.

- Évaluation clinique de la probabilité pré-test de maladie coronarienne (sexe, âge, symptômes évocateurs d'ischémie myocardique). 1
- Tests de confirmation diagnostique selon la probabilité pré-test : test d'ischémie ou coroscanner recommandés en 1^{re} intention. 2 3
- Coronarographie en cas de tests non invasifs non concluants chez un patient avec probabilité pré-test élevée. 4
- Pertinence de la coronarographie - hors contexte aigu. 5
- Bilan initial : biologie, ECG de repos, échographie trans-thoracique (ou IRM cardiaque si non réalisable). 6

- Réadaptation cardiovasculaire à 1 an. 7
- Traitement médicamenteux de prévention secondaire anti-thrombotiques +/- anti-coagulants et hypolipémiants. 8
- Vaccination antigrippale. 9
- Vaccination antipneumococcique si insuffisance cardiaque associée. 10
- Suivi minimal recommandé : 2 consultations la 1^{re} année, dont au moins 1 chez le cardiologue, ECG, bilan biologique. 11
- Bilan d'extension de la maladie athéromateuse. 12
- Dépistage de la dépression. 13
- Évaluation et adaptation si besoin des conditions de travail. 14 15

Patients avec un SCC stable à 1 an. 16

X Indicateurs mesurables à partir des dossiers des patients ou équivalent (registre, cohorte...)

X Indicateurs mesurables à partir des données des bases médico-administratives

Indicateurs mesurés dans la population de patients suspects de SCC

- (1) Patients suspects de SCC avec une évaluation de la probabilité pré-test (dossier patient ou équivalent)
 - (2) Patients suspects de SCC avec une évaluation de la probabilité pré-test $\leq 5\%$ (dossier patient ou équivalent)
 - ET aucun test d'ischémie ou coroscaner diagnostique réalisé
 - OU avec uniquement un coroscaner diagnostique réalisé
 - (3) Patients suspects de SCC avec une évaluation pré-test $> 5\%$ ET avec au moins un test diagnostique non invasif (échocardiographie transthoracique d'effort/de stress, IRM cardiaque de stress ou scintigraphie myocardique de perfusion/ avec ou sans stress ou épreuve d'effort - hors contre-indication à l'effort ou au stress-) ou un coroscaner réalisé (dossier patient ou équivalent)
 - (4) Patients suspects de SCC ayant une probabilité clinique élevée de cardiopathie ischémique, et un test d'ischémie ou coroscaner non concluant, chez qui une coronarographie a été réalisée à visée diagnostique (dossier patient ou équivalent)
-

Indicateurs mesurés dans la population de patients avec un SCC confirmé

- (5) Patients avec un SCC confirmé chez qui une coronarographie diagnostique sans test d'ischémie ou imagerie préalable a été réalisée (bases médico-administratives (BDMA))
- (6) Patients avec un SCC confirmé chez qui le bilan initial recommandé (examens biologiques ET ECG de repos ET échocardiographie transthoracique de repos) a été réalisé (BDMA)
- (7) Patients avec un SCC ayant bénéficié d'une réadaptation cardiovasculaire dans l'année
- (8) Patients avec un SCC confirmé bénéficiant d'un traitement médicamenteux de prévention cardiovasculaire secondaire (aspirine et/ou autre antiagrégant et/ou anticoagulant ET hypolipémiant) (BDMA)
- (9) Patients avec un SCC confirmé ayant été vacciné contre la grippe saisonnière
- (10) Patients avec un SCC confirmé et une insuffisance cardiaque ayant bénéficié d'une vaccination antipneumococcique (BDMA)
- (11) Patients avec un SCC confirmé stables pendant au moins 1 an dont le suivi comporte au moins (BDMA)
 - 2 consultations la 1^{ère} année, dont une chez un cardiologue.
 - Un ECG.
 - Un bilan biologique (bilan lipidique dont LDL, fonction rénale, glycémie, hémogramme).
- (12) Patients avec un SCC confirmé ayant bénéficié d'un bilan d'extension de la maladie athéromateuse dans l'année (BDMA)
- (13) Patients avec un SCC confirmé ayant dans l'année bénéficié d'au moins une évaluation psycho-sociale pour dépister une éventuelle dépression
- (14) Patients avec un SCC confirmé en activité professionnelle ayant dans l'année bénéficié d'au moins une évaluation de la pénibilité du poste de travail (dossier patient ou équivalent)
- (15) Patients avec un SCC confirmé en activité professionnelle ET dont la pénibilité du poste de travail a été confirmée, ayant bénéficié d'une adaptation du poste de travail ou ayant nécessité une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) (dossier patient ou équivalent)
- (16) Patients avec un SCC confirmé stable au moins une année (BDMA)

5. Fiches descriptives des indicateurs proposés

5.1. Indicateurs de qualité proposés chez les patients suspects de SCC

Quatre indicateurs de qualité sont proposés dans la population de patients suspects de SCC. Elles portent sur la démarche diagnostique qui comprend une évaluation de la probabilité pré-test de maladie coronarienne et la réalisation des examens diagnostiques recommandés. Confirmation diagnostique par des tests d'ischémie ou un coroscanner non invasifs.

5.1.1. Evaluation de la probabilité pré-test de maladie coronarienne

La mesure concerne les patients suspects de SCC. Elle porte sur l'évaluation de la probabilité pré-test chez ces patients. Elle utilise les données des dossiers patient ou équivalent.

Description	1- Patients suspects de SCC (hors contexte aigu) chez qui une évaluation de la probabilité pré-test est réalisée																																																														
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>La probabilité pré-test (PPT) de maladie coronarienne est évaluée en fonction de l'âge, du sexe, du type de douleur thoracique, et de la présence d'une dyspnée. Elle est influencée par la prévalence de la maladie dans la population étudiée, ainsi que par les caractéristiques cliniques individuelles.</p> <p>Cette évaluation est réalisée selon l'âge, le sexe, la douleur thoracique et la dyspnée en utilisant le tableau suivant :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Age</th> <th colspan="2">Typique</th> <th colspan="2">Atypique</th> <th colspan="2">Non angineux</th> <th colspan="2">Dyspnée</th> </tr> <tr> <th>Homme</th> <th>Femme</th> <th>Homme</th> <th>Femme</th> <th>Homme</th> <th>Femme</th> <th>Homme</th> <th>Femme</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30-39</td> <td>3%</td> <td>5%</td> <td>4%</td> <td>3%</td> <td>1%</td> <td>1%</td> <td>0%</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>40-49</td> <td>22%</td> <td>10%</td> <td>10%</td> <td>6%</td> <td>3%</td> <td>2%</td> <td>12%</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>50-59</td> <td>32%</td> <td>13%</td> <td>17%</td> <td>6%</td> <td>11%</td> <td>3%</td> <td>20%</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>60-69</td> <td>44%</td> <td>16%</td> <td>26%</td> <td>11%</td> <td>22%</td> <td>6%</td> <td>27%</td> <td>14%</td> </tr> <tr> <td>70 et plus</td> <td>52%</td> <td>27%</td> <td>34%</td> <td>19%</td> <td>24%</td> <td>10%</td> <td>32%</td> <td>12%</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> — Cases grises : probabilité faible (< 5 %). Il n'est pas utile de réaliser des examens complémentaires pour le diagnostic d'un SCC. Rechercher une autre affection. — Cases vert clair (PPT entre 5 et 15%), groupe dans lequel des tests diagnostiques peuvent être envisagés après avoir évalué la probabilité clinique globale en fonction des modificateurs de la PPT. — Cases vert foncé (PPT > 15%) : groupe dans lequel les tests non invasifs sont les plus bénéfiques <p>Cf. Guide parcours HAS actualisé</p>	Age	Typique		Atypique		Non angineux		Dyspnée		Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	30-39	3%	5%	4%	3%	1%	1%	0%	3%	40-49	22%	10%	10%	6%	3%	2%	12%	3%	50-59	32%	13%	17%	6%	11%	3%	20%	9%	60-69	44%	16%	26%	11%	22%	6%	27%	14%	70 et plus	52%	27%	34%	19%	24%	10%	32%	12%
Age	Typique		Atypique		Non angineux		Dyspnée																																																								
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme																																																							
30-39	3%	5%	4%	3%	1%	1%	0%	3%																																																							
40-49	22%	10%	10%	6%	3%	2%	12%	3%																																																							
50-59	32%	13%	17%	6%	11%	3%	20%	9%																																																							
60-69	44%	16%	26%	11%	22%	6%	27%	14%																																																							
70 et plus	52%	27%	34%	19%	24%	10%	32%	12%																																																							
Pertinence pour l'amélioration/ Objectif / Amélioration attendue	Evaluer et améliorer le taux de patients avec au moins un signe évocateur d'ischémie myocardique qui bénéficient d'une évaluation de la probabilité prétest de maladie coronarienne tracée dans le dossier.																																																														
Population cible de l'indicateur (Définition clinique)	Population de patients suspects de SCC avec au moins un symptôme récent évocateur d'ischémie myocardique l'année N																																																														
Dénominateur	<p>Nombre de patients suspects de SCC avec au moins un symptôme récent évocateur d'ischémie myocardique l'année N :</p> <ul style="list-style-type: none"> — présentant une douleur thoracique/angor stable et/ou dyspnée d'effort/diminution des capacités à l'effort. — hors syndrome coronarien aigu (SCA ST+ ou non ST+, angor instable) 																																																														
Numérateur	Nombre de patients du dénominateur pour lesquels une évaluation de la probabilité pré-test de maladie coronarienne est tracée dans le dossier																																																														
Type d'indicateur	Indicateur de processus																																																														
Mode d'expression du résultat	Taux (en %)																																																														
Source de données disponibles	Dossier patient (ou équivalent)																																																														
Limites de la mesure	Non applicable																																																														

5.1.2. Confirmation diagnostique

La mesure concerne les patients suspects de SCC. Elle porte sur la pertinence de l'utilisation des examens diagnostiques non invasifs selon la probabilité pré-test. Elle utilise les données des dossiers patient ou équivalent.

Description	2- Patients suspects de SCC avec une probabilité pré-test faible chez qui aucun test diagnostique non invasif ou seulement un coroscanner diagnostique a été réalisé
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>Chez les patients chez lesquels la coronaropathie ne peut être exclue par l'évaluation clinique seule, des tests diagnostiques non invasifs (coroscanner ou les examens d'imagerie fonctionnelle non invasifs) sont recommandés en 1ère intention pour établir le diagnostic et évaluer le risque d'événement ischémique aigu.</p> <p>Il est recommandé de sélectionner le test non invasif de diagnostic initial en fonction de la probabilité clinique de la cardiopathie ischémique et des autres caractéristiques du patient influençant la performance du test, des préférences du patient, de l'expertise locale et de la disponibilité des tests.</p> <p>Les examens fonctionnels de stress induit par l'effort (si réalisables) sont à privilégier par rapport aux examens par stress pharmacologique.</p> <p>Le coroscanner par sa capacité d'exclusion de la maladie est l'examen à privilégier en cas de probabilité pré-test de cardiopathie ischémique faible ou intermédiaire (< 15 %) chez des patients qui permettent une bonne acquisition d'image (absence de calcification, d'obésité, d'arythmie, etc.) et sans antécédent de cardiopathie ischémique.</p> <p>Cf. Guide parcours HAS actualisé</p>
Pertinence pour l'amélioration/ Objectif / Amélioration attendue	Contribuer à l'amélioration de la pertinence du recours aux examens diagnostiques non invasifs chez les patients suspects de SCC.
Population cible de l'indicateur (Définition clinique)	Population de patients suspects de SCC avec au moins un symptôme récent évocateur d'ischémie myocardique l'année N et une évaluation de la probabilité pré-test faible
Dénominateur	<p>Nombre de patients suspects de SCC l'année N :</p> <ul style="list-style-type: none"> – avec douleur thoracique/angor stable et/ou dyspnée d'effort/diminution des capacités à l'effort. – et avec trace d'une évaluation de la probabilité pré-test faible ≤ 5 % – hors syndrome coronarien aigu (SCA ST+ ou non ST+, angor instable)
Numérateur	<p>Nombre de patients du dénominateur</p> <ul style="list-style-type: none"> – avec aucun test d'ischémie diagnostique ou coroscanner réalisé <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> – uniquement un coroscanner réalisé
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux (en %)
Source de données disponibles	Dossier patient (ou équivalent)
Limites de la mesure	Non applicable

La mesure concerne les patients suspects de SCC. Elle porte sur la pertinence de l'utilisation des examens diagnostiques non invasifs selon la probabilité pré-test. Elle utilise les données des dossiers patient ou équivalent.

Description	3- Patients suspects de SCC avec une probabilité pré-test intermédiaire ou élevée chez qui un test d'ischémie ou un coroscanner diagnostique a été réalisé
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>Chez les patients chez lesquels la coronaropathie ne peut être exclue par l'évaluation clinique seule, des tests diagnostiques non invasifs (coroscanner ou les examens d'imagerie fonctionnelle non invasifs) sont recommandés en 1ère intention pour établir le diagnostic et évaluer le risque d'événement ischémique aigu.</p> <p>Il est recommandé de sélectionner le test non invasif de diagnostic initial en fonction de la probabilité clinique de la cardiopathie ischémique et des autres caractéristiques du patient influençant la performance du test, des préférences du patient, de l'expertise locale et de la disponibilité des tests.</p> <p>Les examens fonctionnels de stress induit par l'effort (si réalisables) sont à privilégier par rapport aux examens par stress pharmacologique.</p> <p>Les tests fonctionnels couplés à l'imagerie non invasive ont un intérêt dans la détection et la quantification de la cardiopathie ischémique ainsi que dans l'évaluation de la viabilité myocardique dans l'optique d'une revascularisation. Ils sont donc à privilégier chez les patients avec une probabilité de cardiopathie ischémique intermédiaire (PPT entre 5 et 15%) ou élevée (PPT > 15%) pour guider le traitement anti-ischémique approprié.</p> <p>Cf. Guide parcours HAS actualisé</p>
Pertinence pour l'amélioration/ Objectif / Amélioration attendue	Contribuer à l'amélioration de la pertinence du recours aux examens diagnostiques non invasifs chez les patients suspects de SCC.
Population cible de l'indicateur (Définition clinique)	Population de patients suspects de SCC avec au moins un symptôme récent évocateur d'ischémie myocardique l'année N et une probabilité pré-test intermédiaire ou élevée
Dénominateur	<p>Nombre de patients suspects de SCC l'année N :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avec douleur thoracique/angor stable et/ou dyspnée d'effort/diminution des capacités à l'effort. - et avec trace d'une évaluation de la probabilité pré-test intermédiaire ou élevée (> 5 %) - hors syndrome coronarien aigu (SCA ST+ ou non ST+, angor instable)
Numérateur	<p>Nombre de patients du dénominateur</p> <ul style="list-style-type: none"> - avec au moins un test diagnostique non invasif réalisé (échocardiographie transthoracique d'effort/de stress, IRM cardiaque de stress ou scintigraphie myocardique de perfusion / de stress ou épreuve d'effort, sauf si contre-indication à l'effort ou au stress) <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> - avec un coroscanner réalisé
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux (en %)
Source de données disponibles	Dossier patient (ou équivalent)
Limites de la mesure	Non applicable

5.1.3. Pertinence de la coronarographie à visée diagnostique

La mesure concerne les patients avec SCC suspect. Elle porte sur la pertinence de l'utilisation de la coronarographie hors contexte aigu chez ces patients. Elle utilise les données des dossiers patient ou équivalent.

Description	4- Patients suspects de SCC (hors contexte aigu) ayant une probabilité clinique élevée de cardiopathie ischémique ET au moins un test d'ischémie non concluant, chez qui une coronarographie a été réalisée à visée diagnostique
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>Hors contexte aigu ne pas procéder à une coronarographie en 1ère intention à visée diagnostique : Un test d'ischémie (échocardiographie de stress et/ou IRM de stress et/ou scintigraphie myocardique de perfusion / stress et/ou épreuve d'effort) ou une imagerie coronaire (coroscanner) sont les examens recommandés en 1ère intention.</p> <p>L'indication de la coronarographie à visée diagnostique réalisable chez le patient suspect de SCC est précise : Chez un patient avec une probabilité clinique élevée de cardiopathie ischémique, la coronarographie n'est nécessaire à des fins diagnostiques qu'en cas de tests non invasifs non concluants ou, exceptionnellement, chez les patients de professions particulières (pilote de ligne), pour des raisons réglementaires.</p> <p>Cf. Guide parcours HAS actualisé</p>
Pertinence pour l'amélioration/ Objectif / Amélioration attendue	<p>Evaluer et réduire l'utilisation de la coronarographie à visée diagnostique à la sous population de patients suspects de SCC chez qui l'indication reste posée.</p> <p>Contribuer à l'amélioration de la pertinence du recours aux examens diagnostiques invasifs chez les patients suspects de SCC.</p>
Population cible de l'indicateur (Définition clinique)	Population de patients suspects de SCC avec au moins un symptôme récent évocateur d'ischémie myocardique l'année N ayant une probabilité clinique élevée de cardiopathie ischémique ET au moins un test d'ischémie non concluant
Dénominateur	<p>Nombre de patients suspects de SCC l'année N :</p> <ul style="list-style-type: none"> – hors syndrome coronarien aigu (SCA ST+ ou non ST+, angor instable) – hors professions particulières – avec douleur thoracique/angor stable et/ou dyspnée d'effort/diminution des capacités à l'effort. – et une probabilité clinique élevée de cardiopathie ischémique > 15% – et au moins un test d'ischémie non invasif ou un coroscanner non concluants
Numérateur	Nombre de patients du dénominateur ayant bénéficié d'une coronarographie à visée diagnostique
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux (en %)
Source de données disponibles	Dossier patient (ou équivalent)
Limites de la mesure	Non applicable

5.2. Indicateurs de qualité proposés pour les patients avec un SCC confirmé

5.2.1. Coronarographie réalisée sans test d'ischémie ou coroscanner préalable

La mesure concerne les patients avec SCC confirmé. Elle porte sur la pertinence de l'utilisation de la coronarographie diagnostique hors contexte aigu chez ces patients. Elle utilise les données des BDMA.

Description	5- Patients avec un SCC confirmé (hors contexte aigu) chez qui une coronarographie diagnostique a été réalisée sans test d'ischémie ou coroscanner préalable
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>Hors contexte aigu ne pas procéder à une coronarographie en 1ère intention à visée diagnostique : Un test d'ischémie (échocardiographie de stress et/ou IRM de stress et/ou scintigraphie myocardique de perfusion / stress et/ou épreuve d'effort) ou une imagerie coronaire (coroscanner) sont les examens recommandés en 1ère intention.</p> <p>Cette mesure rétrospective réalisée à partir du SNDS, pour des questions de faisabilité, ne permet pas de mesurer la pertinence de l'utilisation de la coronarographie diagnostique chez tous les patients suspects de SCC, mais seulement chez ceux dont le SCC a été confirmé.</p> <p>Les données préliminaires de cet indicateur permettront d'avoir une photographie nationale et régionale de l'utilisation de la coronarographie diagnostique, hors contexte aigu, chez les patients avec un SCC confirmé. Elles pourront aider à cibler les nécessaires investigations pour interpréter les résultats et le cas échéant, mettre en place des actions d'amélioration pour réduire le recours à cet examen diagnostique invasif.</p> <p>Cf. Guide parcours HAS actualisé et consensus professionnel du groupe de travail.</p>
Pertinence pour l'amélioration/ Objectif / Amélioration attendue	<p>Evaluer et réduire la proportion de patients avec un SCC confirmé chez qui la coronarographie a été réalisée à visée diagnostique, sans test d'ischémie ou coroscanner préalable.</p> <p>Contribuer à l'amélioration de la pertinence du recours aux examens diagnostiques invasifs chez les patients suspects de SCC.</p>
Population cible de l'indicateur (Définition clinique)	Population de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N
Dénominateur	<p>Nombre de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N :</p> <ul style="list-style-type: none"> — cf. critères d'inclusion et d'exclusion paragraphe 3.1.1.1 pages 12 et 13
Numérateur	<p>Nombre de patients du dénominateur chez qui un acte de coronarographie a été réalisé -hors contexte aigu- sans aucun test d'ischémie ou d'imagerie préalable.</p> <p>Exclusions secondaires des coronarographies réalisées dans un contexte aigu :</p> <ul style="list-style-type: none"> — Lors d'un séjour pour évènement coronarien aigu : patients hospitalisés en MCO avec un diagnostic principal (DP du séjour ou d'une UM) de SCA/IDM aigu ST+ ou non ST+ ou angor instable ou autres cardiopathies ischémiques aiguës. — Séjours avec acte de coronarographie réalisé dans un contexte d'urgence : provenance urgence et/ou 1ère unité médicale (UM) UHCD adulte ou de réanimation ou de soins intensifs ou de soins continus.

	L'acte de coronarographie est détecté lors de tout séjour hospitalier précédant l'inclusion des patients dans le parcours l'année N.
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux (en %)
Source de données disponibles	PMSI et DCIR (Base de données médico-administrative -BDMA)
Limites de la mesure	<p>L'indicateur est calculé chez les patients avec un SCC confirmé ayant eu une coronarographie à visée diagnostique (hors urgence) lors d'un séjour hospitalier précédent leur inclusion dans le parcours l'année N. L'acte de coronarographie est identifié dans la base mais pas son résultat.</p> <p>Sont exclus ceux qui ont eu la coronarographie dans un contexte d'évènement aigu et/ou d'un contexte relevant de l'urgence : l'exclusion de cette sous population est réalisée par l'exclusion des patients avec un séjour IDM aigu en DP et/ou avec un séjour avec provenance des urgences ou avec une entrée via une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) adultes ou une unité médicale de réanimation ou de soins intensifs ou de soins continus.</p> <p>Les recommandations ne précisent pas le délai entre la suspicion de SCC et la réalisation de la coronarographie de confirmation du diagnostic. Le GT propose de réaliser une analyse descriptive de l'indicateur sur les 6 mois avant l'inclusion pour connaître les délais réels, et pouvoir sur cette base définir par consensus jusqu'à quelle période remonter pour mesurer cet indicateur.</p> <p>Elles pourront être analysées à la lumière des chiffres repères obtenus à partir des données sur les SCC des registres de cardiologie interventionnelle en France.</p> <p>Le taux attendu d'utilisation de cet examen diagnostique invasif n'est pas connu, cependant il doit être le plus bas possible compte tenu des recommandations en vigueur.</p>

5.2.2. Bilan initial

Dans le guide parcours, un bilan de 1^{ère} intention est recommandé comprenant des examens biologiques et un ECG de repos. La réalisation de l'échographie transthoracique de repos est aussi recommandée avant toute exploration à visée diagnostique. Il a été proposé de définir un seul indicateur regroupant le bilan « initial » recommandé avant toute exploration diagnostique.

La mesure concerne les patients avec SCC confirmé. Elle porte sur la réalisation du bilan initial recommandé avant toute exploration diagnostique. La mesure utilise les données des BDMA.

Description	6- Patients avec un SCC confirmé chez qui le bilan initial recommandé a été réalisé avant toute exploration à visée diagnostique (examens biologiques ET ECG de repos ET échocardiographie transthoracique de repos)
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>Tout patient avec SCC confirmé doit avoir bénéficié d'un bilan initial recommandé qui comporte : les examens biologiques, l'ECG de repos, l'échocardiographie transthoracique de repos (ou IRM cardiaque si ETT non réalisable). La radiographie thoracique étant recommandée que chez certains patients, n'est pas retenue pour cet indicateur.</p> <p>Examens biologiques recommandés :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hémogramme (recherche d'une éventuelle anémie) – Glycémie à jeun (recherche d'un diabète) (recommandation de grade I, B), sauf si déjà contrôlée normale dans l'année et/ou HbA1c chez les patients diabétiques. – Ionogramme sanguin. – Créatininémie et estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG). – Exploration d'une anomalie lipidique (CT, HDL-C, LDL-C, TG) (recommandation de grade I, C), sauf si déjà contrôlée normale dans l'année. <p>L'ECG de repos est recommandé chez tous les patients lors de la première consultation et pendant ou immédiatement après un épisode de douleur thoracique suggérant une possible instabilité clinique de la coronaropathie, par le médecin généraliste ou si cela n'est pas possible par un cardiologue (hors urgence, lors d'une consultation en ville ou une consultation externe à l'hôpital).</p> <p>L'échocardiographie de repos doit impérativement être conduite avant toute exploration à visée diagnostique. Elle est réalisée par le cardiologue. Elle est recommandée chez tous les patients pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Exclure des causes alternatives de symptômes évocateurs d'ischémie myocardique (sténose aortique serrée, autre valvulopathie significative, cardiomyopathie, péricardite, dissection aortique). – Identifier des anomalies de cinétique segmentaire suggérant une coronaropathie. – Mesurer la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG), utile pour la stratification du risque d'évènement ischémique. <p>Cf. Guide parcours HAS actualisé</p>
Pertinence pour l'amélioration/Objectif / Amélioration attendue	Evaluer et améliorer la proportion de patients avec un SCC confirmé chez qui le bilan initial recommandé a été réalisé.
Population cible de l'indicateur (Définition clinique)	Population de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N
Dénominateur	<p>Nombre de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N :</p> <ul style="list-style-type: none"> – cf. critères d'inclusion et d'exclusion paragraphe 3.1.1.1 pages 12 et 13
Numérateur	<p>Nombre de patients du dénominateur chez qui ont été réalisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les examens biologiques – et l'ECG de repos

	<ul style="list-style-type: none"> — et l'échocardiographie transthoracique de repos (ou IRM cardiaque). <p>Les examens biologiques sont identifiés dans le SNDS par les codes la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) et les actes d'ECG, d'échographie et d'IRM cardiaque par les actes CCAM.</p>
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux (en %)
Source de données disponibles	PMSI et DCIR (Base de données médico-administrative -BDMA)
Limites de la mesure	<p>La réalisation du bilan biologique est identifiée dans le SNDS par les codes la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), mais pas le résultat. Pour la glycémie à jeun et les anomalies lipidiques il ne sera pas possible d'exclure les patients qui ont un résultat dans la norme dans l'année.</p> <p>L'HbA1c sera recherchée dans la sous-population de patients diabétiques, identifiés par les codes CIM-10, l'ALD voire les traitements.</p> <p>Les actes CCAM pour l'ECG, l'échographie et l'IRM cardiaque sont identifiés mais pas les résultats.</p> <p>L'ensemble ou certaines composantes du bilan réalisés lors d'une hospitalisation (quelle que soit la cause) ne pourra pas être détecté.</p> <p>Les recommandations ne définissent pas le délai de réalisation de ce bilan. Par ailleurs, ce délai qui doit être le plus court possible, dépend de l'accès à une consultation avec un cardiologue et peut varier considérablement d'une région à l'autre. Le groupe de travail propose de rechercher ce bilan dans les 6 mois avant le diagnostic, avec une analyse descriptive des délais réels, et de pouvoir sur cette base définir par consensus un délai cible à utiliser pour juger de la qualité de la réalisation du bilan initial au bénéfice des patients.</p>

5.2.3. Traitement à 1 an

Les patients atteints de SCC sont considérés à très haut risque de récurrence d'évènement cardiovasculaire. Chez les patients coronariens, le traitement de fond repose sur une modification du mode de vie, un contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires, un traitement médicamenteux, et parfois sur une revascularisation.

L'amélioration du mode de vie associée à la gestion appropriée des traitements est recommandée et elle peut nécessiter un accompagnement. Les thérapies cognitivo-comportementales sont recommandées pour accompagner les patients au changement durable vers un mode de vie sain.

- La réadaptation cardiovasculaire est recommandée chez les patients présentant un SCC car c'est un moyen efficace d'atteindre un mode de vie sain et de contrôler les facteurs de risque. Elle devrait être systématiquement proposée, en hospitalisation complète, en hôpital de jour, ou en ambulatoire.
- Le traitement non médicamenteux (éducation thérapeutique du patient, activité physique régulière, alimentation équilibrée (exemple type méditerranéenne), arrêt du tabac avec l'aide possible de thérapie cognitivo-comportementale et dépistage de la dépression) ne sont pas mesurables à partir des BDMA. Seule la réadaptation cardiovasculaire peut être évaluée à partir des BDMA.

Le groupe de travail du guide parcours recommande que la poursuite de l'annonce et de la prise en charge soient systématiquement mis en œuvre dans le cadre d'une réadaptation cardiovasculaire (Cf. Organisation du parcours dans le guide parcours actualisé).

Proposition d'une alternative au traitement optimal médicamenteux et non médicamenteux mesurable à partir des BDMA : taux de patients ayant dans l'année eu accès à la réadaptation cardio-vasculaire.

5.2.3.1. Réadaptation cardiovasculaire

La mesure concerne les patients avec SCC confirmé. Elle porte sur la réalisation d'une réadaptation cardiovasculaire dans l'année. Elle utilise les données des BDMA.

Description	7- Patients avec un SCC confirmé ayant bénéficié d'une réadaptation cardiovasculaire dans l'année
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>La réadaptation cardiovasculaire est recommandée en tant que moyen efficace chez les patients avec SCC pour atteindre un mode de vie sain et contrôler les facteurs de risque. Elle peut être réalisée en hospitalisation complète, en hôpital de jour, ou en ambulatoire. Elle a pour objectifs de réduire la morbi-mortalité cardiovasculaire, de permettre la reprise des activités et la réinsertion sociale et professionnelle.</p> <p>La participation des patients à la réadaptation cardiovasculaire reste trop faible, en particulier chez les femmes, les personnes âgées et les personnes vulnérables socio-économiquement. Des alternatives à l'hospitalisation complète en SSR ou en complément post séjour en SSR sont en cours d'expérimentation (article 51).</p> <p>Cf. Guide parcours HAS actualisé</p>
Pertinence pour l'amélioration/Objectif / Amélioration attendue	Evaluer et améliorer la proportion de patients avec un SCC confirmé ayant bénéficié de réadaptation cardiovasculaire dans l'année
Population cible de l'indicateur (Définition clinique)	Population de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N suivis à 1 an
Dénominateur	<p>Nombre de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N</p> <ul style="list-style-type: none"> - cf. critères d'inclusion et d'exclusion paragraphe 3.1.1.1 pages 12 et 13 - et suivis à 1 an
Numérateur	<p>Nombre de patients du dénominateur ayant eu au moins un remboursement d'acte et/ou de séance de réadaptation cardiovasculaire dans l'année</p> <p>Les actes de réadaptation cardiovasculaire sont recherchés dans la CCAM et dans le Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) pour le SSR.</p>
Type d'indicateur	Indicateur de processus (prescription, réalisation)
Mode d'expression du résultat	Taux (en %)
Source de données disponibles	PMSI et DCIR (Base de données médico-administrative -BDMA)
Limites de la mesure	L'interprétation du résultat de l'indicateur devra tenir compte des éventuelles contre-indications, du refus du patient et/ou des contraintes dues à l'offre limitée de soins.

5.2.3.2. Traitement médicamenteux de prévention cardiovasculaire secondaire

La mesure concerne tous les patients avec un SCC confirmé. Elle porte sur les traitements de prévention cardiovasculaire secondaire recommandés : antithrombotiques et hypolipémiants. Elle utilise les données des BDMA.

Description	8- Patients avec un SCC confirmé ayant bénéficié d'un traitement médicamenteux de prévention cardiovasculaire secondaire
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>Le traitement optimal est défini comme un traitement qui contrôle de façon satisfaisante les symptômes et prévient les événements cardiaques associés au SCC, avec une adhésion maximale du patient, et un minimum d'effets indésirables.</p> <p>Il associe un traitement non médicamenteux (mise en œuvre d'un mode de vie sain - sevrage tabagique, activité physique régulière, alimentation équilibrée et habitudes hygiéno-diététiques ajustées, contrôle du poids) et un traitement médicamenteux optimal à visée de prévention cardiovasculaire secondaire qui sont recommandés chez tous les patients avec SCC confirmé.</p> <p>L'ensemble du traitement non médicamenteux n'est pas identifiable à partir du SNDS.</p> <p>L'indicateur porte sur le traitement médicamenteux de prévention secondaire qui comporte : anti-thrombotiques (aspirine ou clopidogrel ou prasugrel ou ticagrelor) ou anti-coagulants (anticoagulants oraux directs ou anti-vitamines K), ET hypolipémiant (statine et/ou Ezetimibe et/ou inhibiteur des PCSK9 (Evolocumab ou Alirocumab) en cas d'objectif non atteint avec la dose maximale de statine.</p> <p>Cf. Guide parcours HAS actualisé</p>
Pertinence pour l'amélioration/Objectif / Amélioration attendue	<p>Evaluer et augmenter la proportion de patients avec un SCC confirmé ayant bénéficié dans l'année d'un traitement médicamenteux de prévention secondaire (anti-thrombotique et/ou anti-coagulant ET hypolipémiant (statine et/ou Ezetimibe et/ou inhibiteur des PCSK9).</p> <p>La prise en charge thérapeutique d'un patient SCC confirmé vise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'allongement de la survie (réduction des événements cardiovasculaires graves et de la mortalité). - L'amélioration de la qualité de vie, c'est-à-dire la réduction du handicap fonctionnel et l'augmentation du seuil de survenue de l'angor.
Population cible de l'indicateur (Définition clinique)	Population de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N
Dénominateur	<p>Nombre de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cf. critères d'inclusion et d'exclusion paragraphe 3.1.1.1 pages 12 et 13
Numérateur	<p>Nombre de patients du dénominateur traités avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un anti thrombotique et/ou un anti-coagulant - et un hypolipémiant (statine et/ou Ezetimibe et/ou inhibiteur des PCSK9). <p>Afin de mieux appréhender la qualité du suivi et les pistes d'amélioration les 2 types de traitements seront évalués séparément.</p>
Type d'indicateur	Indicateur de processus (prescription)
Mode d'expression du résultat	Taux (en %)
Source de données disponibles	PMSI et DCIR (Base de données médico-administrative -BDMA)

Limites de la mesure	<p>Cet indicateur mesuré à partir du SNDS permet d'évaluer les traitements médicamenteux remboursés, et ne tient donc pas compte des éventuelles contre-indications ou non utilisation par le patient pour cause d'effets secondaires par exemple. Le taux attendu ne peut donc pas être de 100%, et le taux cible n'est pas connu a priori.</p> <p>Le résultat en termes d'objectif thérapeutique atteint ne peut pas être identifié dans le SNDS.</p> <p>Le seuil de remboursements à utiliser est à adapter selon la distribution du nombre de remboursements sur la période de suivi sur l'année et le conditionnement des molécules recommandées. Il sera défini précisément lors de la phase de développement.</p>
-----------------------------	--

5.2.4. Vaccinations

La mesure concerne les patients avec un SCC confirmé, en dehors des patients institutionalisés en EHPAD. Elle porte sur la vaccination antigrippale. Elle utilise les données des BDMA.

Description	9- Patients avec un SCC confirmé ayant bénéficié d'une vaccination antigrippale
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>Une vaccination antigrippale annuelle est recommandée pour les patients atteints de SCC. Elle a un effet protecteur contre le risque coronarien et de prévention des décompensations de la fonction cardiaque chez les plus fragiles.</p> <p>Cf. Guide parcours HAS actualisé</p>
Pertinence pour l'amélioration/Objectif / Amélioration attendue	Evaluer et améliorer la proportion de patients avec un SCC confirmé ayant bénéficié d'une vaccination antigrippale dans l'année
Population cible de l'indicateur (Définition clinique)	Population de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N suivis à 1 an
Dénominateur	<p>Nombre de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cf. critères d'inclusion et d'exclusion paragraphe 3.1.1.1 pages 12 et 13 - et suivi à 1 an - et exclusion des patients en EHPAD
Numérateur	Patients du dénominateur ayant bénéficié d'une vaccination antigrippale dans l'année
Type d'indicateur	Indicateur de processus (prescription)
Mode d'expression du résultat	Taux (en %)
Source de données disponibles	PMSI et DCIR (Base de données médico-administrative -BDMA)
Limites de la mesure	<p>Problème d'exhaustivité pour les EHPAD : L'identification de la vaccination ne peut être exhaustive en EHPAD car pouvant être réalisée via la pharmacie interne. Le résultat dans cette sous-population n'est pas fiable et entraîne une sous-estimation du résultat de l'indicateur. Pour cet indicateur, les patients en EHPAD sont exclus.</p> <p>La vaccination réalisée en entreprise, y compris pour les patients en ALD, ou hors bon de vaccination ou qui n'utilisent pas leurs bons, ou qui sont vaccinés en établissement de santé ne peut être détectée dans le SNDS. La sous-population de patients en activité professionnelle ne pouvant être identifiée dans le SNDS, ne pourra pas être exclue a priori de l'indicateur. Pour rappel, selon les données de la Cnam de 2018, la moyenne d'âge des personnes présentant une maladie coronaire chronique est de 72 ans, et près de la moitié (43%) ont plus de 75 ans.</p>

La mesure concerne les patients avec un SCC confirmé, en dehors des patients institutionalisés en EHPAD. Elle porte sur la vaccination antipneumococcique chez les patients avec une insuffisance cardiaque. Elle utilise les données des BDMA.

Description	10- Patients avec un SCC confirmé ET une insuffisance cardiaque ayant bénéficié d'une vaccination antipneumococcique
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>Une vaccination antipneumococcique est recommandée si une insuffisance cardiaque est associée au SCC. Elle permet de réduire la fréquence des pneumonies et des infections invasives (méningites et septicémies) à pneumocoque.</p> <p>Cf. Guide parcours HAS actualisé</p> <p>Chez l'adulte, la vaccination contre les infections invasives et les pneumonies à pneumocoques avec une dose de VPC13 est recommandée uniquement aux immunodéprimés ainsi qu'aux patients porteurs d'une des maladies ou conditions sous-jacentes prédisposant à la survenue d'une infection à pneumocoque (dont l'insuffisance cardiaque chronique). Cette vaccination est suivie d'une dose de VPP23 avec un délai minimal de 8 semaines pour les personnes non antérieurement vaccinées. Concernant la revaccination, il a été démontré qu'une nouvelle injection de VPP23 tardive (5 à 10 ans après la première vaccination) entraîne une réponse satisfaisante.</p> <p>Avis du HCSP, 10 mars 2017 « Infections à pneumocoque : recommandations vaccinales pour les adultes »</p> <p>Avis de la commission de la transparence de la HAS, 5 juin 2019</p>
Pertinence pour l'amélioration/Objectif / Amélioration attendue	Evaluer et améliorer la proportion de patients avec un SCC confirmé ET une insuffisance cardiaque ayant bénéficié d'une vaccination antipneumococcique dans les 5 ans
Population cible de l'indicateur (Définition clinique)	Population de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N suivis à 1 an et ayant une insuffisance cardiaque
Dénominateur	<p>Nombre de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N :</p> <ul style="list-style-type: none"> – cf. critères d'inclusion et d'exclusion paragraphe 3.1.1.1 pages 12 et 13 – et suivis à 1 an – et une insuffisance cardiaque détectée dans l'année N, au cours du suivi à 1 an et/ou dans les 5 années précédentes – et exclusion des patients en EHPAD
Numérateur	Patients du dénominateur ayant bénéficié d'une vaccination antipneumococcique dans l'année N ou dans les 5 ans avant l'année N
Type d'indicateur	Indicateur de processus (prescription)
Mode d'expression du résultat	Taux (en %)
Source de données disponibles	PMSI et DCIR (Base de données médico-administrative -BDMA)
Limites de la mesure	<p>Problème d'exhaustivité pour les EHPAD : L'identification de la vaccination ne peut être exhaustive en EHPAD car pouvant être réalisée via la pharmacie interne. Le résultat dans cette sous-population n'est pas fiable et entraîne une sous-estimation du résultat de l'indicateur. Pour cet indicateur, les patients en EHPAD sont exclus.</p> <p>La vaccination réalisée en entreprise, y compris pour les patients en ALD, ou hors bon de vaccination ou qui n'utilisent pas leurs bons, ou qui sont vaccinés en établissement de santé ne peut être détectée dans le SNDS. La sous-population de patients en activité</p>

professionnelle ne pouvant être identifiée dans le SNDS, ne pourra pas être exclue a priori de l'indicateur.

Le repérage de l'insuffisance cardiaque sera optimisé par la recherche des codes CIM10 d'insuffisance cardiaque aigue et chronique au cours d'une hospitalisation et/ou entrée en ALD 5 avec codes CIM -10 d'insuffisance cardiaque dans l'année N, au cours du suivi et dans les 5 années précédentes, dans les secteurs MCO, SSR, HAD et PSY.

Les patients avec une insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée dont la fréquence augmente avec l'âge, n'est pas identifiable dans les BDMA.

Indicateurs de suivi à 1 an du patient présentant un syndrome coronarien chronique confirmé

La coordination du parcours et le partage d'informations entre les professionnels de santé sont essentiels. Diverses organisations peuvent être mises en œuvre dans cette coordination : équipe de soins primaire, communauté professionnelle territoriale de santé, dispositifs d'appui à la coordination². L'échange et le partage d'informations en vue de prévenir les ruptures de parcours sont nécessaires, par messagerie sécurisée ou grâce au dossier médical partagé. La mise en place d'un suivi multidisciplinaire coordonné et prolongé est un fort enjeu pour le suivi des patients avec SCC au niveau du territoire, en établissement de santé, en institution et en ambulatoire.

L'ensemble des indicateurs proposés ci-dessous traduisent en partie la qualité du suivi multidisciplinaire.

5.2.5. Suivi recommandé

Le suivi recommandé (consultations, ECG, bilan biologique) est recherché dans l'année chez les patients dont la maladie athéromateuse est stabilisée à 1 an de suivi.

La stabilité de la maladie a été définie en lien avec le groupe de travail par l'absence à 1 an de suivi d'évènements ischémiques coronaires aigus (IDM aigu ST+ et non ST+, angor instable, acte de revascularisation myocardique), mais aussi d'AVC ischémique et hémorragique (qui pourrait résulter d'une transformation hémorragique secondaire d'un AVC ischémique ou d'un effet iatrogène du traitement antiagrégant et/ou anti-coagulant), d'AOMI symptomatique et de décès. Le caractère symptomatique de l'AOMI ne peut être identifié dans les BDMA : il a été décidé de garder cet évènement aigu compte tenu de son impact clinique, et de l'identifier de manière fiable bien que non exhaustive en associant les codes CIM-10 d'AOMI avec un des actes CCAM de revascularisation. L'insuffisance cardiaque aigue n'a pas été retenue dans cette liste car la cause de décompensation peut ne pas être connue, notamment dans les cas d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée dont la fréquence augmente avec l'âge, et qui n'est pas identifiable dans les BDMA. La détection des insuffisance cardiaques aiguës chez les patients avec un SCC confirmé serait donc non exhaustive.

² Pour une vue synthétique de l'exercice coordonné <https://www.esp-cvl.org/l-exercice-coordonne>

La mesure proposée concerne la population de patients avec SCC confirmé dont la maladie athéromateuse est stabilisée à 1 an de suivi. Elle porte sur les consultations, l'ECG et le bilan biologique à réaliser chez ces patients dans l'année. Elle utilise les données des BDMA.

Description	11- Patients avec SCC confirmé stable pendant au moins 1 an ayant bénéficié d'un suivi comportant au moins 2 consultations, un ECG et un bilan biologique.
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>La surveillance clinique et paraclinique, le rythme et l'organisation du suivi entre le médecin généraliste, le cardiologue et les autres spécialistes et professionnels de santé dépendent du stade de la maladie, des comorbidités et de l'organisation locale. Il n'y a actuellement aucun essai thérapeutique randomisé évaluant l'influence sur le pronostic de différentes stratégies de suivi chez les patients ayant un SCC.</p> <p>Le suivi qui s'applique à tous les patients présentant un SCC stable au moins 1 an comporte au moins</p> <p>2 consultations la 1ère année, dont une consultation annuelle chez un cardiologue, un ECG, et un bilan biologique (bilan lipidique dont LDL, fonction rénale, glycémie, hémogramme).</p> <p>La stabilité du SCC est définie par l'absence de survenue d'évènements cardiovasculaires aigus (IDM aigu, angor instable, revascularisation myocardique, AVC ischémique, AVC hémorragique, AOMI revascularisée) et de décès.</p> <p>Cf. Guide parcours HAS actualisé et consensus du groupe de travail sur les indicateurs qualité</p>
Pertinence pour l'amélioration/Objectif / Amélioration attendue	Evaluer et améliorer la proportion de patients avec un SCC confirmé stable pendant 1 an ayant bénéficié du suivi minimal recommandé.
Population cible de l'indicateur (Définition clinique)	Population de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N suivis à 1 an dont le SCC est stable (sans évènement cardiovasculaire aigu ou décès) à 1 an
Dénominateur	<p>Nombre de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cf. critères d'inclusion et d'exclusion paragraphe 3.1.1.1 pages 12 et 13 - et suivis à 1 an - et exclusion des patients avec au moins un évènement cardiovasculaire aigu dans l'année correspondant à l'absence de stabilité (évènement aigu : IDM aigu, angor instable, revascularisation myocardique, AVC, AOMI revascularisée). - et exclusion des patients décédés dans l'année. Le décès sera recherché dans et en dehors des établissements de santé, et dans tous les secteurs (MCO, SSR, PSY, HAD).
Numérateur	<p>Nombre de patients du dénominateur ayant au cours du suivi à 1 an bénéficié :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'au moins 2 consultations chez le MG et/ou le cardiologue dont 1 chez le cardiologue (en ville ou en établissement de santé) - et d'un ECG - et d'un bilan biologique (bilan lipidique dont LDL ET fonction rénale ET glycémie ET hémogramme). <p>Pour cibler les actions d'amélioration, le nombre de consultations, le nombre d'ECG et le nombre de bilans biologiques seront aussi calculés séparément.</p>
Type d'indicateur	Indicateur de processus (organisation du parcours)
Mode d'expression du résultat	Taux (en %)
Source de données disponibles	PMSI et DCIR (Base de données médico-administrative -BDMA)

Limites de la mesure	<p>La réalisation de l'ECG et du bilan biologique est identifiée par les actes remboursés. Elle sera recherchée quel que soit le lieu de sa réalisation. Le résultat de ces actes ne sont pas identifiables dans le SNDS. La spécialité du consultant est identifiée dans le SNDS en ville ou par une consultation externe en établissement de santé. Le motif de consultation n'est pas connu.</p> <p>Pour les EHPAD : une analyse spécifique de cette sous population est à réaliser car elle pourrait en partie expliquer un résultat moins bon à l'échelle d'un territoire.</p>
-----------------------------	---

5.2.6. Bilan d'extension de la maladie athéromateuse

La mesure concerne les patients avec un SCC confirmé. Elle porte sur la réalisation d'un bilan d'extension de la maladie athéromateuse dans l'année. Elle utilise les données des BDMA.

Description	12- Patients avec un SCC confirmé chez qui un bilan d'extension de la maladie athéromateuse a été réalisé dans l'année
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>Les SCC appartiennent à une entité plus générale « La maladie athéromateuse », imposant de rechercher dans un second temps, une atteinte athéromateuse dans les autres territoires.</p> <p>Chez tout patient avec SCC confirmé, le bilan d'extension de la maladie athéromateuse recommandé comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au moins une échographie-Doppler des artères carotides, - Et une échographie-Doppler de l'aorte abdominale. - Et une échographie-Doppler des membres inférieurs en cas de symptômes ou d'anomalies de l'Index de Pression Systolique à la Cheville (IPSC). <p>Cf. Guide parcours HAS actualisé</p>
Pertinence pour l'amélioration/Objectif / Amélioration attendue	Evaluer et améliorer la proportion de patients avec un SCC confirmé chez qui le bilan d'extension de la maladie athéromateuse est réalisé
Population cible de l'indicateur (Définition clinique)	Population de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N
Dénominateur	<p>Nombre de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cf. critères d'inclusion et d'exclusion paragraphe 3.1.1.1 pages 12 et 13
Numérateur	<p>Nombre de patients du dénominateur chez qui un bilan d'extension de la maladie athéromateuse été réalisé dans l'année comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Échographie-Doppler des artères carotides. - et échographie-Doppler de l'aorte abdominale. - et échographie-Doppler des membres inférieurs. <p>Pour cibler les actions d'amélioration, l'échographie-doppler de chacun des 3 sites anatomiques sera aussi évaluée séparément.</p>
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux (en %)
Source de données disponibles	PMSI et DCIR (Base de données médico-administrative -BDMA)

Limites de la mesure	<p>L'échographie-Doppler des membres inférieurs sera recherchée chez tous les patients, car l'existence de symptômes ou d'anomalies de IPSC ne peut être détectée dans le SNDS.</p> <p>Les recommandations ne définissent pas le délai de réalisation de ce bilan. Sa réalisation sera recherchée dans l'année et adaptée au délai de suivi. Le groupe de travail propose de réaliser une analyse descriptive sur l'année pour appréhender les délais réels.</p> <p>Certains éléments de ce bilan réalisés lors d'une hospitalisation (toutes causes) ne peuvent pas être détectés dans le SNDS.</p> <p>Pour les EHPAD : une analyse spécifique de cette sous population est à réaliser car elle pourrait en partie expliquer un résultat moins bon à l'échelle d'un territoire.</p>
-----------------------------	--

5.2.7. Dépistage de la dépression

La mesure concerne les patients avec un SCC confirmé suivis à 1 an. Elle porte sur la réalisation d'au moins une évaluation psycho-sociale pour dépister une éventuelle dépression. Elle utilise les données du dossier patient ou équivalent. Elle pourrait par ailleurs faire l'objet d'une mesure par le patient en utilisant un questionnaire dédié.

Description	13- Patients avec un SCC confirmé ayant bénéficié dans l'année d'au moins une évaluation psycho-sociale pour dépister une éventuelle dépression
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>Une prise en charge psychologique est recommandée pour améliorer les symptômes de dépression chez les patients atteints de SCC. La dépression, l'anxiété et le sentiment de détresse sont fréquents chez les patients atteints de coronaropathie. La détresse psycho-sociale doit être évaluée et prise en charge (accompagnement, psychothérapie ± traitement médicamenteux). La gestion du stress est recommandée. Les femmes rapportent 2 fois plus de dépression et d'anxiété, et elles ont un niveau socio-économique plus bas qui peut affecter leur style de vie, et leur adhésion au traitement.</p> <p>Cf. Guide parcours HAS actualisé</p>
Pertinence pour l'amélioration/Objectif / Amélioration attendue	Evaluer et améliorer la proportion de patients avec un SCC confirmé qui dans l'année bénéficie d'au moins une évaluation psycho-sociale pour dépister une éventuelle dépression
Population cible de l'indicateur (Définition clinique)	Population de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N suivis à 1 an
Dénominateur	<p>Nombre de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avec une ischémie myocardique documentée l'année N - et suivis à 1 an
Numérateur	Nombre de patients du dénominateur qui a bénéficié d'au moins une évaluation psycho-sociale pour dépister une éventuelle dépression
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux (en %)
Source de données disponibles	Dossier patient ou équivalent
Limites de la mesure	NA

5.2.8. Evaluation et adaptation du poste de travail

La mesure concerne les patients avec un SCC confirmé qui sont en activité professionnelle. Elle porte sur l'évaluation de la pénibilité du poste de travail chez ces patients. Elle utilise les données des dossiers patient ou équivalent, et pourrait être évaluée par ailleurs par le patient en utilisant un questionnaire dédié.

Description	14- Patients avec un SCC confirmé en activité professionnelle ayant dans l'année bénéficié d'au moins une évaluation de la pénibilité du poste de travail
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>La pénibilité liée notamment aux horaires atypiques, au port de charges lourdes, au travail à la chaleur ou au froid, à la sédentarité, au stress au travail doit être recherchée en vue d'un éventuel aménagement de poste. Les échanges se font par l'intermédiaire du patient qui peut solliciter une visite de pré reprise (article R 4624-29 et 30 du code du travail) s'il est en arrêt de travail, ou une visite à sa demande s'il est en activité (article R 4624-34 du code du travail). Si besoin, le patient peut être orienté vers un assistant de travail social et l'assurance maladie en vue d'un maintien dans l'emploi.</p> <p>L'évaluation en 2016 par l'ANSES des risques sanitaires pour les professionnels exposés à des horaires atypiques, en particulier au travail de nuit régulier ou non, a mis en évidence des risques avérés de troubles du sommeil, de troubles métaboliques et des risques probables de troubles cardiovasculaires, cancérogènes et de troubles psychiques chez les travailleurs concernés.</p> <p>Cf. Guide parcours HAS actualisé</p>
Pertinence pour l'amélioration/Objectif / Amélioration attendue	Evaluer et améliorer la proportion de patients avec un SCC confirmé en activité professionnelle qui dans l'année bénéficient d'au moins une évaluation d'une évaluation de la pénibilité du poste de travail
Population cible de l'indicateur (Définition clinique)	Population de patients avec un SCC confirmé l'année N qui sont en activité professionnelle suivis à 1 an
Dénominateur	<p>Nombre de patients avec un SCC confirmé l'année N :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avec une ischémie myocardique documentée l'année N - et en activité professionnelle - et suivis à 1 an
Numérateur	Nombre de patients du dénominateur qui ont bénéficié d'au moins une évaluation de la pénibilité du poste de travail
Type d'indicateur	Indicateur de processus
Mode d'expression du résultat	Taux (en %)
Source de données disponibles	Dossier patient ou équivalent
Limites de la mesure	NA

La mesure concerne les patients avec un SCC confirmé en activité professionnelle chez qui la pénibilité du poste de travail a été confirmée. Elle porte sur une adaptation du poste de travail ou la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) chez ces patients. Elle utilise les données des dossiers patient ou équivalent, et pourrait être évaluée par ailleurs par le patient en utilisant un questionnaire dédié.

Description	15- Patients avec un SCC confirmé en activité professionnelle dont la pénibilité du poste de travail a été confirmée, ayant bénéficié d'une adaptation du poste de travail ou ayant nécessité une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>La pénibilité liée notamment aux horaires atypiques, au port de charges lourdes, au travail à la chaleur ou au froid, à la sédentarité, au stress au travail doit être recherchée en vue d'un éventuel aménagement de poste. Les échanges se font par l'intermédiaire du patient qui peut solliciter une visite de pré reprise (article R 4624-29 et 30 du code du travail) s'il est en arrêt de travail, ou une visite à sa demande s'il est en activité (article R 4624-34 du code du travail). Si besoin, le patient peut être orienté vers un assistant de travail social et l'assurance maladie en vue d'un maintien dans l'emploi.</p> <p>L'évaluation en 2016 par l'ANSES des risques sanitaires pour les professionnels exposés à des horaires atypiques, en particulier au travail de nuit régulier ou non, a mis en évidence des risques avérés de troubles du sommeil, de troubles métaboliques et des risques probables de troubles cardiovasculaires, cancérigènes et de troubles psychiques chez les travailleurs concernés.</p> <p>Cf. Guide parcours HAS actualisé</p>
Pertinence pour l'amélioration/Objectif / Amélioration attendue	Evaluer et améliorer la proportion de patients avec un SCC confirmé en activité professionnelle dont la pénibilité du poste de travail a été confirmée, qui bénéficient d'une adaptation du poste de travail ou qui ont nécessité une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
Population cible de l'indicateur (Définition clinique)	Population de patients avec un SCC confirmé l'année N qui sont en activité professionnelle suivis à 1 an dont la pénibilité du poste de travail a été confirmée
Dénominateur	<p>Nombre de patients avec un SCC confirmé l'année N :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avec une ischémie myocardique documentée l'année N - et en activité professionnelle - et suivis à 1 an - et dont la pénibilité du poste de travail a été confirmée
Numérateur	Nombre de patients du dénominateur qui ont bénéficié d'une adaptation du poste de travail ou d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
Type d'indicateur	Indicateur de résultats
Mode d'expression du résultat	Taux (en %)
Source de données disponibles	Dossier patient ou équivalent
Limites de la mesure	NA

5.2.9. Indicateur de résultats du parcours

L'objectif de l'implémentation des bonnes pratiques de diagnostic, de traitement et de suivi est de réduire la morbi-mortalité et de stabiliser la maladie. Le résultat clinique souhaité par une prise en charge optimale est la stabilité de la maladie. Elle est évaluée sur une période d'au moins 1 an.

La mesure concerne les patients avec un SCC confirmé. Elle porte sur l'absence à 1 an de suivi d'évènement cardio-neuro-vasculaire aigu : IDM aigu ST+ et non ST+, angor instable, revascularisation myocardique, AVC ischémique et hémorragique, AOMI symptomatique (identifiée de manière fiable bien que non exhaustive par les AOMI revascularisées). Elle utilise les données des BDMA.

Description	16- Patients avec un SCC confirmé stable pendant au moins 1 an
Pertinence clinique/Intérêt de l'indicateur	<p>L'objectif de l'implémentation des bonnes pratiques de traitement et de suivi est de réduire la morbi-mortalité et de stabiliser la maladie.</p> <p>La stabilité du SCC est définie par l'absence de détection d'évènement cardio-neuro-vasculaire aigu dans l'année de suivi. La liste de ces évènements a été définie avec le groupe de travail sur la base de leur lien avec la maladie athéromateuse ainsi que de la faisabilité et des modalités de leur détection dans les bases médico-administratives : IDM aigu, angor instable, revascularisation myocardique, AVC, AOMI symptomatique. Cette dernière ne peut être identifiable que par les actes de revascularisation.</p> <p>Un autre intérêt de cet indicateur est que son calcul permet d'identifier les patients chez qui un évènement cardiovasculaire aigu et/ou le décès a été détecté dans l'année.</p> <p>Cf. Guide parcours HAS actualisé et consensus du GT indicateurs qualité</p>
Pertinence pour l'amélioration/Objectif / Amélioration attendue	Evaluer et améliorer la proportion de patients avec un SCC confirmé stabilisés pendant au moins 1 an
Population cible de l'indicateur (Définition clinique)	Population de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N suivis à 1 an
Dénominateur	<p>Nombre de patients avec un syndrome coronarien chronique confirmé l'année N :</p> <ul style="list-style-type: none"> – cf. critères d'inclusion et d'exclusion paragraphe 3.1.1.1 pages 12 et 13 – et suivis à 1 an
Numérateur	<p>Nombre de patients du dénominateur avec un SCC stable à 1 an de suivi sans évènement cardio-neuro-vasculaire aigu ou décès :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Exclusion des patients ayant eu au moins un évènement cardio-neuro-vasculaire aigu dans l'année correspondant à l'absence de stabilité (évènement cardiovasculaire aigu : IDM aigu, revascularisation myocardique, AVC, AOMI revascularisée). Chaque évènement à exclure sera identifié par les codes CIM-10 en DP et/ou les actes CCAM dans tout séjour hospitalier en MCO réalisé l'année N. – et exclusion des patients qui n'ont pas de suivi complet à 1 an : il s'agit des patients décédés dans l'année. Le décès sera recherché dans et en dehors des établissements de santé, et dans tous les secteurs (MCO, SSR, PSY, HAD).
Type d'indicateur	Indicateur de résultats
Mode d'expression du résultat	Taux (en %)
Source de données disponible	PMSI et DCIR (Base de données médico-administrative -BDMA)
Limites de la mesure	La fiabilité de l'indicateur est liée à la qualité du codage des évènements cardiovasculaires aigus lors des séjours hospitaliers en MCO.

6. Conclusions et perspectives

Ce rapport concerne l'étape de définition des indicateurs de qualité du parcours des patients présentant un syndrome coronarien chronique et complète les travaux de la HAS sur l'actualisation du guide parcours « syndrome coronarien chronique », la production de la synthèse des points critiques du parcours et de la fiche de pertinence. Il présente une liste d'indicateurs de qualité (16 au total dont 9 à partir des BDMA) jalonnant l'ensemble du parcours de ces patients sur des points présentant un enjeu de qualité et de sécurité du parcours de soins. Dans ces indicateurs, un indicateur de résultat reflète l'objectif visé de prise en charge : la stabilité de la maladie. D'autres indicateurs seraient intéressants à étudier ultérieurement comme les patients avec un SCC confirmé ayant eu au moins une hospitalisation ou décédés dans l'année ou ayant eu une vaccination anti-COVID.

Ces indicateurs permettront d'évaluer la qualité de la prise en charge des patients présentant une suspicion de SCC et des patients avec un SCC confirmé. Les indicateurs retenus font l'objet d'un consensus professionnel et sont en accord avec les indicateurs publiés dans la littérature et les recommandations de bonne pratique.

A cette étape de définition, plusieurs sources de données possibles sont identifiées : le dossier patient ou équivalent et les BDMA. Chaque indicateur est décrit dans une fiche descriptive qui repose sur la fiche méthodologique [HAS publiée en 2021](#). Certains points du parcours pourront être évalués par des questionnaires patients. Ainsi, la définition d'indicateurs sera complétée par la mise à disposition d'un guide d'utilisation des questionnaires de résultats mesurés par les patients (PROMS) identifiés dans la littérature.

Cette étape de définition doit être suivie d'une étape de développement des indicateurs pour permettre la production de résultats à l'échelle nationale et régionale. Cette production n'est actuellement possible qu'à partir des BDMA. Malgré la limite due à cette source de données, cela constituerait une première évaluation nationale et régionale de ce parcours, en complément des données de la cartographie de la Cnam sur la maladie coronaire chronique.

Résultat de la recherche documentaire sur les indicateurs publiés sur la maladie coronaire (hors syndrome coronarien aigu)

Sigles	Organisme producteur	Titre document	An-née	Sur quoi porte la mesure
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services	Coronary Artery Disease (CAD): Angiotensin-Converting Enzyme (ACE) Inhibitor or Angiotensin Receptor Blocker (ARB) Therapy - Diabetes or Left Ventricular Systolic Dysfunction (LVEF < 40%)	2020	Traitement par IEC ou ARA si diabète ou FEVG < 40%
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services	Coronary Artery Disease (CAD): Antiplatelet Therapy	2020	Traitement par antiagrégants plaquettaires
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services	Coronary Artery Disease (CAD): Beta-Blocker Therapy - Prior Myocardial Infarction (MI) or Left Ventricular Systolic Dysfunction (LVEF < 40%)	2020	Traitement par bêtabloquant si antécédent d'IDM ou FEVG < 40%
CNAM	Assurance maladie. Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) Médecin traitant	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	2020	Vaccination antigrippale
NCDR	National Cardiovascular Data Registry	Coronary Artery Disease (CAD): Antiplatelet Therapy	2019	Traitement par antiagrégants plaquettaires
ACP	ACP Performance measures	Angiotensin Converting Enzyme-Inhibitor (ACE-I) or Angiotensin Receptor Blocker (ARB) Therapy--Diabetes of LVSD (LVEF <40%)	2018	Traitement par IEC ou ARA si diabète ou FEVG < 40%
ACP	ACP Performance measures	Chronic Stable Coronary Artery Disease: Antiplatelet Therapy	2018	Traitement par antiagrégants plaquettaires
ACP	ACP Performance measures	Coronary Artery Disease: Beta Blocker Therapy - Prior Myocardial Infarction or Left Ventricular Systolic Dysfunction (LVEF <40%)	2018	Traitement par bêtabloquant si antécédent d'IDM ou FEVG < 40%
NICE	NICE Quality and Outcomes Framework Indicator	For patients with newly diagnosed angina (diagnosed after 1 April 2011), the percentage who are referred for specialist assessment (Inherited)	2015	Bilan initial : patients orientés pour une évaluation spécialisée
NICE	NICE Quality and Outcomes Framework Indicator	NM87 The percentage of patients with coronary heart disease who have had influenza immunisation in the preceding 1 August to 31 March (Inherited)	2015	Vaccination antigrippale entre le 1er août et le 31 mars
NICE	NICE Quality and Outcomes Framework Indicator	NM88 The percentage of patients with coronary heart disease with a record in the preceding 12 months that aspirin, an alternative anti-platelet therapy, or an anti-coagulant is being taken (Inherited)	2015	A 1 an : Patients avec pathologie coronaire sous aspirine, autre antiagrégant plaquettaire ou anticoagulant

Sigles	Organisme producteur	Titre document	An-née	Sur quoi porte la mesure
NICE	NICE Quality and Outcomes Framework Indicator	The percentage of patients with coronary heart disease in whom the last blood pressure reading (measured in the preceding 12 months) is 150/90 mmHg or less (Inherited)	2015	A 1 an : Patients avec pathologie coronaire avec objectif cible de pression artérielle atteint
NICE	NICE Quality and Outcomes Framework Indicator	The percentage of patients with coronary heart disease whose last measured total cholesterol (measured in the preceding 12 months) is 5 mmol/l or less. (Inherited)	2015	A 1 an : Patients avec pathologie coronaire avec objectif cible de cholestérol total atteint
NICE	NICE Quality and Outcomes Framework Indicator	NM68 The percentage of patients aged 79 or under with coronary heart disease in whom the last blood pressure reading (measured in the preceding 12 months) is 140/90 mmHg or less	2013	A 1 an : Patients de 79 ans ou moins ayant atteint l'objectif cible de pression artérielle
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG01 - Pourcentage des patients ayant reçu un nouveau diagnostic clinique d'angine stable qui ont subi un ECG de repos au cours du mois suivant le diagnostic	2012	Bilan initial : ECG de repos dans le mois suivant le diagnostic
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG02 - Pourcentage des patients ayant reçu un nouveau diagnostic clinique d'angine stable qui ont subi une épreuve d'effort au cours des 3 mois suivant le diagnostic	2012	Bilan initial : épreuve d'effort dans les 3 mois du diagnostic
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG03 - Pourcentage de patients ayant reçu un nouveau diagnostic d'angine stable qui ont les tests initiaux suivants au moins une fois documentés dans le dossier: un test de glycémie à jeun, un bilan lipidique, une mesure de la créatinine sérique	2012	Bilan initial : Biologie glycémie à jeun, un bilan lipidique, une mesure de la créatinine sérique
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG05 - Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable dont le dossier fait mention des symptômes d'angine dans les 12 mois précédents	2012	A 1 an : survenue de symptômes d'angor
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG06 - Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable qui ont été orientés à un programme de prise en charge multidisciplinaire au moins une fois	2012	Orientation vers un programme de prise en charge multidisciplinaire au moins une fois
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG07 - Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable dont le dossier contient une mesure des C-LDL au cours des 12 mois précédents OU de l'apo B	2012	A 1 an : au moins une mesure du C-LDL ou apo B
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG08 - Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable dont le dossier contient une mesure de la glycémie à jeun au cours des 12 mois précédents	2012	A 1 an : au moins une mesure de la glycémie à jeun

Sigles	Organisme producteur	Titre document	An-née	Sur quoi porte la mesure
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG09 - Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable dont la mesure des C-LDL est < 2 mmol/l OU celle de l'apo B est < 0,8 OU qui ont affiché une baisse des C-LDL de 50 % au cours des 12 mois précédents	2012	A 1 an : objectif cible avec baisse de 50% du C-LDL
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG10 - Pourcentage des patients qui présentent des symptômes d'angine accélérée et qui reçoivent l'attention immédiate d'un spécialiste	2012	Symptômes angineux accélérés ET orientation vers un spécialiste
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG11 - Pourcentage de patients avec un diagnostic d'angine stable qui présentent des symptômes de maladie vasculaire périphérique ou d'altération de la fonction du ventricule gauche et qui sont orientés vers un spécialiste	2012	Symptômes de maladie vasculaire périphérique ou altération FEVG ET orientation vers un spécialiste
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG12 - Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable dont le dossier contient au moins 1 mesure de la PA effectuée au cours des 12 mois précédents	2012	A 1 an : au moins une mesure de la pression artérielle
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG13 - Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable dont la mesure de la PA consignée au dossier est <140/90 mmHg (ou <130/80 mmHg en cas de diabète ou d'insuffisance rénale chronique)	2012	Objectif cible HTA
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG14 - Pourcentage de patients avec un diagnostic d'angine stable chez qui on a procédé au dépistage de la dépression dans les 12 mois précédents	2012	A 1 an : dépistage de la dépression
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG15 - Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable qui suivent un traitement antiplaquettaire ou anticoagulant dans les 12 mois précédents (exception si contre-indication)	2012	Traitement à 1 an : Traitement par antiagrégants plaquettaires ou anticoagulants
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG16 - Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable qui sont traités par des statines (sauf si contre-indication)	2012	Traitement par statines
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG17 - Pourcentage des patients ayant un diagnostic d'angine stable ET présentant aussi un diabète qui sont sous IECA (ou ARA)	2012	Traitement par IEC ou ARA si diabète
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG18 - Pourcentage des patients ayant un diagnostic d'angine stable ET présentant aussi une altération de la fonction du ventricule gauche qui sont sous IECA (ou ARA)	2012	Traitement par IEC ou ARA si une altération de la fonction du ventricule gauche

Sigles	Organisme producteur	Titre document	An-née	Sur quoi porte la mesure
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG19 - Pourcentage des patients ayant un diagnostic d'angine stable ET présentant aussi une HTA qui sont sous IECA (ou ARA)	2012	Traitement par IEC ou ARA si HTA
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG20 - Pourcentage des patients ayant un diagnostic d'angine stable ET présentant aussi une insuffisance rénale chronique qui sont sous IECA (ou ARA)	2012	Traitement par IEC ou ARA si insuffisance rénale chronique
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	ANG21 - Pourcentage des patients avec un diagnostic d'angine stable ayant une histoire d'infarctus de myocarde et qui sont sous IECA (ou ARA si intolérance), aspirine (ou un autre antiplaquettaire), bêta-bloqueur et statine (exception si contre-indication)	2012	Traitement par IECA (ou ARA), aspirine (ou un autre antiplaquettaire), bêtabloquant et statine si antécédent d'IDM
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	PREV01 - Pourcentage des patients dont l'IMC et/ou le tour de taille sont documentés dans le dossier dans les 12 mois précédents	2012	A 1 an : au moins une mesure de l'IMC et/ou tour de taille
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	PREV02 - Pourcentage des patients obèses ayant reçu des conseils ou qui ont été orientés vers un service au sujet de saines habitudes alimentaires	2012	Patients obèses ayant reçu des conseils et/ou orientation spécialisée
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	PREV03 - Pourcentage des patients ayant reçu du counseling sur l'activité physique selon les recommandations canadiennes	2012	Patients ayant reçu une information sur l'activité physique
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	PREV04 - Pourcentage des patients dont le dossier fait état du statut tabagique	2012	Statut tabagique recherché
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	PREV05 - Pourcentage des patients fumeurs ayant reçu du counseling sur l'abandon du tabagisme au cours des 12 mois précédents	2012	A 1 an : Patients fumeurs ayant reçu une information sur l'abandon du tabagisme
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	PREV07 - Pourcentage des patients soumis à la vaccination annuelle contre le virus de la grippe	2012	Vaccination annuelle contre la grippe

Références bibliographiques

Publications utilisées pour la définition des indicateurs de qualité du parcours de patients présentant un syndrome coronarien chronique

Haute autorité de santé. Fiche méthodologique. Description des étapes d'élaboration des indicateurs de qualité des parcours de soins. Mai 2021 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-05/iqss_etapes_elaboration_iq_parcours_2021.pdf

Haute autorité de santé. Guide parcours de soins. Syndrome coronarien chronique. Juillet 2021

Haute autorité de santé. Fiche points critiques. Juillet 2021

Haute autorité de santé. Messages de pertinence. Juillet 2021

Juhani Knuuti, et al. 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, Volume 41, Issue 3, 14 January 2020, Pages 407–477, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>

Corrigendum to: 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. European Heart Journal, Volume 41, Issue 44, 21 November 2020, Page 4242, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz825>

Caisse nationale de l'Assurance maladie. Fiche « Maladie coronaire chronique » 2020 https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2018_fiche_maladie-coronaire-chronique.pdf

Avis du HCSP, 10 mars 2017 « Infections à pneumocoque : recommandations vaccinales pour les adultes »

Avis de la commission de la transparence de la HAS, 5 juin 2019

Publications réalisées à partir des données de la cohorte française CORONOR de 2017 à mai 2021

Simple risk models to predict cardiovascular death in patients with stable coronary artery disease. Ford I, Robertson M, Greenlaw N, Bauters C, Lemesle G, Sorbets E, Ferrari R, Tardif JC, Tendera M, Fox K, Steg PG; CLARIFY Investigators. Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 2021 May 3;7(3):287-294. doi: 10.1093/ehjqcc/qcz070.PMID: 31922541

Reaching low-density lipoprotein cholesterol treatment targets in stable coronary artery disease: Determinants and prognostic impact. Bauters C, Tricot O, Lemesle G, Meurice T, Hennebert O, Farnier M, Lamblin N. Arch Cardiovasc Dis. 2018 Nov;111(11):634-643. doi: 10.1016/j.acvd.2017.07.007. Epub 2017 Dec 2. PMID: 29198936

Incident Myocardial Infarction and Very Late Stent Thrombosis in Outpatients With Stable Coronary Artery Disease. Lemesle G, Tricot O, Meurice T, Lallemand R, Delomez M, Equine O,

Lamblin N, Bauters C. J Am Coll Cardiol. 2017 May 2;69(17):2149-2156. doi: 10.1016/j.jacc.2017.02.050.PMID: 28449776

Publications réalisées à partir des données du registre CLARIFY de 2017 à mai 2021

Parma Z, Jasilek A, Greenlaw N, Ferrari R, Ford I, Fox K, Tardif JC, Tendera M, Steg PG. Incident heart failure in outpatients with chronic coronary syndrome: results from the international prospective CLARIFY registry. Eur J Heart Fail. 2020 May;22(5):804-812. doi: 10.1002/ehfj.1827. Epub 2020 Apr 15.

Sorbets E, Fox KM, Elbez Y, Danchin N, Dorian P, Ferrari R, Ford I, Greenlaw N, Kalra PR, Parma Z, Shalnova S, Tardif JC, Tendera M, Zamorano JL, Vidal-Petiot E, Steg PG; CLARIFY investigators. Long-term outcomes of chronic coronary syndrome worldwide: insights from the international CLARIFY registry. Eur Heart J. 2020 Jan 14;41(3):347-356. doi:10.1093/eurheartj/ehz660.

Hiremath S, Vala DR, Roy T, Khera P, Kaul U. Changing patterns in the prevalence and management of cardiovascular risk factors in India and their comparison with the rest of the world along with clinical outcomes at 5-year: An analysis of stable coronary artery disease patients from The Prospective Observational Longitudinal Registry of patients with stable coronary artery disease (CLARIFY) registry. Indian Heart J. 2018 Dec;70 Suppl 3(Suppl 3):S36-S42. doi: 10.1016/j.ihj.2018.04.003. Epub 2018 Apr 24.

Parma Z, Steg PG, Greenlaw N, Ferrari R, Ford I, Fox K, Tardif JC, Morais J, Gamba MA, Käb S, Tendera M. Differences in outcomes in patients with stable coronary artery disease managed by cardiologists versus noncardiologists. Results from the international prospective CLARIFY registry. Pol Arch Intern Med. 2017 Jan 20;127(2):107-114. doi: 10.20452/pamw.3902. Epub 2017 Jan 20. PMID: 28224974

Parma Z, Steg PG, Greenlaw N, Ferrari R, Ford I, Fox K, Tardif JC, Morais J, Gamba MA, Käb S, Tendera M. Differences in outcomes in patients with stable coronary artery disease managed by cardiologists versus noncardiologists. Results from the international prospective CLARIFY registry. Pol Arch Intern Med. 2017 Jan 20;127(2):107-114. doi: 10.20452/pamw.3902. Epub 2017 Jan 20. PMID: 28224974

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Parties prenantes

Parties prenantes présentes

Birembaut Benoit, Collège infirmier français
Carricaburu Julien, CNAM
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

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

Groupe de travail

Groupe de travail (GT) d'experts « Indicateurs de qualité » du parcours des patients présentant un syndrome coronarien chronique

Dr Linda Banaei-Bouchareb, chef de projet, service eVOQSS, HAS

Mme Laetitia Cavalière, assistante, service eVOQSS, HAS

Dr Emmanuel Corbillon, chef de projet, service A3P, HAS

Mme Alexandra Besse*, psychologue en SSR, Clermont-Ferrand

Mme Carole Cantayre*, diététicienne, nutritionniste en cardiologie, Nice

Dr Lucie Cassagnes*, radiologue, Clermont-Ferrand

M. Claude Cottet*, représentant d'utilisateur, Thiais

Dr Pauline Demailly, ARS PACA

M. Christophe Denoyelle*, masseur-kinésithérapeute, Estreux

Dr Cécile Drossart*, Cnam

Mme Elise Galard, infirmière en pratique avancée, Rennes

Dr Viviane Hérat-Heuze*, médecin du travail, La Joliette

Mme Céline Issiot*, infirmière, Aurillac

Dr Alexia Janes*, pharmacienne clinicienne, Nîmes

Dr Olivier Lairez*, cardiologue en médecine nucléaire, Toulouse

Dr Alexandre Le Guyader*, chirurgien cardiaque, Limoges

Dr Yasmine Mokaddem, ATIH

M. Nicolas Morel*, enseignant APA, Fleuré

Dr Céline Ohrond*, médecin responsable PTA, Aix-en-Provence

Dr Jean-Michel Oriol, médecin généraliste, Septème

Dr Éric Parrens*, cardiologue, Bordeaux

Dr Bruno Pavy*, cardiologue réadaptateur, Machecoul

Dr Éric Perchicot*, cardiologue, Cavillon

Dr Alain Putot, gériatre, Dijon

Dr Mathilde Roze, médecin généraliste, Saint-Martin

Dr Caroline Sanz, endocrinologue diabétologue, Toulouse,

Dr Fabienne Séguret, médecin DIM, Montpellier

Dr Caroline Tessier*, médecin généraliste, Draguignan

Dr Philippe Tuppin, Cnam

* Experts du GT indicateurs qui ont également participé au groupe de travail sur l'actualisation du guide parcours de soins sur la maladie coronaire chronique

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

AOMI	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC	Accident vasculaire cérébral
BDMA	Base de données médico-administratives
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CIM-10	Classification internationale des maladies – 10ème révision
Cnam	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CSARR	Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation
CT	Cholestérol total
DAS	Diagnostic associé
DCGDR	Direction de la coordination de la gestion du risque
DCIR	Données de Consommation Inter-Régimes
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DP	Diagnostic principal
DR	Diagnostic relié
DRSM	Directions régionales du Service médical
ECG	Électrocardiogramme
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
ETT	Échographie transthoracique
FEVG	Fraction d'éjection du ventricule gauche
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HDL-C	HDL- Cholestérol : High Density Lipoprotein, ou lipoprotéines de haute densité
IDM	Infarctus du myocarde
IRM	Imagerie par résonance magnétique
LDL-C	LDL- Cholestérol : Low Density Lipoprotein, ou lipoprotéines de faible densité
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
NABM	Nomenclature des actes de biologie médicale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPT	Probabilité pré-test
PSY	Psychiatrie
PTA	Plateforme territoriale d'appui
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

RUM	Résumé d'unité médicale
SCC	Syndrome coronarien chronique
SNDS	Système National des Données de Santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation
STSS	Stratégie de transformation du système de santé
TG	Triglycérides
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UM	Unité médicale
USLD	Unités de soins de longue durée

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

