

SSPSM 10 stratégies :

- BCM - Bilan comparatif des médicaments (sons de courte durée)
- BCM - Bilan comparatif des médicaments (sons de longue durée)
- CHUTES - Collectif sur les chutes en milieu de soins de longue durée
- CIC - Prévention des infections reliées aux cathéters intravasculaires centraux
- EIR - Déployer des équipes d'intervention rapide
- IAM - Soins améliorés en cas d'infarctus aigu du myocarde
- ISO - Prévention des infections du site opératoire
- ORA - Organismes résistant aux antibiotiques / staphylocoque aureus résistant à la méthicilline (SARM)
- PVA - Prévention de la pneumonie sous ventilation assistée
- TEV - Thromboembolie veineuse

But

Prévenir le décès des patients hospitalisés pour un infarctus aigu du myocarde (IAM) en assurant une prestation fiable de soins fondés sur l'expérience clinique.

**Campagne
québécoise**

*Ensemble, améliorons la prestation
sécuritaire des soins de santé!*

Maintenant!

Contexte

- Un infarctus aigu du myocarde (IAM) consiste en une perte soudaine de l'approvisionnement en sang vers une partie du cœur, causant des dommages cardiaques permanents et pouvant entraîner la mort. En langage de tous les jours, on dit plutôt « crise cardiaque ».
- Santé Canada a établi que les maladies cardiovasculaires et les maladies du cœur étaient les principales causes de décès au Canada. Elles sont également les plus coûteuses et imposent le plus lourd fardeau à notre système national de soins de santé¹.
- Des études ont révélé que l'administration précoce d'aspirine entraîne une réduction de 15 % des incidents vasculaires; les bêtabloqueurs réduisent le taux de mortalité des suites d'un IAM de 14 % dans la première semaine et de 23 % à long terme².
- Un examen des soins post-IAM mené dans quatre provinces canadiennes a révélé que, bien que le taux d'utilisation des bêtabloqueurs, des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et des statines ait augmenté au cours de la période d'étude, ce taux demeurait bien en deçà des niveaux optimaux. Des résultats similaires ont été observés en Saskatchewan.³
- Pour améliorer la prestation de soins post-IAM et le rendement des équipes et des systèmes, il est essentiel de modifier les systèmes et les processus de soins afin d'assurer le diagnostic en temps opportun des IAM et l'initiation en temps opportun des composantes de soins, dans une fenêtre temporelle basée sur des résultats cliniques.
- Toute contre-indication relative à n'importe quelle composante clé des soins devrait être clairement consignée (si contre-indiquée, pourquoi ?) dans le dossier du patient. On recommande l'utilisation de protocoles normalisés et de listes de vérification de la documentation clinique.
- Les équipes sont encouragées à commencer par de petits tests de changement assortis de la collecte de données de base, afin de documenter les listes de vérification et les outils de documentation clinique qui serviront d'aide-mémoire au sujet des composantes de soins et les aideront à recueillir les données et à surveiller les progrès avec des indicateurs de résultats.
- Il est tout à fait normal que les résultats varient avec le temps. Une fois votre objectif atteint pour chacune des mesures, continuez à suivre votre rendement pendant au moins six mois pour vous assurer que vous maintenez vos gains.

Intervention

Les sept éléments clés d'une prestation fiable de soins fondés sur l'expérience clinique, à moins d'une contre-indication clairement consignée dans le dossier du patient sont les suivantes:

Soins offerts à l'admission (Services d'urgence et ambulance/domicile)

- Administration précoce d'aspirine
- Initiation en temps opportun de la reperfusion (thrombolyse ou intervention percutanée)

Soins offerts à la sortie de l'hôpital

- Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou bloqueur des récepteurs de l'angiotensine (BRA) à la sortie de l'hôpital pour les patients atteints de dysfonction systolique
- Bêtabloquant
- Aspirine
- Statines
- Séances de renoncement au tabagisme/renvoi à un programme de réadaptation cardiologique.

Mesures d'intervention

Selon les nouvelles données tirées de l'essai d'étude COMMIT/CCS-2, bon nombre de cardiologues canadiens déconseillent explicitement l'usage généralisé et précoce des bêtabloqueurs dans le meilleur intérêt des patients et se sont prononcés contre l'adoption de cette composante de soins dans les lignes directrices à l'égard de l'IAM⁴.

Mesures durant l'hospitalisation

1. Pourcentage des patients ayant subi un infarctus aigu du myocarde (IAM) qui ont reçu de l'aspirine dans les 24 heures avant ou après leur arrivée à l'hôpital. **Cible : 90 %**
2. Pourcentage des patients ayant subi un IAM à qui l'on a administré un traitement thrombolytique dans les 30 minutes ou moins suivant l'arrivée au service d'urgence. **Cible : 85 %**
OU
Pourcentage des patients ayant subi un IAM à qui l'on a administré une intervention coronarienne percutanée (ICP) dans les 90 minutes suivant l'arrivée à l'hôpital. **Cible : 90 %**

Mesures à la sortie de l'hôpital (Voir les contre-indications sur les feuilles d'établissement de mesures)

3. Pourcentage des patients ayant subi un IAM à qui l'on a prescrit de l'aspirine. **Cible : 90 %**
 4. Pourcentage des patients ayant subi un IAM à qui l'on a prescrit un bêtabloquant. **Cible : 90 %**
 5. Pourcentage des patients ayant subi un IAM à qui l'on a prescrit un IECA ou un BRA. **Cible : 100 %**
 6. Pourcentage des patients ayant subi un IAM à qui l'on a prescrit des statines. **Cible : 90 %**
 7. Pourcentage des patients ayant subi un IAM qui ont reçu toutes les composantes clés des soins fondés sur des données probantes ou des « soins parfaits » auxquels ils étaient admissibles. **Cible : 95 %**
 8. Pourcentage des patients ayant subi un IAM qui sont décédés pendant leur hospitalisation. **Cible : Réduire la mortalité par IAM de 40 %**
- Les équipes font part de leurs expériences réussies à l'occasion d'appels nationaux, de séances d'apprentissage, de la semaine régionale de la qualité ou dans les bulletins d'information des régions ou de la campagne et dans les communautés de pratique de la campagne SSPSM ! Parmi les expériences réussies au Canada, mentionnons : amélioration active ou réduction du délai de diagnostic et d'intervention; protocoles visant à accélérer ou à contourner l'intervention coronarienne percutanée du service régional d'urgence; mise à l'heure de toutes les horloges et de tout l'équipement (ECG) après chaque période de 24 heures; utilisation plus efficace des listes de vérification de la documentation clinique et de protocoles normalisés qui enregistrent l'heure de l'arrivée, le diagnostic, les interventions et la nature des contre-indications ; éducation des patients, de leur famille et de la collectivité; normalisation de la formation du personnel; maximisation de la latitude de pratique afin d'améliorer la fiabilité d'un traitement et son administration en temps opportun; et, rétroaction des mesures de rendement à des fins d'amélioration de la qualité (AQ) par l'équipe et l'organisation. Si vous êtes intéressés à faire part de vos expériences réussies, veuillez communiquer avec le conseiller ou la conseillère en matière de sécurité et d'amélioration de votre synapse. Il ou elle vous aidera à rédiger votre propre histoire de la façon dont il vous plaira.

1

Health Canada: Heart and Stroke webpage: http://www.hc-sc.gc.ca/dc-ma/heart-coeur/index_e.html. Economic Burden of Illness in Canada 1998 webpage: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ebicfemc98/>

² Antman EM, et al. JAMA. 1992; 268 :240-247. Hennekens CH, et al. N Engl J Med. 1996; 335 :1660-1666.

³ Pilote L et al. Canadian Journal of Cardiology 2004 Jan; 20(1) :61-67. Chan BTB, et al. Improving the Quality of Heart Attack Care in Saskatchewan: Outcomes and Secondary Prevention. Saskatoon: Health Quality Council, September 2004. (Available at www.hqc.sk.ca)

⁴ Second Chinese Cardiac Study (CCS-2) Collaborative Group. Journal of Cardiovascular Risk 2000, 7(6): 435-441. Second Chinese Cardiac Study (CCS-2) Collaborative Group. COMMIT CCS-2 (Clopidogrel and Metoprolol in Myocardial infarction Trial). Slide presentations at the annual conference of the American College of Cardiology in Orlando, March 9, 2005. <http://www.ctsu.ox.ac.uk/-ccs2/live/content/presentations/slideshow/>