



**Canadian Cardiovascular
Society**

Leadership. Knowledge. Community.

**Société canadienne
de cardiologie**

Communauté. Connaissances. Leadership.

CATALOGUE ÉLECTRONIQUE D'INDICATEURS DE QUALITÉ DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE

INDICATEURS DE QUALITÉ SUR L'INTERVENTION CORONARIENNE PERCUTANÉE

UN DOCUMENT DE CONSENSUS DE LA SCC

ÉBAUCHE V2

Dernière mise à jour : Le 23 septembre 2015

Copyright © 2015 La Société canadienne de cardiologie

La publication ne peut être reproduite ou modifiée sans la permission de la Société canadienne de cardiologie.

Pour une reproduction autorisée, veuillez obtenir la permission de la :

Société canadienne de cardiologie

222, rue Queen, bureau 1403

Ottawa (Ontario)

Canada K1P 5V9

Adresse électronique : healthpolicy@ccs.ca

CONTEXTE

Les indicateurs de qualité décrits dans le présent document ont été choisis au moyen d'un processus de consensus national en tant que principaux indicateurs de qualité propres à l'**intervention coronarienne percutanée (ICP)**

En outre, il existe une série complémentaire de définitions et d'éléments de données associés à l'intervention coronarienne percutanée (ICP) au sein du dictionnaire de données pour le Projet de qualité de la SCC. Pour consulter la dernière version du dictionnaire de données, rendez-vous à l'adresse www.ccs.ca.

Plusieurs de ces indicateurs de qualité offrent les possibilités d'analyses suivantes :

Analyse transversale – définition d'une estimation des indicateurs au moyen de registres ou de bases de données existants.

Analyse de suivi – définition du calcul des indicateurs en vue d'une analyse plus précise et plus détaillée par l'entremise de bases de données prospectives incluant celles conçues spécialement à cet effet.

TABLE DES MATIÈRES

Le volume annuel d'ICP par fournisseur	4
Volume annuel d'ICP par centre.....	5
Le délai entre le premier contact médical et la mise en place du premier dispositif d'ICP primaire.....	6
La mortalité dans les 30 jours après l'ICP	8
L'évaluation de la fonction rénale avant une ICP non urgente	9
Le taux de réadmission dans les 30 jours après l'ICP.....	10
Transfusion de sang au niveau du tractus Peri-PCI	11
AVC péri-ICP.....	12
REMERCIEMENTS	13
AVERTISSEMENT	13
COPYRIGHT	14

LE VOLUME ANNUEL D'ICP PAR FOURNISSEUR

Description	Volume annuel d'interventions coronariennes percutanées (ICP) par fournisseur (cardiologue d'intervention).
Numérateur	Nombre d'ICP réalisées par un seul cardiologue d'intervention en un an.
Dénominateur	S. O.
Méthode de calcul	Nombre d'ICP réalisées par un seul cardiologue d'intervention en un an.
Sources de données	Dossiers de l'hôpital (dossiers des patients) Bases de données cliniques institutionnelles Base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) Données provinciales de facturation des services médicaux

Justification

Des études d'observation laissent penser qu'il existe un lien entre de faibles volumes par exécutant et un taux élevé d'événements indésirables, y compris la mortalité, chez les patients qui subissent une ICP, surtout dans un contexte de soins complexes et d'urgence.

Recommandation(s) clinique(s)

Le volume d'interventions est directement lié au maintien des compétences techniques. Certains éléments probants indiquent que les personnes pratiquant au moins 75 ICP par année pourraient obtenir de meilleurs résultats que ceux qui en pratiquent un plus petit volume, quoique la preuve soit faible, mais en tant que groupe nous convenons que ce nombre est adéquat pour le maintien des compétences. Nous nous entendons pour dire que la plupart des cardiologues d'intervention pratiquent beaucoup plus de 75 interventions par année, mais à l'heure actuelle il ne s'agit que d'une supposition à moins que ça ne soit régulièrement mesuré de façon appropriée et inclus dans un rapport.

Type de rapport

Les résultats seront présentés sous la forme d'un rapport annuel par fournisseur avec analyse de tendance séquentielle annuelle.

Il est également possible de faire rapport sur les volumes d'ICP sous forme de médiane pour une population sélectionnée de fournisseurs à l'échelon d'un établissement, d'une région, d'une province ou du pays.

Difficultés de mise en œuvre et d'interprétation

- Au Québec, il n'est pas obligatoire de déclarer toutes les ICP à la Base de données de morbidité hospitalière (BDMH).
- La situation d'un dispensateur (cardiologue d'intervention) qui pratique des ICP dans plusieurs hôpitaux risque de compliquer la mesure de l'indicateur.

VOLUME ANNUEL D'ICP PAR CENTRE

Description	Volume d'interventions coronariennes percutanées (ICP) par centre.
Numérateur	Nombre d'ICP réalisées dans un centre par année.
Dénominateur	S. O.
Méthode de calcul	Nombre d'ICP réalisées dans un centre par année.
Sources de données	Dossiers de l'hôpital (dossiers des patients) Base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) Données provinciales de facturation des services médicaux Bases de données cliniques institutionnelles

Justification

Selon les données probantes actuelles, qui sont limitées, les résultats des ICP sont liés au volume et à l'expérience totaux de l'hôpital. Les études laissent penser que l'incidence de décès, de chirurgies de pontage d'urgence et d'autres événements indésirables est plus élevée dans le cas des centres qui pratiquent moins de 200 ICP par année. D'autres études laissent penser qu'il y a une incidence supérieure d'événements indésirables dans les centres ayant un volume annuel de moins de 400 ICP, comparativement à l'incidence observée dans les centres avec un volume de plus de 400. En nous appuyant sur cette information, nous avons proposé qu'un centre d'ICP doive pratiquer un minimum de 400 ICP par année. Nous nous entendons pour dire que la plupart des centres pratiquent beaucoup plus de 400 ICP par année, mais à l'heure actuelle il ne s'agit que d'une supposition à moins que ça ne soit régulièrement mesuré de façon appropriée et inclus dans un rapport.

Recommandation(s) clinique(s)

Même si les lignes directrices actuelles de l'ACCF/AHA/SCAI proposent un minimum annuel par établissement de 200 ICP, le comité estime qu'un minimum annuel par établissement de 400 ICP convient mieux au contexte canadien.

Type de rapport

Les résultats seront présentés sous la forme d'un rapport annuel par centre avec analyse de tendance séquentielle annuelle.

Il est également possible de faire rapport sur les volumes annuels d'ICP sous forme de médiane à l'échelon d'une région, d'une province ou du pays.

Difficultés de mise en œuvre et d'interprétation

- Au Québec, il n'est pas obligatoire de déclarer toutes les ICP à la base de données provinciale sur les congés.

LE DÉLAI ENTRE LE PREMIER CONTACT MÉDICAL ET LA MISE EN PLACE DU PREMIER DISPOSITIF D'ICP PRIMAIRE

Description	Le délai médian en minutes entre le premier contact médical et la mise en place du premier dispositif chez les patients adultes qui subissent une intervention coronarienne percutanée primaire (ICPP).
Numérateur	Délai médian en minutes entre le premier contact médical et la mise en place du premier dispositif chez les patients inclus dans le dénominateur. Le premier contact médical représente l'heure du triage à l'hôpital ou l'arrivée d'un ambulancier auprès du patient dans le cas des utilisateurs des services préhospitaliers d'urgences (SPU). Pour les patients qui passent par un centre ne réalisant pas d'ICP, ce premier contact représente l'heure du triage au premier établissement. Lorsque le premier ECG n'a pas de visée diagnostique pour l'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI), alors le premier ECG à visée diagnostique représente le premier contact. La mise en place du premier dispositif correspond au moment de la mise en place d'un premier dispositif aux fins de reperfusion après l'insertion du fil-guide dans l'artère infarctée.
Dénominateur	Tous les patients de 18 ans et plus qui subissent une ICPP pendant la période d'observation sélectionnée.
Méthode de calcul	Délai médian en minutes, et le 25 ^e et 75 ^e percentile.
Sources de données	Dossiers de l'hôpital (dossiers des patients) Données des SPU Bases de données cliniques institutionnelles

Justification

Pendant longtemps, le délai dit de porte à ballonnet était l'indicateur de qualité utilisé par des centres réalisant des ICP primaires, mais ce délai ne tient pas compte des retards du système préhospitalier qui touchent les patients atteints de STEMI. Le délai entre le premier contact médical et la mise en place du premier dispositif représente un indicateur de qualité plus englobant dans le cas des patients qui subissent une ICP primaire (ICPP) que la mesure traditionnelle du délai entre l'arrivée et la pose du ballonnet. L'indicateur mesure l'efficacité du système complet, y compris les SPU, les centres qui n'ont pas d'installations pour exécuter des ICPP et les centres qui exécutent les ICPP. La mise en place d'un premier dispositif a été choisie, car le ballonnet n'est pas toujours le premier dispositif utilisé dans les cas d'ICPP. Beaucoup d'exécutants utilisent, en effet, actuellement un cathéter de thrombectomie ou une endoprothèse en tant que premier dispositif après l'insertion du fil-guide.

Recommandation(s) clinique(s)

Production de rapport par région et établissement avec analyse de tendance séquentielle.

Les lignes directrices européennes actuelles recommandent un délai entre le premier contact médical et la pose d'un premier dispositif de 120 minutes dans les cas d'un transfert direct du patient par les SPU ou d'un transfert en provenance d'un hôpital communautaire. Il convient de noter cependant que les lignes directrices américaines recommandent un délai entre le premier contact médical et la pose d'un premier dispositif de moins de 90 minutes dans les cas d'un transfert direct en provenance des SPU. Les deux lignes directrices recommandent un délai de moins de 120 minutes pour le transfert des patients entre des établissements n'offrant pas l'ICP et des établissements offrant l'ICP, ainsi qu'un délai de moins de 90 minutes dans le cas d'un patient pris directement en charge par un centre offrant l'ICP.

Aucun centre canadien pour le moment ne fait rapport des délais entre le premier contact médical et la pose d'un premier dispositif. Certains centres souhaitent produire bientôt des rapports sur ce délai. Ils visent un délai de moins de 90 minutes dans le cas des transferts directs en provenance des SPU et le respect des lignes directrices américaines. Le seul inconvénient de cette recommandation est qu'elle réduit la zone servie pour de nombreux centres au pays lorsqu'une province ne compte qu'un ou deux laboratoires de cathétérisme cardiaque. Le fait d'inclure les 20 ou 30 minutes consacrées par les SPU à l'évaluation du patient et à son chargement dans l'ambulance ne laisse qu'un temps de transport de 30 ou 40 minutes ou moins jusqu'au centre d'ICP, si l'objectif est d'avoir un délai entre le premier contact médical et la pose d'un premier dispositif de moins de 90 minutes. Il faut, en effet, 30 minutes au centre d'ICP pour préparer le patient et exécuter l'intervention. Le résultat dans les études n'est pas très différent pour les patients avec un délai de porte à ballonnet de 90 minutes ou de 120 minutes, surtout dans le cas des patients ayant attendu avant de demander une prise en charge médicale (Cannon et coll. JAMA 2000).

Les réunions du comité ont permis d'avoir des discussions approfondies sur ces enjeux et les recommandations suivantes ont été proposées.

- Le délai entre le premier contact médical et la pose d'un premier dispositif devrait être de moins de 90 minutes lorsqu'un patient est directement pris en charge par un centre offrant l'ICP, et de moins de 120 minutes lorsque le patient est transféré depuis un centre n'offrant pas l'ICP.
- Les provinces dans lesquelles l'accès au laboratoire de cathétérisme est relativement facile devraient viser un délai entre le premier contact médical et la pose d'un premier dispositif de moins de 90 minutes en cas de transfert direct par les SPU vers le centre offrant l'ICP. Un délai de 120 minutes ou moins est acceptable dans les cas des provinces comptant un petit nombre de laboratoires de cathétérisme. Tous les centres devraient faire rapport des deux délais.
- L'objectif doit être de respecter la valeur cible dans au moins 75 % des cas.

Les résultats seront signalés en tant que médiane du 25^e et 75^e percentile pour la population choisie et la période d'observation choisie.

Difficultés de mise en œuvre et d'interprétation

La Base de données sur les congés des patients (BDCP) et la Base de données de morbidité hospitalière (BDMH) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ne contiennent aucune donnée sur le délai entre le premier contact médical et la pose d'un premier dispositif d'ICPP.

Le dossier médical du patient ne contient pas toujours de renseignements sur le premier contact médical dans le cas des utilisateurs des SPU.

LA MORTALITÉ DANS LES 30 JOURS APRÈS L'ICP

Description	Taux de mortalité dans les 30 jours, toutes causes confondues, chez les patients adultes qui subissent une intervention coronarienne percutanée (ICP).
Numérateur	Nombre de patients au dénominateur qui sont décédés pendant les 30 jours qui suivent l'intervention, y compris 1) tous les décès survenant pendant l'hospitalisation au cours de laquelle l'intervention a eu lieu, jusqu'à 30 jours, 2) les décès survenant après l'obtention du congé de l'hôpital, mais dans les 30 jours de l'intervention.
Dénominateur	Tous les patients âgés de 18 ans et plus qui subissent une ICP.
Méthode de calcul	Taux brut : (numérateur/dénominateur) x 100 % Le modèle ajusté en fonction du risque de l'ICIS sera élaboré pour la population en utilisant des techniques de modélisation unidimensionnelle et multidimensionnelle normalisées. On calculera la mortalité prédite ou prévue pour le sous-ensemble démographique précisé, et le rapport obtenu en divisant les cas observés (O) par les cas prévus (P). La mortalité ajustée aux risques est calculée en multipliant le rapport O/P pour le sous-ensemble précisé par la moyenne pour la population. Cet indicateur est ajusté au sexe et à l'âge (moins de 70 ans, de 70 à 79 ans, 80 ans et plus), au diabète présentant des complications, à l'insuffisance cardiaque/œdème pulmonaire, à l'insuffisance rénale, au choc, aux dysrythmies cardiaques, à l'ICP et à la chirurgie cardiaque (PAC ou intervention valvulaire) dans un même épisode de soins, à un IAM, à une intervention cardiaque précédente, au STEMI, à l'angine instable et aux maladies cardiovasculaires stables.
Sources de données	Base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) Base de données de morbidité hospitalière (BDMH) Dossiers de l'hôpital (dossiers des patients) Bases de données cliniques institutionnelles Registres provinciaux sur les décès

Justification

La mortalité représente probablement la plus importante mesure de résultat dans les cas d'ICP. La mortalité ajustée aux risques dans les 30 jours a été choisie notamment parce que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) signale déjà souvent dans ses rapports la mortalité dans les 30 jours pendant une hospitalisation pour la plupart des établissements au pays et fait usage à cette fin d'un modèle acceptable d'ajustement aux risques.

Recommandation(s) clinique(s)

Production de rapport annuel par région, établissement et fournisseur avec analyse de tendance séquentielle annuelle.

Type de rapport

Les résultats seront présentés sous la forme d'un taux brut (%), d'un rapport O/P et d'un taux ajusté aux risques (%). Tous les rapports doivent inclure des intervalles de confiance de 95 %.

Production de rapport par région et établissement avec analyse de tendance séquentielle.

Si les données sur la mortalité dans les 30 jours n'existent pas, une autre méthode de signalement consiste à utiliser la Base de données sur les congés des patients (BDCP) et la Base de données de morbidité hospitalière (BDMH) afin de signaler la mortalité dans les 30 jours pendant une hospitalisation.

Difficultés de mise en œuvre et d'interprétation

Même s'il existe de nombreuses bases de données de grande qualité, il n'y a pas actuellement de base de données à l'échelle du Canada offrant des résultats uniformes.

L'ajustement aux risques représente une certaine difficulté du point de vue statistique à cause de la faible incidence de mortalité. Le risque de classer un centre comme valeur aberrante pourrait être élevé (il est cependant possible d'utiliser des données de plusieurs années pour la modélisation et d'utiliser les coefficients pour les calculs relatifs à des données ayant trait à une année seulement).

Il est possible que la mortalité dans les 30 jours ajustée en fonction du risque soit mieux utilisée comme base pour des activités continues confidentielles associées aux indicateurs de qualité. Il se peut que le principal objectif ne soit pas l'obligation de rendre des comptes au public, mais la détermination, par le fournisseur, des pratiques exemplaires, des moyens de comparaison, et de l'amélioration régionale ou à l'échelle du système.

L'ÉVALUATION DE LA FONCTION RÉNALE AVANT UNE ICP NON URGENTE

Description	Évaluation de la fonction rénale documentée (créatinine sérique et/ou DFGe) dans les trois mois suivant l'intervention coronarienne percutanée (ICP) parmi les patients adultes cliniquement stables qui subissent une ICP non urgente.
Numérateur	Nombre de patients au dénominateur pour lesquels une évaluation de la fonction rénale est documentée (créatinine sérique et/ou DFGe) dans les 3 derniers mois.
Dénominateur	Tous les patients de 18 ans et plus ayant subi une ICP non urgente pendant la période d'observation choisie.
Méthode de calcul	Taux brut : (numérateur/dénominateur) x 100 %
Sources de données	Dossiers de l'hôpital (dossiers des patients) Bases de données cliniques institutionnelles

Justification

Une évaluation de la fonction rénale de base (créatinine sérique et/ou DFGe) devrait être une pratique obligatoire normalisée chez les patients qui subissent un cathétérisme cardiaque et une ICP. Il serait ainsi possible de calculer ou déterminer le risque de néphropathie induite par les produits de contraste, surtout chez les patients exposés à un risque élevé de survenue de ce type de néphropathie. La connaissance de la fonction rénale de base aide à réduire le risque global chez le patient. Il est possible de réduire le risque de néphropathie induite par les produits de contraste chez ces patients en modifiant au besoin la dose d'anticoagulants et d'autres médicaments utilisés pendant l'intervention, en assurant une hydratation adéquate et en réduisant le volume de produits de contraste pendant l'intervention.

Recommandation(s) clinique(s)

Tous les patients qui subissent une ICP non urgente devraient subir une évaluation de la fonction rénale au moins une fois dans les 3 mois qui précèdent l'intervention si la situation clinique du patient reste inchangée. Cette évaluation devrait être documentée. Dans le cas des patients qui subissent une détérioration clinique ou qui requièrent une hospitalisation, l'évaluation de la fonction rénale devrait être répétée dans les 48 heures suivant l'intervention. Les centres devraient élaborer et respecter un protocole normalisé de prévention de la néphropathie induite par les produits de contraste.

Type de rapport

Production de rapport par région et établissement avec analyse de tendance séquentielle.

Difficultés de mise en œuvre et d'interprétation

La Base de données sur les congés des patients (BDCP) et la Base de données de morbidité hospitalière (BDMH) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ne contiennent aucune donnée sur les évaluations de la fonction rénale documentées.

Même s'il existe de nombreuses bases de données de grande qualité, il n'y a pas actuellement de base de données à l'échelle du Canada offrant des variables et des définitions uniformes.

LE TAUX DE RÉADMISSION DANS LES 30 JOURS APRÈS L'ICP

Description	Le taux de réadmission à l'hôpital ajusté aux risques, toutes causes confondues, avant ou le 30e jour suivant la date du congé après une intervention coronarienne percutanée (ICP) témoin chez les patients adultes.
Numérateur	Nombre de patients au dénominateur, qui sont réadmis en urgence à n'importe quel hôpital avant ou le 30e jour suivant la date du congé après une ICP témoin.
Dénominateur	Tous les patients de 18 ans et plus ayant subi une ICP, et qui étaient vivants au moment de recevoir leur congé après l'ICP témoin.
Méthode de calcul	Taux brut : (numérateur/dénominateur) x 100 % Dans le cas des patients transférés vers un autre hôpital, le suivi dans les 30 jours commencera le jour du congé du dernier hôpital. Un modèle logistique ajusté en fonction du risque sera élaboré pour la population en utilisant des techniques de modélisation unidimensionnelle et multidimensionnelle normalisées. On calculera le taux de réadmission prédit ou prévu pour le sous-ensemble démographique précisé, et le rapport obtenu en divisant les cas observés (O) par les cas prévus (P). Le taux de réadmission ajusté aux risques est calculé en multipliant le rapport O/P pour le sous-ensemble précisé par le taux de réadmission moyen pour la population.
Sources de données	Base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) Base de données de morbidité hospitalière (BDMH) Bases de données cliniques institutionnelles

Justification

Le taux de réadmission dans les 30 jours après une ICP en raison d'un infarctus aigu du myocarde, d'une revascularisation du vaisseau cible, d'un PAC non planifié ou d'autres événements indésirables est une importante mesure de résultat en matière d'ICP. Dans la plupart des cas, une réadmission dans les 30 jours est un bon indice de résultat indésirable lié à l'intervention, et il convient de distinguer cette situation des admissions planifiées pour une ICP ou un PAC. Il sera nécessaire de disposer d'un ajustement aux risques tenant compte des facteurs mentionnés et des autres facteurs de confusion.

Recommandation(s) clinique(s)

Production de rapport annuel par région et établissement avec analyse de tendance séquentielle annuelle.

Type de rapport

Les résultats seront présentés sous la forme d'un taux brut (%), d'un rapport O/P et d'un taux ajusté aux risques (%). Tous les rapports doivent inclure des intervalles de confiance de 95 %.

Difficultés de mise en œuvre et d'interprétation

Il sera nécessaire de disposer d'un ajustement aux risques tenant compte des différences entre les populations de patients parmi les centres d'ICP et d'autres facteurs de confusion. Cette prise en compte sera difficile du point de vue statistique dans les cas où les réadmissions sont peu fréquentes et varient beaucoup. Le risque de classer un centre comme valeur aberrante pourrait être élevé (il est cependant possible d'utiliser des données de plusieurs années pour la modélisation et d'utiliser les coefficients pour les calculs relatifs à des données ayant trait à une année seulement).

Même s'il existe de nombreuses bases de données de grande qualité, il n'y a pas actuellement de base de données à l'échelle du Canada offrant des variables et des définitions uniformes.

TRANSFUSION DE SANG AU NIVEAU DU TRACTUS PERI-PCI

Description	Taux de transfusion sanguine ajusté aux risques pendant l'épisode de soins initial chez les patients adultes après qu'ils ont subi une intervention coronarienne percutanée (ICP).
Numérateur	Nombre de patients au dénominateur qui ont reçu une transfusion de sang non associée au pontage aortocoronarien (PAC) après une ICP durant l'admission témoin.
Dénominateur	Tous les patients de 18 ans et plus qui subissent une ICP pendant la période d'observation sélectionnée.
Méthode de calcul	Taux brut : (numérateur/dénominateur) x 100 % Un modèle logistique ajusté en fonction du risque sera élaboré pour la population en utilisant des techniques de modélisation unidimensionnelle et multidimensionnelle normalisées. On calculera le taux prédit ou prévu pour le sous-ensemble démographique précisé, ainsi que le rapport de valeurs observées (O) divisé par les valeurs prévues (P). Le taux ajusté aux risques est calculé en multipliant le rapport O/P pour le sous-ensemble précisé par la moyenne pour la population.
Sources de données	Bases de données cliniques institutionnelles Dossiers de l'hôpital/dossiers des patients

Justification

Les transfusions sanguines sont un indicateur de substitution des saignements majeurs pendant une ICP ou après celle-ci. Plusieurs études indiquent que le saignement majeur est lié à une mortalité accrue et à un risque accru d'événements indésirables après une ICP. Le comité a estimé qu'il serait difficile de produire des rapports sur la fréquence des saignements majeurs (au site d'accès ou non) après une ICP. Les transfusions sanguines ont donc été choisies en tant qu'indicateur de qualité afin de mesurer les complications hémorragiques graves survenant après une ICP. Il a été indiqué que les transfusions associées à un PAC devraient être exclues de l'analyse. La fréquence des transfusions sanguines après une ICP dépend de nombreux facteurs, et il est donc nécessaire d'avoir une modélisation d'ajustement aux risques permettant de bien faire rapport de cet indicateur de qualité (IQ). Il sera difficile de produire des rapports sur cet IQ à cause de la complexité de la collecte de données. Le comité recommande donc d'utiliser l'admission témoin à l'hôpital en tant que moment idéal pour la collecte de données et la production de rapports relatifs à cet IQ.

Recommandation(s) clinique(s)

Production de rapport annuel par région et établissement avec analyse de tendance séquentielle.

Type de rapport

Les résultats seront présentés sous la forme d'un taux brut (%), d'un rapport O/P et d'un taux ajusté aux risques (%). Tous les rapports doivent inclure des intervalles de confiance de 95 %.

Difficultés de mise en œuvre et d'interprétation

La Base de données sur les congés des patients (BDCP) et la Base de données de morbidité hospitalière (BDMH) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ne contiennent aucune information sur les transfusions sanguines documentées pendant l'admission témoin après une ICP. Heureusement, selon le Manuel de la BDCP 2014-2015, l'élément de données « indicateur de transfusion sanguine » précise si un patient a reçu ou non une transfusion sanguine avec des produits sanguins ou des composants venant de la banque de sang de l'établissement produisant le rapport pendant l'épisode de soins, sauf pour une province où il s'agit d'un élément facultatif.

Toutes les provinces ne fournissent pas des données de laboratoire de cathétérisme à la BDCP. Il faut donc inclure des données du Système national d'information sur les soins ambulatoires.

La production de rapports sur cet IQ risque d'être difficile à cause de la complexité de la collecte de données.

Même s'il existe de nombreuses bases de données de grande qualité, il n'y a pas actuellement de base de données à l'échelle du Canada offrant des variables et des définitions uniformes.

Il sera difficile d'un point de vue statistique de procéder à un ajustement aux risques si la fréquence est faible et très variable. Le danger de classer un centre d'ICP comme valeur aberrante pourrait être élevé.

AVC PÉRI-ICP

Description	Taux d'accident vasculaire cérébral ajusté aux risques pendant un même épisode de soins chez les patients adultes qui subissent une intervention coronarienne percutanée (ICP).
Numérateur	Nombre de patients au dénominateur qui ont subi un AVC pendant ou après une ICP.
Dénominateur	Tous les patients de 18 ans et plus qui subissent une ICP pendant la période d'observation sélectionnée.
Méthode de calcul	Taux brut : (numérateur/dénominateur) x 100 % Le modèle logistique ajusté en fonction du risque de l'ICIS sera élaboré pour la population en utilisant des techniques de modélisation unidimensionnelle et multidimensionnelle normalisées. On calculera le taux d'AVC prédit ou prévu pour le sous-ensemble démographique précisé, et le rapport obtenu en divisant les cas observés (O) par les cas prévus (P). Le taux d'AVC ajusté aux risques est calculé en multipliant le rapport O/P pour le sous-ensemble précisé par le taux d'AVC pour la population. Cet indicateur est ajusté au sexe et à l'âge (moins de 70 ans, de 70 à 79 ans, 80 ans et plus), au diabète présentant des complications, à l'insuffisance cardiaque/œdème pulmonaire, aux dysrythmies cardiaques, au choc, à l'ICP et à la chirurgie cardiaque (PAC et/ou intervention valvulaire) dans un même épisode de soins, à une maladie vasculaire cérébrale antérieure, à un IAM, au STEMI et à l'angine instable.
Sources de données	Base de données sur les congés des patients (BDCP) et Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) Base de données de morbidité hospitalière (BDMH) Bases de données cliniques institutionnelles Dossiers de l'hôpital/dossiers des patients

Justification

« AVC » est utilisé comme terme étendu incluant toutes les hémorragies intracérébrales/du tronc cérébral ou les infarctus et les hémorragies sous-arachnoïdiennes. Le diagnostic initial est principalement clinique puisque les données radiologiques probantes prennent du retard dans le cas d'un AVC non hémorragique. Même si la fréquence d'AVC est faible chez les patients qui subissent un cathétérisme cardiaque et une ICP, il s'agit d'un résultat cliniquement important de ces interventions, représentant parfois des séquelles débilantes. La survenue d'AVC atteint sa fréquence maximale dans les 24 à 48 premières heures suivant l'intervention. Il convient de faire rapport sur la fréquence d'AVC après avoir procédé aux ajustements aux risques qui s'imposent.

Recommandation(s) clinique(s)

Production de rapport annuel par région, établissement et fournisseur avec analyse de tendance séquentielle.

Type de rapport

Les résultats seront présentés sous la forme d'un taux brut (%), d'un rapport O/P et d'un taux ajusté aux risques (%). Tous les rapports doivent inclure des intervalles de confiance de 95 %.

Difficultés de mise en œuvre et d'interprétation

Certains AVC n'ont peut-être aucun lien avec l'ICP. Les données administratives ne précisent pas toujours l'heure de survenue de l'AVC (avant ou après l'ICP), dans la mesure où les diagnostics de type 2 (diagnostic après l'admission) n'ont pas d'indication temporelle. Même si un élément de donnée du BDCP/SNISA (préfixe de diagnostic) permet de déterminer si l'AVC s'est produit avant ou après l'ICP, la qualité de cet élément de donnée reste plus ou moins fiable pour le moment.

Même s'il existe de nombreuses bases de données de grande qualité, il n'y a pas actuellement de base de données à l'échelle du Canada offrant des variables et des définitions uniformes.

Il sera difficile d'un point de vue statistique de procéder à un ajustement aux risques si la fréquence est faible et très variable. Le danger de classer un fournisseur ou un centre d'ICP comme valeur aberrante pourrait être élevé.

REMERCIEMENTS

La Société canadienne de cardiologie souhaite remercier sincèrement les personnes suivantes qui ont élaboré ce chapitre des indicateurs de qualité sur l'intervention coronarienne percutanée :

Groupe de travail du chapitre des indicateurs de qualité sur l'intervention coronarienne percutanée (IQ-ICP-GTC)

Ata ur Rehman Quraishi (président), Université Dalhousie (Nouvelle-Écosse)
Ron Carere, Université de la Colombie-Britannique
Anne Forsey, Réseau ontarien de soins cardiaques
Diane Galbraith, APPROACH (Alberta Provincial Project for Outcome Assessment in Coronary Heart disease)
Neala Gill, Cardiovascular Health Nova Scotia
Laurie Lambert, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec)
Andrea Lavoie, Université de la Saskatchewan et Regina Mosaic Heart Centre
Mina Madan, Université de Toronto
Greth Oakes, Réseau ontarien de soins cardiaques
Robert Welsh, Université de l'Alberta
Yanyan Gong, Institut canadien d'information sur la santé

Comité directeur des indicateurs de qualité

Paul Dorian, Hôpital St. Michael (Ontario)
Jafna Cox, Cardiovascular Health Nova Scotia
Virginia Flintloft, Institut canadien pour la sécurité des patients
Karin Humphries, Université de la Colombie-Britannique
Kori Kingsbury, Réseau ontarien de soins cardiaques
Andrew Kmetc, Cardiac Services BC
Merril Knudtson, Alberta Provincial Project for Outcome Assessment in Coronary Heart Disease (APPROACH)
Anne McFarlane, Institut canadien d'information sur la santé
François Philippon, Réseau québécois de cardiologie tertiaire (Québec)
Jack Tu, Équipe canadienne de recherche sur les résultats des interventions en santé cardiovasculaire
Sulan Dai, Agence de la santé publique du Canada
Mario Talajic (d'office), Institut de cardiologie de Montréal, et président, Société canadienne de cardiologie
Heather Ross (d'office), Réseau universitaire de santé, et vice-présidente, Société canadienne de cardiologie
Blair O'Neill (d'office), Alberta Health Services, et ancien président, Société canadienne de cardiologie

Soutien du projet

Anne Ferguson, chef de la direction, Société canadienne de cardiologie
Nick Neuheimer, directeur de projet, et directeur, promotion et politiques relatives à la santé, Société canadienne de cardiologie
Erin McGeachie, coordonnatrice de projet, Société canadienne de cardiologie
Philip Astles, gestionnaire de projet (à l'externe)

La production de ces documents a été rendue possible par la Société canadienne de cardiologie grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.

AVERTISSEMENT

Les opinions exprimées aux présentes ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

COPYRIGHT

© Tous droits réservés. Aucune partie du présent document ne peut être reproduite, stockée dans un système d'extraction ni transmise sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit, par voie électronique ou mécanique, par télécopieur, par enregistrement ou autrement, sans la permission écrite appropriée de la Société canadienne de cardiologie^{MC}.