

# Les recommandations de la HAS sur la prise en charge de l'infarctus en pratique

Les trajectoires de soins du patient atteint d'une pathologie cardiologique, en particulier dans un contexte urgent, sont aujourd'hui peu documentées. Cet article propose une réflexion sur les cadres et les contraintes qui balisent les possibilités de trajectoires des patients, au sein de réseaux ou plutôt de partenariats locaux qui paraissent très inégalement formalisés. Il n'est pas question ici des réseaux de soins dont la définition est aujourd'hui réglementée, mais d'une description des interactions qui existent entre producteurs de soins — établissements et professionnels — dans un espace donné, en insistant sur la façon dont ils sont coordonnés pour élaborer une stratégie de soins efficace pour le patient, dans le cadre des règles de bonnes pratiques nationales et locales.

Le choix de trajectoire de prise en charge de pathologie cardiologique s'est porté sur une pathologie traceuse particulière, l'infarctus du myocarde, qui a fait l'objet en 2006 [20] d'une conférence de consensus. L'édition de recommandations de pratiques professionnelles est un moment particulièrement éclairant, et l'occasion de mettre en perspective les acteurs qui organisent la prise en charge en articulant leurs objectifs et leurs moyens. L'élaboration de standards de bonnes pratiques ouvre des discussions entre acteurs/producteurs de soins et cet effort de consensus met en lumière les logiques professionnelles, souligne d'éventuels conflits d'objectifs et permet de révéler certains aspects des contraintes de terrain susceptibles de complexifier les trajectoires de patients.

## De la filière de prise en charge prescrite aux trajectoires possibles : les enjeux des réseaux d'acteurs locaux

Le patient atteint d'infarctus du myocarde est un patient dont le pronostic vital peut être engagé à court terme et dont la rapidité de désobstruction coronarienne conditionne le pronostic fonctionnel.

Les caractéristiques de la trajectoire idéale de ce patient sont décrites dans le cadre de la Conférence de consensus sous la question 3 : « *filières de prise en charge d'un patient avec une douleur thoracique évoquant un infarctus aigu* ». Le message fort est l'impératif de proposer une stratégie de reperfusion myocardique en urgence « *en tenant compte de la balance bénéfico-risque, des ressources hospitalières disponibles et du facteur temps* »<sup>1</sup>. Les deux alternatives thérapeutiques sont la fibrinolyse, ou l'angioplastie. La trajectoire prescrite

est décrite comme une course contre la montre où les deux premières heures sont cruciales.

### Une trajectoire recommandée

Les acteurs clés de la prise en charge de l'infarctus du myocarde en dehors des services de cardiologie sont les urgentistes du monde préhospitalier et les cardiologues exerçant en service de soins intensifs et dans des services de cardiologie interventionnelle (coronarographie). Elle peut, dans le cadre de certaines complications, faire intervenir des réanimateurs, anesthésistes, voire des chirurgiens cardiaques.

Les donneurs d'alerte, qui signalent les symptômes compatibles avec un infarctus du myocarde, peuvent être le patient et son entourage, le médecin généraliste, le cardiologue de ville, ou le médecin des urgences.

En contexte aigu, la filière prescrite désigne un coordinateur « gardien du temps », le médecin régulateur du Samu, défini comme « chrono-synchronisateur ». Il est au cœur de la figure 1 qui définit l'algorithme filière de soins pour le patient suspect d'infarctus du myocarde et est extrait de la conférence de consensus<sup>2</sup>.

Cette trajectoire met en jeu plusieurs producteurs de soins issus de différentes spécialités, urgentistes, cardiologues, éventuellement réanimateurs et chirurgiens. Les sites de production sont multiples : le domicile — qui devient lieu de soins par la présence du Smur —, le service mobile, et enfin la destination cardiologique d'intervention et/ou de surveillance intensive. On appréhende bien le rôle joué par les recommandations de pratiques professionnelles qui désignent un coordinateur, le médecin régulateur, et un lieu de coordination, le Samu.

La séquence idéale démarre dès l'alerte (figure 1) qui parvient au Samu, déclenche une unité mobile formée et équipée (tableau 1) pour la prise en charge du syndrome coronarien aigu. La deuxième étape se situe au chevet du malade, moment de diagnostic, de décision de stratégie de reperfusion (fibrinolyse ou angioplastie) géré par l'urgentiste préhospitalier, et d'orientation rapide, là encore coordonnée par le médecin régulateur sur lequel repose la responsabilité de l'orientation, dans les meilleurs délais. Pour le médecin régulateur, cela signifie solliciter très rapidement les cardiologues de l'aigu de proximité qui disposent de lits, d'une équipe et d'un plateau technique.

Les recommandations nationales sont, en pratique, confrontées aux réalités de terrain et nécessitent des traductions locales qui favoriseraient la fluidité de la prise en charge.

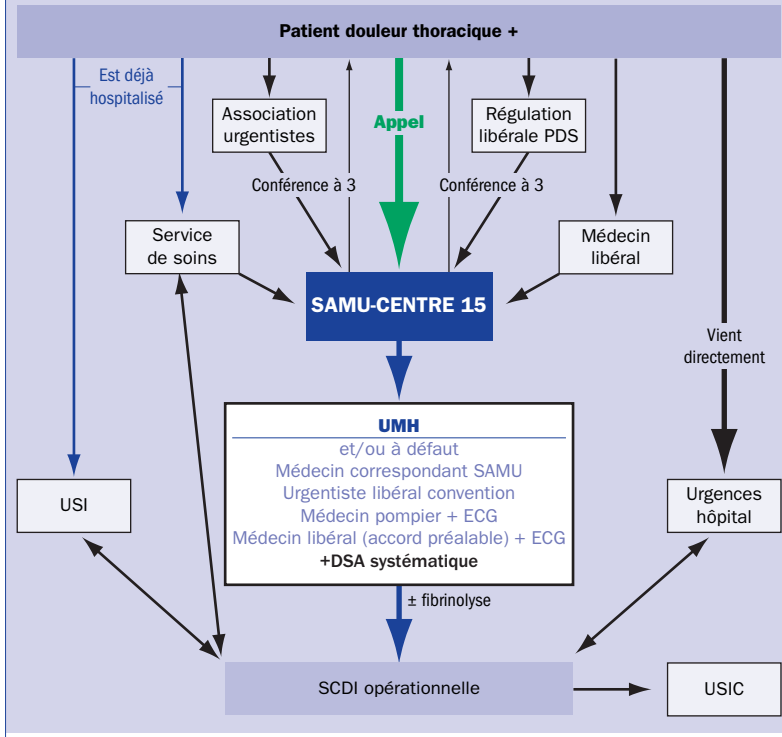
**Dr Valérie Thomas**  
**Dr Laurent Goix**  
**Dr Karim Tazarourte**  
Samu 77, centre hospitalier Marc Jacquet, Melun

1. Debierre V., Tazarourte K., « Quelles sont les caractéristiques des filières de prise en charge d'un patient avec une douleur thoracique évoquant un infarctus aigu ». Textes d'experts, 2006, HAS.

2. Texte de recommandations de la conférence de consensus, « Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie », version courte corrigée, avril 2007.

figure 1

**Algorithme de filière de soin pour les patients présentant une douleur thoracique suspecte d'un infarctus du myocarde (conférence de consensus, 2006)**



**La trajectoire idéale à l'épreuve des faits : les parcours possibles**

Le patient coronarien, même en l'absence de complications nécessitant d'autres plateaux techniques, peut connaître des trajectoires diverses : il peut se rendre chez son médecin traitant ou aux urgences par ses propres moyens, prenant un risque important en termes de pronostic vital, tarder à joindre les secours en raison d'un encombrement des lignes du 15, et être acheminé dans un service de cardiologie à distance de son domicile pour des raisons de disponibilité des lits.

Plusieurs éléments interviennent pour modifier sa trajectoire : des déterminants « patients » et des facteurs relevant de l'organisation du système de santé.

**Le patient : les déterminants du recours aux soins**

Les déterminants d'un « bon » recours aux soins par le patient — faire le 15 lorsqu'on ressent une douleur dans la poitrine par exemple — sont multiples. L'état de santé préalable, l'âge, le sexe, la catégorie sociale, le niveau d'éducation et le revenu du ménage interviennent dans les modalités de recours aux soins et plus largement sur la santé [10, 52]. L'environnement (voisinage, isolement, zone urbaine ou rurale) entre en compte au même titre que les habitudes dites « culturelles » qui renvoient par exemple aux difficultés de recours aux soins pour les migrants de première génération, qui,

en plus d'une possible barrière de langue, ont pour référence le fonctionnement du système de santé de leur pays d'origine.

On sait cependant que l'état de santé préalable et les conseils des professionnels de santé sont souvent les premiers facteurs qui expliquent la trajectoire des patients [13]. L'offre de soins locale joue ici un rôle déterminant.

**L'offre de soins et les pratiques locales**

L'organisation de filières de soins est dépendante du tissu local de l'offre de soins du bassin de population, du public de patients concernés (niveau socio-économique) et de la qualité de la permanence des soins qui peut entraîner un recours tardif aux soins. La figure 2 reprend l'algorithme de la conférence de consensus en y ajoutant certains acteurs médicaux et quelques contraintes clés.

Les contraintes qui pèsent sur les différents professionnels conditionnent également la qualité de leur collaboration, dont dépend la fluidité de la trajectoire des patients. Par ailleurs, l'organisation et la division du travail des mondes médicaux au sein desquels le patient coronarien est pris en charge sont très diverses. Si on prend pour exemple les cardiologues de soins intensifs, on constate qu'ils sont au moins sous une double contrainte matérielle : contrainte spatiale, puisqu'ils ne peuvent accepter un patient qu'à la condition d'avoir des lits disponibles, et contrainte de moyen et d'accessibilité de leur plateau technique : une équipe de cardiologues interventionnels doit être disponible immédiatement.

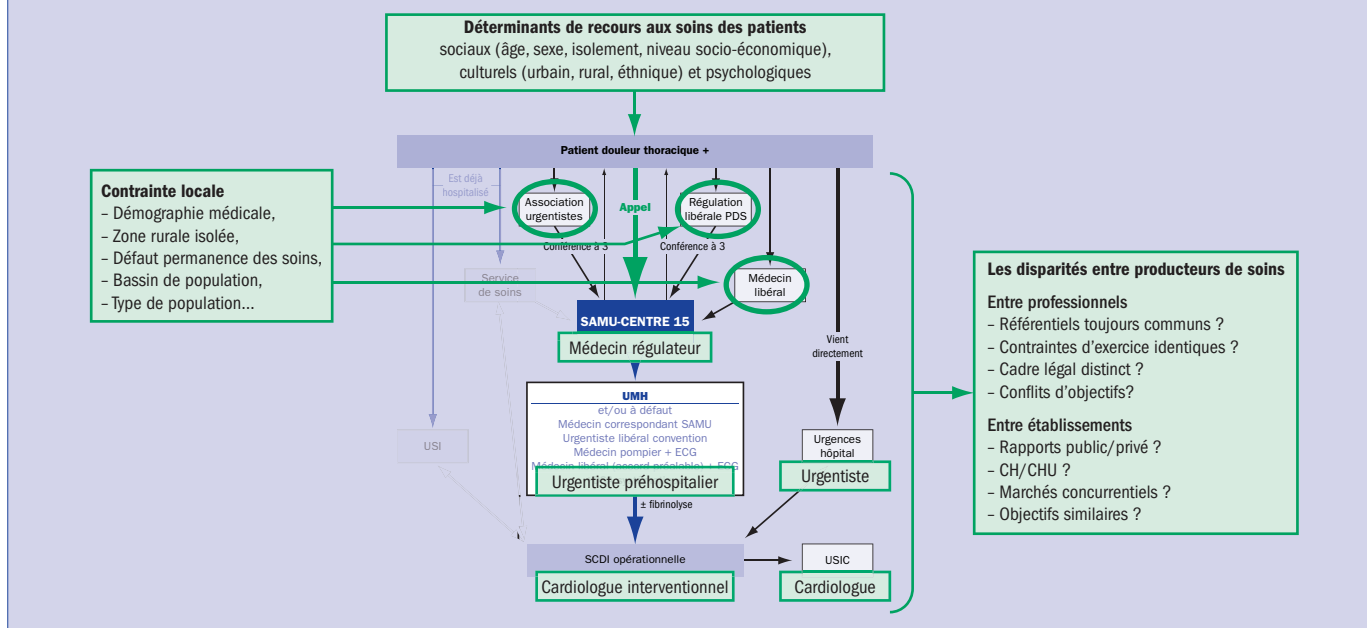
Au Samu-Centre 15, comme aux urgences, le patient est au milieu d'un flux d'autres cas à gérer, les espaces de soins sont ouverts, les médecins en charge ne peuvent contrôler leurs entrées et gèrent plusieurs situations cliniques simultanément. De plus, les urgentistes sont tributaires de l'offre de producteurs de soins locaux.

**Les trajectoires de prise en charge de l'infarctus du myocarde : un coordinateur désigné**

Le coordinateur de la trajectoire du patient atteint d'un infarctus, le médecin régulateur du Samu, est en effet un gardien du temps mais subit de multiples pressions : il doit s'assurer de la coordination, de la continuité et de la fluidité de la trajectoire en déjouant un bon nombre d'obstacles. Il doit trouver la place disponible et s'assurer du choix approprié du moyen d'acheminement. Il est l'un des garants de la qualité des soins délivrés et veille à la correspondance des décisions prises sur le terrain par les urgentistes et cardiologues avec les règles de bonne pratique nationales et en respectant les protocoles locaux. Enfin, il doit pouvoir utiliser les réseaux habituels de l'établissement et du service, maîtriser l'offre de soins de son territoire d'exercice et parfois mobiliser des ressources plus personnelles pour faciliter une admission en urgence.

Le médecin régulateur a un rôle clé, comme il est décrit dans le texte de recommandation, et le travail médical effectué en régulation va donc bien au-delà d'un contrôle du temps : il coordonne toutes les étapes de la

figure 2 **Filières de soins sous contraintes : l’algorithme de la conférence de consensus à l’épreuve des contraintes, quelques exemples**



trajectoire du patient dans un objectif d’optimisation de la qualité des soins offerts, avec l’obsession du temps dans le contexte de notre exemple coronarien.

Ce coordinateur est un acteur charnière, dont les contours du métier et la nature des compétences pourraient être mieux définis, ce qui homogénéiserait les pratiques. Cet acteur met en œuvre de nouvelles formes de coopération professionnelle, s’adapte à des environnements distincts – ses interlocuteurs sont des professionnels du public, du privé, éventuellement universitaires, exerçant en zone urbaine ou rurale. À l’heure où se discutent les modalités de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé [34], il semblerait intéressant de réfléchir à ces pratiques médicales.

Afin de parvenir à un bon niveau de coordination, il est essentiel que l’ensemble des professionnels qui jalonnent le parcours de prise en charge aient en commun des référentiels professionnels nationaux forts, comme les recommandations nationales de pratiques. Cependant, les retranscriptions locales de ces recommandations sont nettement moins formalisées. Il paraît pourtant aujourd’hui essentiel d’apprendre à articuler cadres globaux et pratiques locales par le biais d’un travail d’ajustement et d’interprétation des cadres généraux.

**Les trajectoires de prise en charge à l’articulation entre régulations nationales et contraintes de terrain**

Confronter la filière idéale prescrite avec la réalité permet de mettre au jour une partie des contraintes qui pèsent sur le soin en urgence du malade coronarien et révèle

tableau 1

**Question 3. Conférence de consensus en dehors des services de cardiologie : les filières de soins**

Quelles sont les caractéristiques des filières de prise en charge d’un patient avec une douleur thoracique évoquant un infarctus aigu ?

Compte tenu des pertes de chances induites par le retard diagnostique et thérapeutique pour les patients en phase aiguë d’un IDM, il faut insister sur la réalisation répétée de campagnes d’éducation à destination du grand public et des professionnels de santé. L’objectif est de « prescrire le 15 ».

Les filières de prise en charge du patient avec une douleur thoracique évoquant un IDM aigu doivent idéalement fonctionner selon le schéma suivant :

- l’appel, qu’il provienne du patient lui-même ou d’un tiers appelant, doit aboutir au Samu-Centre 15 ;
- le médecin régulateur du Samu essaiera d’être mis directement en relation avec le patient, puis il déclenchera un effecteur dont le but est d’amener le patient en SCDI opérationnelle (filière cardiologique).

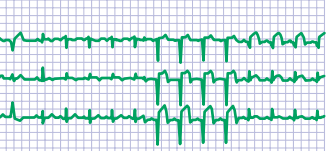
Le patient peut aussi se trouver dans un service hospitalier qui devra diagnostiquer et traiter l’IDM, soit en relation directe avec la SCDI opérationnelle, soit en relation avec le Samu-Centre 15.

Le jury recommande que le médecin régulateur du Samu soit le « gardien du temps » du déroulement de l’intervention. C’est lui qui fait le lien entre l’équipe d’intervention et l’équipe de la structure d’accueil.

Les moyens engagés en dehors des unités mobiles hospitalières (UMH) comportent au minimum :

- la présence d’un médecin avec ECG ;
- un vecteur de transport avec au moins défibrillateur semi-automatique (DSA) et O2.

Dans certaines situations d’exception définies par un isolement ou un défaut d’accessibilité durable et prévisible aux secours médicalisés et aux moyens d’évacuation rapides, le jury recommande la rédaction préalable de protocoles décisionnels.



les contours du cadre de la pratique médicale sur le terrain. Cette étude de cas permet de réfléchir à l'articulation entre niveau national de recommandations et les pratiques sur le terrain.

### De nouvelles régulations

Les formes de régulation du soin se sont aujourd'hui complexifiées, et l'impact des différents mouvements de réformes à l'œuvre ne semble pas toujours clairement appréhendé par les acteurs sur le terrain.

Différents registres très intriqués encadrent les pratiques de la médecine : registre qualité, professionnel, judiciaire, politique, économique, territorial... Chacun de ces registres se voit travaillé, réapproprié par les producteurs de soins, et transforme ainsi le paysage de la médecine en France. Plusieurs niveaux d'encadrement sont à prendre en compte.

Au niveau national, les textes juridiques posent certains enjeux du soin en urgence et reflètent aujourd'hui les difficultés d'organisation du travail de soin. Les institutions nationales comme la Haute Autorité de santé produisent des textes de recommandations professionnelles qui ont un caractère incitatif de standards de bonne pratique. Ils sont édictés en collaboration avec les représentants des disciplines médicales (collège de spécialités, sociétés savantes, associations professionnelles). Les cadres de régulation régionale et outils régionaux de mise en œuvre des réformes (agence régionale de l'hospitalisation - ARH -, et les outils de régulation que sont les schémas régionaux d'organisation sanitaires — Sros, le contrat d'objectifs et de moyens) fournissent des directives générales, globales de rationalisation économique du soin.

Ces différentes formes d'encadrement ne précisent pas les modalités de mise en œuvre de ces politiques : le « comment » reste à la charge des producteurs de soins sur le terrain, dans un contexte contraint politiquement et économiquement<sup>3</sup>. Dans l'exemple de l'infarctus du myocarde, la charge de la mise en œuvre repose sur un professionnel dont les contours du métier et les compétences sont insuffisamment définis. Par ailleurs, la question des délais à respecter n'est, en pratique, définie que par les professionnels de santé. Il faut rappeler qu'en France il n'existe pas de valeur réglementaire qui définit un délai de prise en charge « en urgence ». Les temps de l'urgence n'ont donc pas de norme : il est difficile d'entrevoir sans cette base, une homogénéisation des réponses en urgence à l'échelle d'un territoire.

Enfin, un effort de clarification des outils d'évaluation des différentes formes de régulation semble essentiel

afin de rendre plus lisibles et visibles les enjeux des transformations des contextes du soin.

### Les traductions locales de directives nationales : quels enjeux ?

Parmi les éléments de discussion qui découlent de l'exemple de la trajectoire de prise en charge de l'infarctus du myocarde, on retiendra l'importance des modalités de mise en œuvre des directives globales sur le terrain. Qu'il s'agisse de l'application locale des recommandations professionnelles nationales sous la forme de « protocole », ou des groupes de travail de type « projets médicaux territoriaux » mis en place pour transcrire les objectifs territoriaux des Sros, la traduction locale des politiques globales a encore des allures expérimentales. La création d'espaces de discussion entre décideurs et professionnels de terrain pourrait contribuer à clarifier les politiques, en favorisant lisibilité et réactivité des acteurs de terrain.

Par ailleurs, dans le contexte actuel d'évaluation médico-économique, on peut s'étonner de l'inexistence de procédures d'évaluation des trajectoires de patients cardiologiques dans un contexte urgent, quand on connaît leur poids en termes épidémiologique et économique. Les trajectoires de prise en charge sont mal connues et les règles de partenariat mériteraient d'être clarifiées.

Enfin, la désignation de coordinateurs de trajectoire, les Samu dans le contexte urgent, est en pratique essentielle. Le contenu de l'exercice de coordination mériterait cependant de gagner en visibilité, afin d'adapter de façon plus appropriée les moyens aux besoins, tant humains que matériels.

### Conclusion

Le cas particulier de l'infarctus du myocarde montre que la mise en œuvre de recommandations professionnelles peut en pratique aboutir à une trajectoire de prise en charge coordonnée par un seul acteur clé, dont les compétences et le niveau d'expertise sont mal connus. Cette trajectoire progresse entre professionnels, au hasard des partenariats locaux, partenariats construits entre établissements, mais qui reposent parfois sur le réseau de l'acteur coordinateur.

Cette première analyse soulève la question des liens entre cadres, standards, normes encadrant les soins délivrés sur le terrain. Nous avons évoqué l'exemple des délais de prise en urgence — premier ressenti de la qualité des soins par la population — qui n'a toujours par de traduction réglementaire. Alors que les réseaux de soins bénéficient de recommandations d'évaluation depuis plusieurs années [67], on peut questionner l'invisibilité des trajectoires locales de patients. Évaluer la qualité, l'efficacité et contribuer à rendre transparents les mécanismes actuels de coordination et de continuité de prise en charge pourraient participer à l'amélioration de la qualité des soins et à la maîtrise des dépenses de santé.



**3.** Pour un approfondissement de l'analyse de la liberté d'organisation du travail de soin, dans un contexte contraint économiquement et géographiquement nous renvoyons au travail de Lynda Syfer-Rivière qui développe une analyse des transformations de l'organisation du travail médical en oncologie dans le cadre de la mise en place des réseaux de cancérologie (travail de thèse en cours d'achèvement).