

TROUSSE D'OUTILS

pour soutenir l'implantation des
normes de qualité relatives aux
traitements de reperfusion de
l'infarctus aigu du myocarde avec
élévation du segment ST (IAMEST)
au Québec

Une production de l'Institut national d'excellence en santé
et en services sociaux

UNITÉ D'ÉVALUATION CARDIOVASCULAIRE (en ordre alphabétique)

Leila Azzi, M. Sc., biostatisticienne
Christiane Beauchamp, B. Sc., archiviste consultante
Peter Bogaty, M. D., conseiller médical et scientifique
Lucy Boothroyd, Ph. D., professionnelle scientifique
Céline Carroll, B. Sc., archiviste médicale consultante
Monique Desrosiers, archiviste médicale consultante
François Déry, Ph. D., professionnel scientifique
Huguette Dussault, agente de secrétariat
Maude Giguère, archiviste médicale consultante
Laurie Lambert, Ph. D., coordinatrice scientifique
Carole Sanscartier, A.M.A., archiviste médicale consultante
Louise St-Amant, archiviste médicale consultante
Maria Vutcovici, M. Sc., professionnelle scientifique

DIRECTION SCIENTIFIQUE

Michèle de Guise, M. D., FRCPC, M. M., directrice des services de santé et de l'évaluation des technologies

COMITÉ CONSULTATIF IAMEST (en ordre alphabétique)

D^r Jean-Pierre Déry, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
D^r Richard Harvey, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
D^r Simon Kouz, Centre hospitalier régional de Lanaudière
D^r Philippe L'Allier, Institut de cardiologie de Montréal
D^{re} Maryse Mercier, Hôtel-Dieu D'Arthabaska
D^r Normand Racine, RQCT
D^r Stéphane Rinfret, Centre universitaire de santé McGill
D^r Dave Ross, Services préhospitaliers d'urgence en Montérégie, Corporation d'Urgences-santé et Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
D^r Eli Segal, Hôpital général juif de Montréal et Corporation d'Urgences-santé
D^r Alain Tanguay, directeur médical UCCSPU, CISSS de Chaudière-Appalaches, site Hôtel-Dieu de Lévis

COMITÉ DIRECTEUR DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE CARDIOLOGIE TERTIAIRE

D^r Normand Racine, Institut de cardiologie de Montréal, président
Nathalie Labrecque, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, MSSS, coordinatrice
D^r François Philippon, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Hôpital Laval
D^r Martin Bernier, Centre universitaire de santé McGill – Hôpital Général
Joël Brodeur, Direction du développement et du soutien professionnel, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
D^r Paul Farand, CIUSSS de l'Estrie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont
D^r Onil Gleeton, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Hôpital Laval
D^r Peter Guerra, Institut de cardiologie de Montréal
D^r Georges Honos, Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Hôpital Notre-Dame
D^r Michel Pellerin, Association des chirurgiens cardiaques et thoraciques du Québec
D^r Jean-Philippe Pelletier, Association des cardiologues du Québec
D^r Laurence Rudski, Hôpital Général Juif de Montréal
D^r Erick Schampaert, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

DIRECTION DU MÉDICAMENT

ÉQUIPE DE PROJET POUR LA SECTION 2 DE LA TROUSSE : ORDONNANCE ET OUTIL COMPLÉMENTAIRE À L'INTENTION DES ÉTABLISSEMENTS ET DES CLINICIENS

Karine Lejeune, auteure, B. Pharm., M. Sc.
Mélanie Tardif, Ph. D., auteure et coordonnatrice scientifique
Lucy Boothroyd, Ph. D.
Laurie Lambert, Ph. D.
Sylvie Bouchard, B. Pharm., D.P.H., M. Sc., MBA, directrice scientifique
Michèle de Guise, M.D., FRCPC, M.M.

COMITÉ CONSULTATIF FIBRINOLYSE

D^{re} Marie-Dominique Breault, M. D., urgentologue
D^r Mark Blostein, M. D., hématologue
D^r Peter Bogaty, M. D., cardiologue
Marie-Pier Devin, infirmière
Suzy-Ann Godin, B. Pharm., M. Sc.
D^r Simon Kouz, M. D., cardiologue
D^{re} Maryse Mercier, M. D., interniste
D^{re} Céline Odier, M. D., neurologue

ÉQUIPE DU TRANSFERT DE CONNAISSANCES

Renée Latulippe, M.A., coordonnatrice scientifique
Anabelle Brière, phd, Ph. D., professionnelle scientifique
Jocelyne Guillot, B.A., graphiste
Denis Santerre, M.B.S.I., conseiller en information scientifique
Catherine Lavoie, réviseuse linguistique

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Bibliothèque et Archives Canada, 2017
ISBN 978-2-550-78734-1 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2017

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Trousse d'outils pour soutenir l'implantation des Normes de qualité relatives aux traitements de reperfusion de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) au Québec. Document rédigé par l'Unité d'évaluation cardiovasculaire. Québec, Qc : INESSS; 38p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

TABLE DES MATIÈRES

Sigles et acronymes	iv
Introduction	v
Section 1. Outil d'aide à la mesure des indicateurs du suivi de l'implantation et de l'atteinte des normes de qualité relatives à la prise en charge de l'IAMEST	1
Indicateurs de qualité prioritaires	2
Indicateurs de processus (délais)	3
Proportion de patients atteints d'un IAMEST ayant un délai de ≤ 10 minutes du triage à l'ECG	3
Proportion de patients atteints d'un IAMEST ayant un délai de ≤ 30 minutes du triage à la fibrinolyse	4
Proportion de patients atteints d'un IAMEST transférés ayant un délai de ≤ 30 minutes du triage au départ de l'hôpital non ICP	5
Proportion de patients atteints d'un IAMEST transférés ayant un délai de ≤ 120 minutes du premier contact médical à l'ICPP	6
Proportion de patients atteints d'un IAMEST ayant un délai de ≤ 90 minutes du premier contact médical à l'ICPP	7
Indicateurs de structure.....	8
Présence d'un responsable local de l'amélioration de la qualité dédié à l'IAMEST	8
Présence d'un comité local d'amélioration continue	9
Présence d'une entente écrite par partenariat (centre non ICP – centre ICP – services préhospitaliers).....	10
Tenue de réunions multidisciplinaires annuelles par partenariat (centre non ICP – centre ICP – services préhospitaliers) sur les résultats des indicateurs de qualité prioritaires.....	11
Section 2. Analyse des composantes du continuum de soins	12
Admissions directes.....	13
Fibrinolyse dans un centre non ICP ou transferts interhospitaliers en vue d'une ICPP	13
Section 3. Outils d'aide à la pratique pour soutenir l'implantation et l'atteinte des normes de qualité relatives à la prise en charge de l'IAMEST	14
Algorithmes du RQCT	15
Algorithme : centre ICP	15
Algorithme : centre de fibrinolyse et (ou) transfert interhospitalier	16
Algorithme : centre de fibrinolyse.....	17
Ordonnance et outil complémentaire à l'intention des établissements et des cliniciens ...	18
Section 4. Proposition de structure de gouvernance en cardiologie pour soutenir l'implantation et l'atteinte des normes de qualité relatives à la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) au Québec.....	30
Proposition de structure de gouvernance	31
Comité local IAMEST	32
Comité de partenariat IAMEST	33
Section 5. Pour en savoir plus sur la prise en charge de l'IAMEST au Québec	34
Suggestions de publications à consulter	35
Références	37

SIGLES ET ACRONYMES

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DRS	Douleur rétro-sternale
DSP	Direction des services professionnels
ECG	Électrocardiogramme
IAMEST	Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST
ICP	Intervention coronarienne percutanée
ICPP	Intervention coronarienne percutanée primaire
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec)
RQCT	Réseau québécois de cardiologie tertiaire

INTRODUCTION

La présente trousse d'outils a été élaborée dans le but de soutenir l'implantation des normes de qualité relatives aux traitements de reperfusion de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) au Québec, publiées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), en septembre 2016. Ces normes ont été établies en collaboration avec un Comité consultatif composé d'experts cliniciens et des membres du Comité directeur du Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT) afin d'harmoniser et d'optimiser les structures et les processus pour favoriser une prise en charge de haute qualité des patients atteints d'un IAMEST en phase aiguë.

Cette trousse d'outils s'adresse principalement aux professionnels de la santé des secteurs préhospitaliers et hospitaliers ainsi qu'aux autres parties prenantes et responsables (gestionnaires, décideurs) qui sont impliqués de près ou de loin dans la prise en charge des personnes atteintes d'un IAMEST en phase aiguë.

La trousse est divisée en cinq sections. La première présente un outil d'aide pour la mesure des indicateurs de qualité prioritaires pour le suivi de l'implantation et de l'atteinte des normes de qualité relatives à la prise en charge de l'IAMEST [INESSS, 2016]. En plus du suivi de ces indicateurs, il est encouragé que chaque centre élabore un plan d'action incluant d'autres indicateurs spécifiques pour le suivi de moyens locaux mis en place pour l'atteinte des normes de qualité. Dans le cadre de ces démarches locales d'amélioration continue, la fréquence de collecte de données et de rétroaction doivent s'appuyer sur le volume de patients [Brehaut et al., 2016; Spertus et al., 2005].

La deuxième section inclut une proposition de grilles d'analyses des composantes du continuum de soins ayant une influence potentielle sur les résultats des indicateurs de qualité prioritaires afin de soutenir l'élaboration de plans d'action locaux.

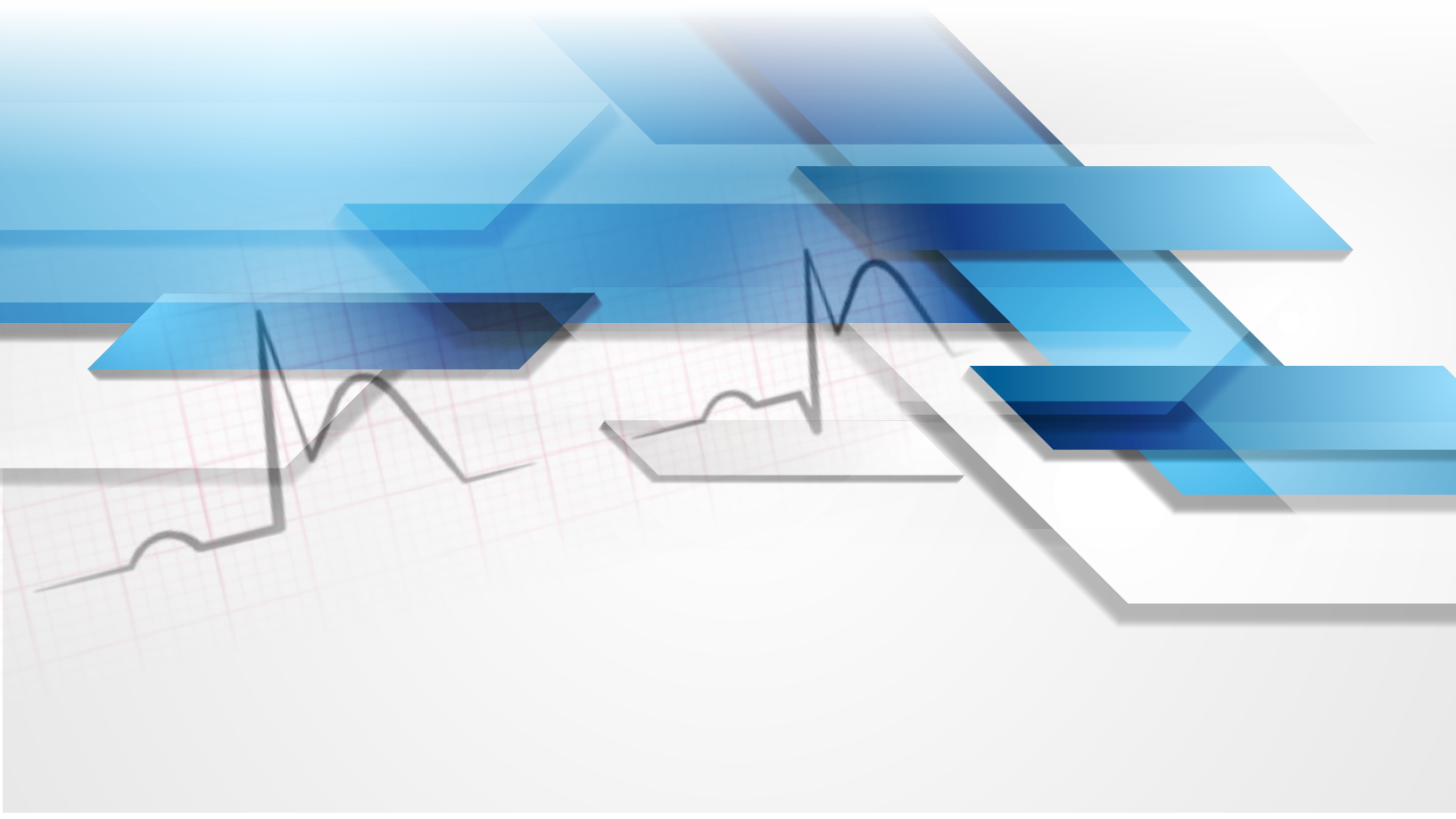
La troisième section de la trousse comprend des outils d'aide à la pratique soit des algorithmes décisionnels pour les centres ICP, les centres de fibrinolyse et (ou) de transferts interhospitaliers et les centres où la fibrinolyse est privilégiée.

La quatrième section de la trousse suggère une structure de gouvernance pour soutenir l'implantation et l'atteinte des normes de qualité. Enfin, la dernière section présente une liste de références (publications de l'INESSS et articles scientifiques) pour de plus amples informations au sujet de la prise en charge de l'IAMEST, au Québec.

SECTION 1

Outil d'aide à la mesure

des indicateurs du suivi de
l'implantation et de l'atteinte des
normes de qualité relatives à la
prise en charge de l'IAMEST



INDICATEURS DE QUALITÉ PRIORITAIRES

Indicateurs de processus (délais)

Cible pendant les heures régulières de travail ou non

Proportion de patients atteints d'un IAMEST ayant un délai de ≤ 10 minutes du triage à l'ECG	$\geq 75 \%$
Proportion de patients atteints d'un IAMEST ayant un délai de ≤ 30 minutes du triage à la fibrinolyse	$\geq 75 \%$
Proportion de patients atteints d'un IAMEST transférés ayant un délai de ≤ 30 minutes du triage au départ de l'hôpital non ICP	$\geq 75 \%$
Proportion de patients atteints d'un IAMEST transférés ayant un délai de ≤ 120 minutes du premier contact médical à l'ICPP	$\geq 75 \%$
Proportion de patients atteints d'un IAMEST ayant un délai de ≤ 90 minutes du premier contact médical à l'ICPP	$\geq 75 \%$

Indicateurs de structure

Cible

Présence d'un responsable local de l'amélioration de la qualité dédié à l'IAMEST	100 %
Présence d'un comité local d'amélioration continue	100 %
Présence d'une entente écrite par partenariat (centre non ICP – centre ICP – services préhospitaliers)	100 %
Tenue de réunions multidisciplinaires annuelles par partenariat (centre non ICP – centre ICP – services préhospitaliers) sur les résultats des indicateurs de qualité prioritaires	100 %

INDICATEURS DE PROCESSUS (DÉLAIS) :



Indicateur

Proportion de patients atteints d'un IAMEST ayant un délai de ≤ 10 minutes du triage à l'ECG

 ≥ 75 % des patients

DESCRIPTION	
Définition	Proportion de patients atteints d'un IAMEST, pour qui un ECG hospitalier a été réalisé, ayant un délai du triage au 1 ^{er} ECG de ≤ 10 minutes <i>INESSS, 2016; Antman et al., 2004; CCN, 2013a</i>
Rationnel	Tous les patients soupçonnés d'IAMEST devraient avoir une évaluation clinique immédiate et un ECG pour établir le diagnostic et déterminer l'admissibilité au traitement de reperfusion. <i>CCN, 2013a</i>
Type d'indicateur	Processus
Norme(s)	Si un ECG doit être effectué à l'hôpital, il devrait être réalisé ≤ 10 minutes suivant l'arrivée du patient, pendant les heures régulières de travail ou non [INESSS, 2016]. <i>CCN, 2013a; Mission: Lifeline, 2013; 2014; Antman et al., 2004; opinion d'experts</i>
OPÉRATIONNALISATION	
Population	Patients ≥ 18 ans qui ont reçu leur congé de l'hôpital en ayant un diagnostic d'IAMEST et pour qui un ECG hospitalier a été réalisé à la salle d'urgence Type(s) d'établissement : centre ICP et centre non ICP <i>CCN, 2013a; opinion d'experts</i>
Période de référence	Selon les normes [INESSS, 2016], une analyse sur un échantillon raisonnable de cas devrait être documentée annuellement. Pour un suivi local dans un but d'amélioration continue, la période d'observation est celle durant laquelle suffisamment de cas peuvent être documentés pour fournir un portrait juste de la qualité [Spertus et al., 2005].
Méthode de calcul	Numérateur : le nombre de patients ayant un délai ≤ 10 minutes. Dénominateur : le nombre total de patients dans la population définie.
Unité de mesure	Pourcentage
Source de données	Dossiers médicaux (heure inscrite sur la bande du 1 ^{er} ECG) ou base de données locale
Présentation de l'indicateur	Par région, par centre, par intervenant, par période (pendant et en dehors des heures régulières de travail) Données brutes
Interprétation	Une proportion plus élevée indique une meilleure performance. Un indicateur de qualité en Ontario Une cible a été établie pour le Québec : ≥ 75 % des patients [INESSS, 2016].
Défis d'implantation et mises en garde	Données non disponibles dans MED-ECHO Absence de synchronisation des horloges et appareils
Responsables de la collecte de données	Centres ICP et non ICP



Indicateur

Proportion de patients atteints d'un IAMEST ayant un délai de ≤ 30 minutes du triage à la fibrinolyse

 ≥ 75 % des patients

DESCRIPTION	
Définition	Proportion de patients atteints d'un IAMEST qui ont reçu la fibrinolyse ayant un délai du triage à l'administration de la fibrinolyse de ≤ 30 minutes <i>INESSS, 2016; O'Connor et al., 2015; O'Gara et al., 2013; CCN, 2013a</i>
Rationnel	Les délais de traitement par la fibrinolyse devraient être réduits afin de minimiser la mortalité et la morbidité. <i>Krumholz et al., 2006; Schiele et al., 2016; CCN, 2013a</i>
Type d'indicateur	Processus
Norme(s)	Le délai entre le triage et l'administration de la fibrinolyse devrait être ≤ 30 minutes, pendant les heures régulières de travail ou non [INESSS, 2016]. <i>O'Connor et al., 2015; O'Gara et al., 2013; CCN, 2013a; Mission: Lifeline, 2014; opinion d'experts</i>
OPÉRATIONNALISATION	
Population	Patients ≥ 18 ans qui ont reçu leur congé de l'hôpital en ayant un diagnostic d'IAMEST et qui ont reçu un traitement de fibrinolyse à l'hôpital Type(s) d'établissement : centre ICP et centre non ICP <i>Krumholz et al., 2006; opinion d'experts</i>
Période de référence	Selon les normes [INESSS, 2016], une analyse sur un échantillon raisonnable de cas devrait être documentée annuellement. Pour un suivi local dans un but d'amélioration continue, la période d'observation est celle durant laquelle suffisamment de cas peuvent être documentés pour fournir un portrait juste de la qualité [Spertus et al., 2005].
Méthode de calcul	Numérateur : le nombre de patients ayant un délai ≤ 30 minutes. Dénominateur : le nombre total de patients dans la population définie.
Unité de mesure	Pourcentage
Source de données	Dossiers médicaux ou base de données locale
Présentation de l'indicateur	Par région, par centre, par intervenant, par période (pendant et en dehors des heures régulières de travail) Données brutes
Interprétation	Une proportion plus élevée indique une meilleure performance. Un indicateur de qualité aux États-Unis (AHA) et en Ontario Une cible a été établie pour le Québec : ≥ 75 % des patients [INESSS, 2016].
Défis d'implantation et mises en garde	Données non disponibles dans MED-ECHO Absence de synchronisation des horloges
Responsables de la collecte de données	Centres ICP et non ICP



Indicateur

Proportion de patients atteints d'un IAMEST transférés ayant un délai de ≤ 30 minutes du triage au départ de l'hôpital non ICP
 ≥ 75 % des patients

DESCRIPTION	
Définition	Proportion de patients atteints d'un IAMEST transférés en vue d'une ICPP ayant un délai du triage au départ de la salle d'urgence de l'hôpital non ICP ≤ 30 minutes <i>INESSS, 2016; O'Connor et al., 2015; O'Gara et al., 2013; CCN, 2013a</i>
Rationnel	Il faut optimiser le processus diagnostique et la rapidité de la décision concernant le traitement de reperfusion afin d'améliorer l'efficacité et de minimiser la mortalité et la morbidité. <i>Krumholz et al., 2006; Schiele et al., 2016; CCN, 2013a</i>
Type d'indicateur	Processus
Norme(s)	Pour un transfert interhospitalier en vue d'une ICPP, le délai du triage au départ de la salle d'urgence de l'hôpital non ICP devrait être dans un délai ≤ 30 minutes, pendant les heures régulières de travail ou non [INESSS, 2016]. <i>O'Connor et al., 2015; O'Gara et al., 2013; CCN, 2013a; Wilson et al., 2013; opinion d'experts</i>
OPÉRATIONNALISATION	
Population	Patients ≥ 18 ans qui ont reçu leur congé de l'hôpital en ayant un diagnostic d'IAMEST et qui ont été transférés en vue d'une ICPP Type(s) d'établissement : centre non ICP <i>Krumholz et al., 2006; opinion d'experts</i>
Période de référence	Selon les normes [INESSS, 2016], une analyse sur un échantillon raisonnable de cas devrait être documentée annuellement. Pour un suivi local dans un but d'amélioration continue, la période d'observation est celle durant laquelle suffisamment de cas peuvent être documentés pour fournir un portrait juste de la qualité [Spertus et al., 2005].
Méthode de calcul	Numérateur : le nombre de patients ayant un délai ≤ 30 minutes. Dénominateur : le nombre total de patients dans la population définie.
Unité de mesure	Pourcentage
Source de données	Dossiers médicaux ou base de données locale
Présentation de l'indicateur	Par région, par centre, par intervenant, par période (pendant et dehors des heures régulières de travail) Données brutes
Interprétation	Une proportion plus élevée indique une meilleure performance. Un indicateur de qualité en Ontario <i>CCN, 2013</i> Une cible a été établie pour le Québec : ≥ 75 % des patients [INESSS, 2016].
Défis d'implantation et mises en garde	Données non disponibles dans MED-ECHO Absence de synchronisation des horloges
Responsables de la collecte de données	Centres non ICP



Indicateur

Proportion de patients atteints d'un IAMEST transférés ayant un délai de ≤ 120 minutes du premier contact médical à l'ICPP

 ≥ 75 % des patients

DESCRIPTION	
Définition	Proportion de patients atteints d'un IAMEST qui ont reçu l'ICPP à la suite d'un transfert ayant un délai du premier contact médical à la 1 ^{re} intervention en vue d'une ICPP de ≤ 120 minutes <i>INESSS, 2016; O'Connor et al., 2015; O'Gara et al., 2013; CCN, 2013a</i>
Rationnel	Il faut optimiser la rapidité des transferts interhospitaliers et réduire les délais de traitement par l'ICPP afin d'améliorer l'efficacité et de minimiser la mortalité et la morbidité. <i>Krumholz et al., 2006; Schiele et al., 2016; CCN, 2013a</i>
Type d'indicateur	Processus
Norme(s)	Le délai entre le premier contact médical et la réalisation de l'ICPP qui nécessite un transfert interhospitalier devrait être ≤ 120 minutes, pendant les heures régulières de travail ou non [INESSS, 2016]. <i>O'Connor et al., 2015; O'Gara et al., 2013; CCN, 2013a; Quraishi et al., 2016; Mission: Lifeline, 2014; opinion d'experts</i> En ce qui a trait aux patients orientés en vue d'une ICPP, l'hôpital ICP devrait fournir, de façon routinière, les informations concernant les résultats de la coronarographie avec ou sans ICPP au médecin orienteur de l'hôpital non ICP. Si une ICPP est effectuée, les informations (heure, type de tuteur) devraient également être transmises (INESSS, 2016). <i>CCN, 2013a; Mission: Lifeline, 2013; Rokos et al., 2013; opinion d'experts</i>
OPÉRATIONNALISATION	
Population	Patients ≥ 18 ans qui ont reçu leur congé de l'hôpital en ayant un diagnostic d'IAMEST qu'ils aient reçu ou non une coronarographie ou une ICPP Type(s) d'établissement : centre ICP et centre non ICP (selon l'hôpital d'admission du patient) <i>Krumholz et al., 2006; opinion d'experts</i>
Période de référence	Selon les normes (INESSS, 2016), une analyse sur un échantillon raisonnable de cas devrait être documentée annuellement. Pour un suivi local dans un but d'amélioration continue, la période d'observation est celle durant laquelle suffisamment de cas peuvent être documentés pour fournir un portrait juste de la qualité [Spertus et al., 2005].
Méthode de calcul	Pour les patients qui arrivent par ambulance, le premier contact médical réfère à l'arrivée du technicien ambulancier paramédic auprès du patient. Pour les patients qui arrivent par leurs propres moyens, le premier contact médical réfère au triage au centre non ICP où le patient s'est présenté initialement. Numérateur : le nombre de patients ayant un délai ≤ 120 minutes. Dénominateur : le nombre total de patients dans la population définie.
Unité de mesure	Pourcentage
Source de données	Dossiers médicaux du centre non ICP et centre ICP ou base de données du partenariat
Présentation de l'indicateur	Par région, par centre, par intervenant, par période (pendant et dehors des heures régulières de travail) Données brutes
Interprétation	Une proportion plus élevée indique une meilleure performance. C'est un indicateur de qualité en Ontario, où la définition du premier contact médical n'est pas claire pour les patients transportés par ambulance [CCN, 2013a] Une cible a été établie pour le Québec : ≥ 75 % des patients [INESSS, 2016].
Défis d'implantation et mises en garde	Données non disponibles dans MED-ECHO Le calcul de l'indicateur nécessite la collecte de données recueillies à deux ou trois points de la trajectoire de soins (préhospitalier, centre non ICP, centre ICP) selon l'accès à la première salle d'urgence (par ambulance ou par leurs propres moyens). Absence de synchronisation des horloges
Responsables de la collecte de données	Centres ICP et non ICP. Le centre ICP doit fournir les informations concernant l'ICPP (heure, type de tuteur) des patients transférés au centre non ICP.



Indicateur

Proportion de patients atteints d'un IAMEST ayant un délai de ≤ 90 minutes du premier contact médical à l'ICPP

≥ 75 % des patients

DESCRIPTION	
Définition	Proportion de patients atteints d'un IAMEST qui ont reçu l'ICPP par admission directe ayant un délai du premier contact médical à la 1 ^{re} intervention en vue d'une ICPP de ≤ 90 minutes. <i>INESSS, 2016; O'Connor et al., 2015; O'Gara et al., 2013; CCN, 2013a</i>
Rationnel	Il faut optimiser la rapidité des soins préhospitaliers et réduire les délais de traitement par l'ICPP afin d'améliorer l'efficacité et de minimiser la mortalité et la morbidité. <i>Krumholz et al., 2006; Schiele et al., 2016; CCN, 2013a</i>
Type d'indicateur	Processus
Norme(s)	Pour les patients atteints d'un IAMEST qui arrivent directement à un centre ICP, par ambulance ou par leurs propres moyens : le délai entre le premier contact médical et la réalisation de l'ICPP devrait être ≤ 90 minutes, pendant et en dehors des heures du travail [INESSS, 2016]. <i>O'Connor et al., 2015; O'Gara et al., 2013; Quraishi et al., 2016; CCN, 2013a; Mission: Lifeline, 2014; opinion d'experts</i>
OPÉRATIONNALISATION	
Population	Patients ≥ 18 ans qui ont reçu leur congé de l'hôpital en ayant un diagnostic d'IAMEST et qui ont reçu une ICPP à la salle d'urgence ou à la salle d'hémodynamie (si transporté directement en hémodynamie, au centre ICP où le patient s'est présenté initialement) Type(s) d'établissement : centre ICP <i>Krumholz et al., 2006; opinion d'experts</i>
Période de référence	Selon les normes [INESSS, 2016], une analyse sur un échantillon raisonnable de cas devrait être documentée annuellement. Pour un suivi local dans un but d'amélioration continue, la période d'observation est celle durant laquelle suffisamment de cas peuvent être documentés pour fournir un portrait juste de la qualité [Spertus et al., 2005].
Méthode de calcul	Pour les patients qui arrivent par ambulance, le premier contact médical réfère à l'arrivée du technicien ambulancier paramédic auprès du patient. Pour les patients qui arrivent par leurs propres moyens, le premier contact médical réfère au triage au centre ICP. Numérateur : le nombre de patients ayant un délai ≤ 90 minutes. Dénominateur : le nombre total de patients dans la population définie.
Unité de mesure	Pourcentage
Source de données	Dossiers médicaux ou base de données locale
Présentation de l'indicateur	Pour les patients qui arrivent par ambulance : par région, par centre, par intervenant, par période (pendant et en dehors des heures de travail) Pour les patients qui arrivent par leurs propres moyens : idem; Pour tous les patients : idem; Données brutes
Interprétation	Une proportion plus élevée indique une meilleure performance. Un indicateur de qualité aux États-Unis (AHA) et en Ontario Une cible a été établie pour le Québec : ≥ 75 % des patients [INESSS, 2016].
Défis d'implantation et mises en garde	Données non disponibles dans MED-ECHO Le calcul de l'indicateur nécessite la collecte de données recueillies à deux points de la trajectoire de soins (préhospitalier et intrahospitalier). Absence de synchronisation des horloges
Responsables de la collecte de données	Centres ICP

INDICATEURS DE STRUCTURE



Indicateur

Présence d'un responsable local de l'amélioration de la qualité dédié à l'IAMEST



100 % des centres (ICP et non ICP) du Québec

DESCRIPTION

Définition	Présence d'un responsable local de l'amélioration de la qualité dédié au suivi de la prise en charge de l'IAMEST selon les normes établies
Rationnel	Élément associé à la qualité des services. <i>CCN, 2013a</i>
Type d'indicateur	Structure
Norme(s)	Chaque établissement doit désigner un responsable de l'amélioration de la qualité qui se tient informé au sujet de son rendement relatif aux patients ayant subi un IAMEST desservis dans la région, sur une base régulière [INESSS, 2016]. <i>Masoudi et al., 2008 (AHA); Jollis et al., 2012b; opinion d'experts</i>

OPÉRATIONNALISATION

Population	Tous les centres ICP et non ICP du Québec
Période de référence	N/A
Méthode de calcul	N/A
Source de données	Les équipes cliniques des centres ICP et non ICP du Québec
Présentation de l'indicateur	Par centre : présence ou non d'un responsable local
Interprétation	Une cible a été établie pour le Québec : 100 % des centres (ICP et non ICP) [INESSS, 2016].
Défis d'implantation et mises en garde	Enjeux de temps, de disponibilité et de rémunération pour remplir une telle fonction
Responsables de la collecte de données	Chacun des centres (ICP et non ICP)



Indicateur

Présence d'un comité local d'amélioration continue



100 % des centres (ICP et non ICP) du Québec

DESCRIPTION	
Définition	Documentation d'une rencontre du comité local d'amélioration continue
Rationnel	Élément associé à la qualité des services. <i>CCN, 2013a</i>
Type d'indicateur	Structure
Norme(s)	Chaque établissement doit disposer d'un comité d'amélioration continue, formel et consacré (voir Section 4 de la trousse), qui se réunit sur une base régulière* au sujet de la prise en charge de l'IAEST, et des procès-verbaux des rencontres [INESSS, 2016]. <i>CCN, 2013a; opinion d'experts</i>
OPÉRATIONNALISATION	
Population	Tous les centres ICP et non ICP du Québec
Période de référence	Selon les normes [INESSS, 2016], un procès-verbal d'au moins une rencontre devrait être documenté annuellement.
Méthode de calcul	N/A
Source de données	Procès-verbal de la rencontre Le responsable local de l'amélioration de la qualité dédié à l'IAEST
Présentation de l'indicateur	Par centre : • Présence ou non d'un comité local d'amélioration continue • Procès-verbaux rédigés au moins une fois par année
Interprétation	Une cible a été établie pour le Québec : 100 % des centres (ICP et non ICP) [INESSS, 2016].
Défis d'implantation et mises en garde	Enjeux de temps, de disponibilité et de rémunération pour participer à de telles rencontres
Responsables de la collecte de données	Le responsable local de l'amélioration de la qualité de chacun des centres (ICP et non ICP)

*Selon Brehaut et ses collaborateurs [2016], le feedback fréquent plutôt qu'à un seul moment déterminé doit être encouragé et cette fréquence devrait idéalement être guidée par le nombre de nouveaux cas.



Indicateur

Présence d'une entente écrite par partenariat (centre non ICP – centre ICP – services préhospitaliers)



100 % des partenariats

DESCRIPTION	
Définition	Présence d'une entente écrite de partenariat (centre non ICP – centre ICP – services préhospitaliers) précisant les processus de soins et de transmission de l'information.
Rationnel	Élément associé à des délais de traitement de reperfusion réduits. <i>O'Gara et al., 2013</i>
Type d'indicateur	Structure
Norme(s)	Chaque hôpital non ICP doit être en partenariat avec un hôpital ICP spécifique (selon un principe de non-refus des cas). Les services préhospitaliers doivent être intégrés dans ce corridor de service (voir Section 4 de la trousse). Un deuxième hôpital ICP « de secours » (<i>back-up</i>) devrait être désigné en cas de circonstances exceptionnelles [INESSS, 2016]. <i>O'Gara et al., 2013; CCN, 2013a, b; Mission: Lifeline, 2013; Rokos et al., 2013; Jollis et al., 2012a; opinion d'experts</i>
OPÉRATIONNALISATION	
Population	Les centres non ICP, les centres ICP et les services préhospitaliers associés au traitement de l'AMEST au Québec
Période de référence	N/A
Méthode de calcul	N/A
Source de données	Les partenariats
Présentation de l'indicateur	Par partenariat : présence d'une entente écrite oui ou non
Interprétation	Une cible a été établie pour le Québec : 100 % des partenariats [INESSS, 2016].
Défis d'implantation et mises en garde	Le niveau d'implantation d'une entente écrite est tributaire de la volonté de collaborer de tous les partenaires.
Responsables de la collecte de données	Le responsable local de l'amélioration de la qualité du centre ICP et du centre non ICP de chaque partenariat



Indicateur

Tenue de réunions multidisciplinaires annuelles par partenariat (centre non ICP – centre ICP – services préhospitaliers) sur les résultats des indicateurs de qualité prioritaires



100 % des partenariats

DESCRIPTION	
Définition	Tenue d'au moins une réunion multidisciplinaire annuelle par partenariat (centre non ICP – centre ICP – services préhospitaliers) sur les résultats des indicateurs de qualité prioritaires chez un échantillon raisonnable de patients
Rationnel	Élément associé à des délais de traitement de reperfusion réduits. <i>O'Gara et al., 2013; Harold et al., 2013; Jollis et al., 2012b</i>
Type d'indicateur	Structure
Norme(s)	Selon les indicateurs de qualité standardisés, chaque établissement doit avoir un suivi du rendement relatif aux patients ayant subi un IAMEST tout au long du continuum de soins, au moyen d'une révision annuelle d'un échantillon raisonnable de cas [INESSS, 2016]. CCN, 2013a; opinion d'experts
OPÉRATIONNALISATION	
Population	Tous les partenariats (centre non ICP – centre ICP – services préhospitaliers)
Période de référence	Selon les normes [INESSS, 2016], un procès-verbal d'au moins une rencontre devrait être documenté annuellement.
Méthode de calcul	N/A
Source de données	Les partenariats
Présentation de l'indicateur	Par partenariat : procès-verbaux rédigés au moins une fois par année
Interprétation	Une cible a été établie pour le Québec : 100 % des partenariats [INESSS, 2016].
Défis d'implantation et mises en garde	Enjeux de temps, de disponibilité et de rémunération pour participer à de telles rencontres.
Responsables de la collecte de données	Le responsable local d'amélioration de la qualité du centre ICP de chaque partenariat

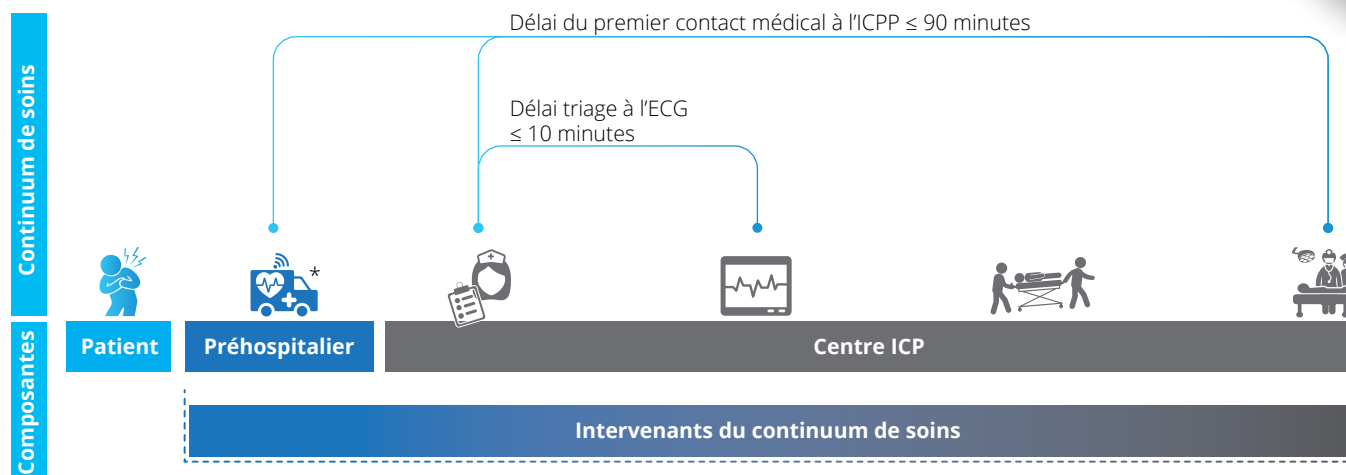
SECTION 2

Analyse des composantes du continuum de soins



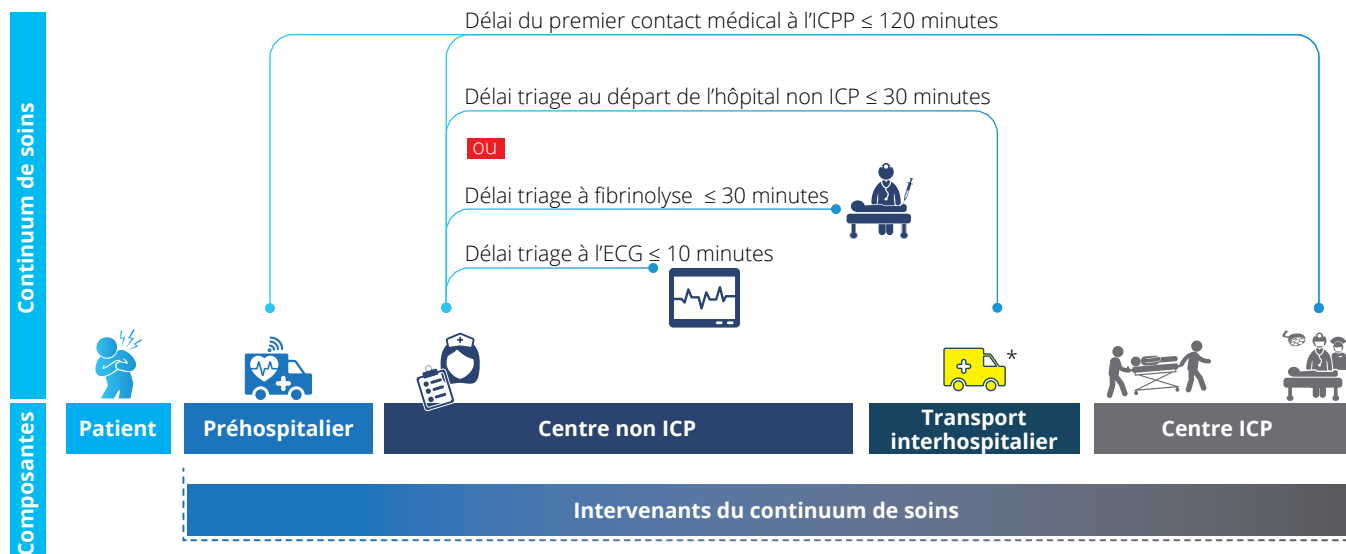
ANALYSE DES COMPOSANTES DU CONTINUUM DE SOINS

ADMISSIONS DIRECTES



*Envisager si transport préhospitalier à un centre ICP ≤ 60 minutes.

FIBRINOLYSE DANS UN CENTRE NON ICP OU TRANSFERTS INTERHOSPITALIERS EN VUE D'UNE ICPP



*Envisager si transport interhospitalier ≤ 45 minutes.

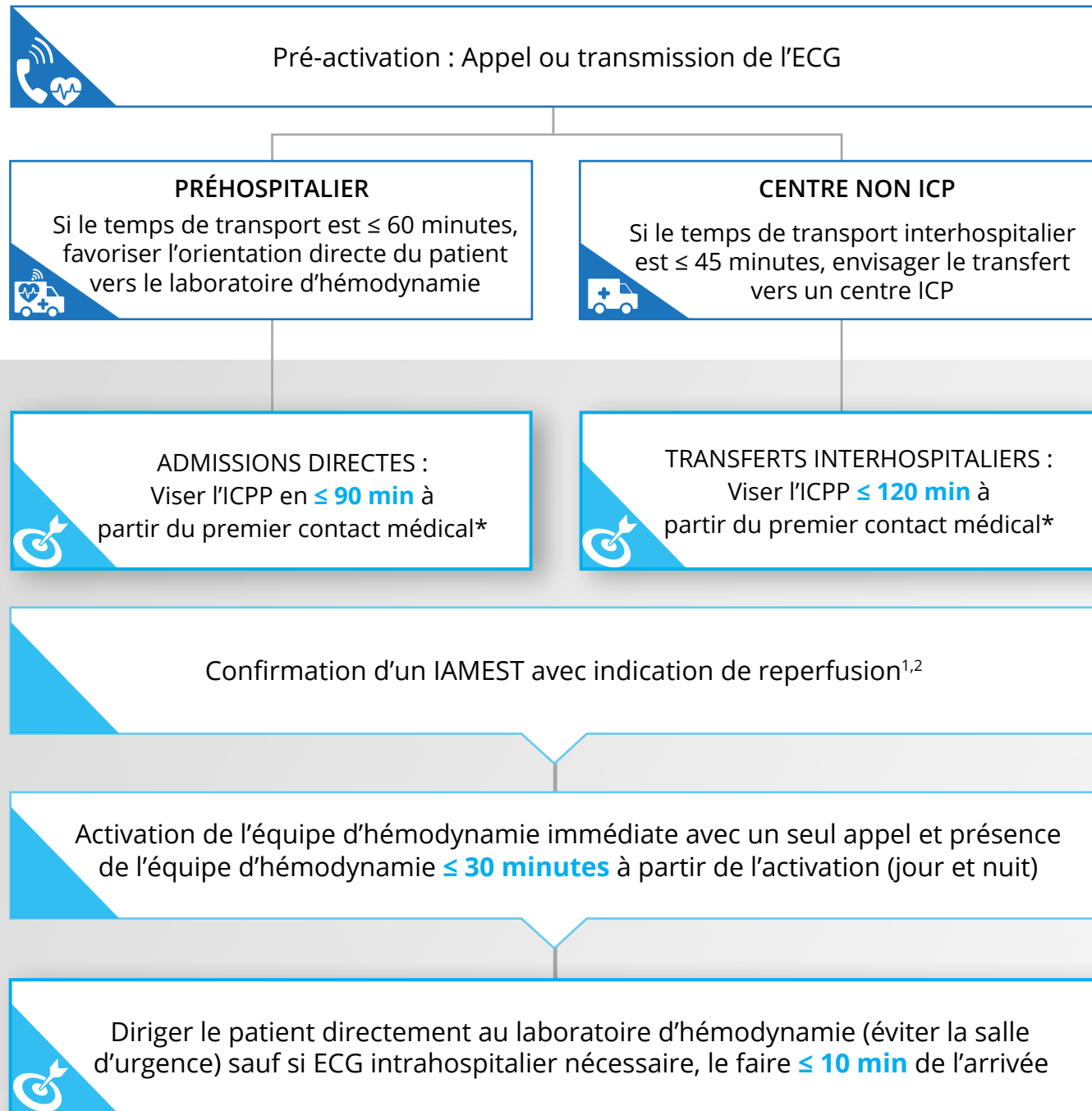
SECTION 3

Outils d'aide à la pratique

pour soutenir l'implantation et
l'atteinte des normes de qualité
relatives à la prise en charge de
l'IAMEST



ALGORITHME : CENTRE ICP



Modifications adoptées le 1^{er} février 2017 par le RQCT de l'algorithme de 2009 en conformité avec les normes établies pour le Québec (INESSS; 2016).

* Le premier contact médical réfère à l'arrivée du technicien ambulancier paramédic auprès du patient ou à l'arrivée au triage à l'hôpital.

1. Indication de reperfusion : patient avec des douleurs rétrosternales depuis 12 heures ou moins **ET** ECG 12 dérivations compatible avec un IAMEST :

- a) Sus-décalage ST d'au moins 2 mm dans 2 dérivations consécutives en V1-3 OU
- b) Sus-décalage ST d'au moins 1 mm dans 2 autres dérivations contiguës.

2. Dans le cas d'un bloc de branche gauche (BBG) complet accompagné d'une symptomatologie compatible à un IAMEST, une concertation entre l'urgentologue et un expert consultant est suggérée pour faciliter la prise de décision pour un traitement de reperfusion par fibrinolyse ou par intervention coronarienne percutanée primaire (ICPP).

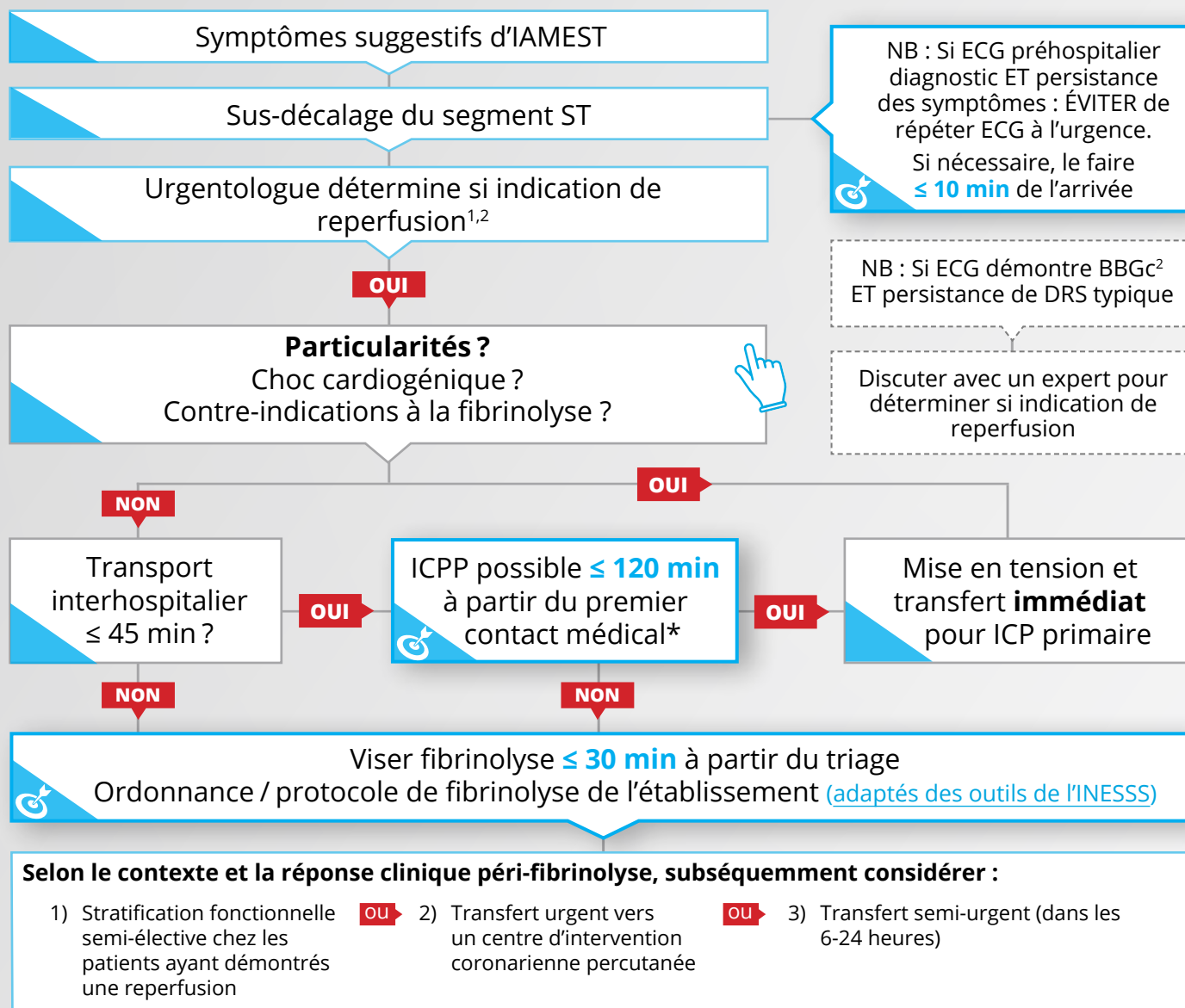
Il faut privilégier la fibrinolyse si la durée des symptômes est inférieure à 2 heures, surtout si le délai à l'ICPP risque d'être relativement long.

Références : O'Gara *et al.* Circulation 2013 ;127(4):529; O'Connor *et al.* Circulation 2015 ;132(18)(Suppl2) :S-483.

ALGORITHME : CENTRE DE FIBRINOLYSE ET (OU) TRANSFERT INTERHOSPITALIER

Pré-activation : Appel ou transmission de l'ECG

PRÉHOSPITALIER
Si le temps de transport est ≤ 60 minutes, favoriser l'orientation directe du patient vers le laboratoire d'hémodynamie



Modifications adoptées le 1^{er} février 2017 par le RQCT de l'algorithme de 2009 en conformité avec les normes établies pour le Québec (INESSS; 2016).

* Le premier contact médical réfère à l'arrivée du technicien ambulancier paramédic auprès du patient ou à l'arrivée au triage à l'hôpital.

1. Indication de reperfusion : patient avec des douleurs rétrosternales depuis 12 heures ou moins ET ECG 12 dérivation compatible avec un IAMEST :

a) Sus-décalage ST d'au moins 2 mm dans 2 dérivation consécutives en V1-3 OU

b) Sus-décalage ST d'au moins 1 mm dans 2 autres dérivation contiguës.

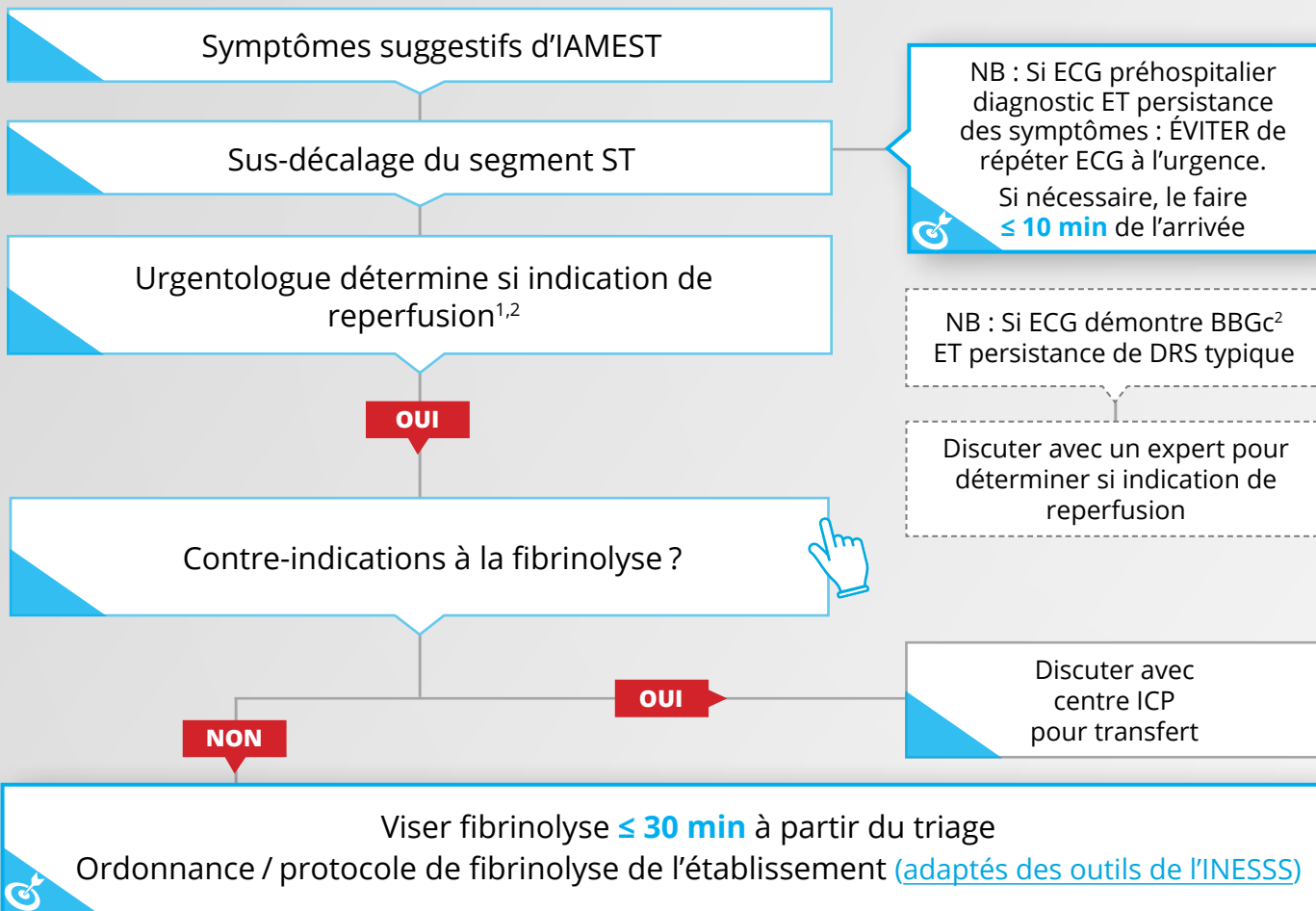
2. Dans le cas d'un bloc de branche gauche (BBG) complet accompagné d'une symptomatologie compatible à un IAMEST, une concertation entre l'urgentologue et un expert consultant est suggérée pour faciliter la prise de décision pour un traitement de reperfusion par fibrinolyse ou par intervention coronarienne percutanée primaire (ICPP).

Il faut privilégier la fibrinolyse si la durée des symptômes est inférieure à 2 heures, surtout si le délai à l'ICPP risque d'être relativement long.

Références : O'Gara et al. Circulation 2013 ;127(4):529; O'Connor et al. Circulation 2015 ;132(18)(Suppl2) :S-483.

ALGORITHME : CENTRE DE FIBRINOLYSE

Pré-activation : Appel ou transmission de l'ECG



Selon le contexte et la réponse clinique péri-fibrinolyse, subséquentement considérer :

- 1) Stratification fonctionnelle **OU** 2) Transfert urgent vers un centre d'intervention coronarienne percutanée **OU** 3) Transfert semi-urgent (dans les 6-24 heures)
- 1) Stratification fonctionnelle semi-élective chez les patients ayant démontrés une reperfusion

Modifications adoptées le 1^{er} février 2017 par le RQCT de l'algorithme de 2009 en conformité avec les normes établies pour le Québec (INESSS; 2016).

1. Indication de reperfusion : patient avec des douleurs rétrosternales depuis 12 heures ou moins ET ECG 12 dérivation compatible avec un IAM/EST :

- a) Sus-décalage ST d'au moins 2 mm dans 2 dérivation consécutives en V1-3 OU
- b) Sus-décalage ST d'au moins 1 mm dans 2 autres dérivation contiguës.

2. Dans le cas d'un bloc de branche gauche (BBG) complet accompagné d'une symptomatologie compatible à un IAM/EST, une concertation entre l'urgentologue et un expert consultant est suggérée pour faciliter la prise de décision pour un traitement de reperfusion par fibrinolyse ou par intervention coronarienne percutanée primaire (ICPP).

Il faut privilégier la fibrinolyse si la durée des symptômes est inférieure à 2 heures, surtout si le délai à l'ICCP risque d'être relativement long.

Références : O'Gara *et al.* Circulation 2013 ;127(4):529; O'Connor *et al.* Circulation 2015 ;132(18)(Suppl2) :S-483.

Fibrinolyse coronarienne

Ordonnance et outil complémentaire à l'intention des établissements et des cliniciens

L'ordonnance de fibrinolyse coronarienne et l'outil complémentaire élaborés par l'Institut d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) ont été conçus pour encadrer et faciliter la prescription de la fibrinolyse, diminuer l'appréhension reliée à son emploi, aider le clinicien à gérer les saignements qui peuvent lui être associés et promouvoir son bon usage pour qu'elle demeure un choix de traitement de reperfusion selon les indications proposées.

L'objectif de l'outil complémentaire accompagnant l'ordonnance est de soutenir les établissements et les professionnels de la santé dans l'élaboration de documents cliniques (ordonnance, protocole, guide d'utilisation, etc.) concernant la fibrinolyse coronarienne, adaptés au contexte de chaque milieu.

Ces présents documents sont fournis à titre indicatif et ne remplacent pas le jugement du clinicien. Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique et sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. L'argumentaire à la base des recommandations et des informations présentées dans ces documents est disponible dans le rapport en appui, versé sur le site Web de l'INESSS. Considérant que la majorité des patients seront transférés dans un centre offrant l'intervention coronarienne percutanée (ICP) à la suite de la fibrinolyse, l'INESSS n'a pas évalué les aspects concernant la surveillance avant, pendant et après la fibrinolyse ainsi que les autres traitements pharmacologiques et de soutien à envisager dans le cadre d'un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST). Le tableau suivant expose les aspects documentés par l'INESSS dans l'ordonnance et l'outil complémentaire, ainsi que ceux qui restent à documenter par les établissements en vue de l'élaboration de documents cliniques complets contextualisés à leur milieu.

Éléments proposés par l'INESSS dans l'ordonnance de fibrinolyse*	Éléments proposés par l'INESSS dans l'outil complémentaire à l'intention des établissements et des cliniciens	Éléments à déterminer par les établissements
Indications de la fibrinolyse coronarienne	Préparation et administration de l'agent fibrinolytique	Autres traitements pharmacologiques à envisager dans le cadre d'un IAMEST
Contre-indications de la fibrinolyse coronarienne	Autres traitements pharmacologiques à envisager dans le cadre d'un IAMEST	Traitements de soutien à envisager dans le cadre d'un IAMEST
Traitements pharmacologiques : agents fibrinolytiques, anticoagulants et antiplaquettaires	Prévention des saignements	Analyses de laboratoire et autres examens avant, pendant et après la fibrinolyse ainsi que leur fréquence
Traitements à réévaluer dans le cadre d'un IAMEST	Surveillance neurologique suivant la fibrinolyse	Surveillance des signes vitaux
	Gestion d'un saignement mineur suivant la fibrinolyse	
	Gestion d'un saignement majeur suivant la fibrinolyse	
	Autres considérations suivant la fibrinolyse	

*Deux ordonnances de fibrinolyse coronarienne sont proposées : une avec la ténecteplase et une autre avec l'altéplase, en cas de rupture d'approvisionnement de la ténecteplase.

SIGLES ET ACRONYMES

AAS	acide acétylsalicylique
AINS	anti-inflammatoire non stéroïdien
AOD	anticoagulant oral direct
AVC	accident vasculaire cérébral
BBG	bloc de branche gauche
Clcr	clairance à la créatinine
DIE	une fois par jour (<i>diebus</i> , en latin)
ECG	électrocardiogramme
FSC	formule sanguine complète
Hb	hémoglobine
IAM	infarctus aigu du myocarde
IAMEST	infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST
ICP	intervention coronarienne percutanée
ICPP	intervention coronarienne percutanée primaire
IECA	inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IV	intraveineux
Mm Hg	millimètre de mercure
NACO	nouveaux anticoagulants oraux
PO	administration orale (<i>per os</i> , en latin)
RCR	réanimation cardiorespiratoire
RNI	ratio normalisé international
RQCT	Réseau québécois de cardiologie tertiaire
SC	par voie sous-cutanée
STAT	immédiatement (<i>statim</i> , en latin)
TCA	temps de céphaline activée
USP	<i>United States Pharmacopeia</i>

Ordonnance de fibrinolyse dans le cadre d'un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) – ténecteplase

La présente ordonnance est fournie à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien. Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique et sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. Pour plus de détails, consultez le [rapport en appui](#) et ses [annexes](#).

1. INDICATIONS À LA FIBRINOLYSE (se référer aux [algorithmes de la trousse d'outils IAMEST : centre de fibrinolyse et \(ou\) transfert interhospitalier et centre de fibrinolyse](#))

Patient avec des douleurs rétrosternales depuis 12 heures ou moins **ET** ECG 12 dérivations compatible avec un IAMEST :

- a) Sus-décalage ST d'au moins 2 mm dans 2 dérivations consécutives en V1-3 OU
- b) Sus-décalage ST d'au moins 1 mm dans 2 autres dérivations contiguës.

! ATTENTION

- Dans le cas d'un bloc de branche gauche (BBG) complet accompagné d'une symptomatologie compatible à un IAMEST, une concertation entre l'urgentologue et un expert consultant est suggérée pour faciliter la prise de décision pour un traitement de reperfusion par fibrinolyse ou par intervention coronarienne percutanée primaire (ICPP). Il faut privilégier la fibrinolyse si la durée des symptômes est inférieure à 2 heures, surtout si le délai à l'ICPP risque d'être relativement long.
- En cas de forte suspicion de péricardite aiguë sans IAMEST concomitant, consulter un collègue expérimenté.
- Le délai entre le triage et l'administration de la fibrinolyse devrait être de 30 minutes ou moins.

2. CONTRE-INDICATIONS À LA FIBRINOLYSE

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES*	CONTRE-INDICATIONS RELATIVES
• Antécédent d'AVC ischémique survenu il y a moins de 3 mois; • Antécédent d'hémorragie intracrânienne ou d'AVC hémorragique; • Chirurgie intracrânienne ou intraspinal survenue il y a moins de 2 mois; • Dissection aortique suspectée[†]; • Hémorragie active significative; • Néoplasie intracrânienne; • Pression artérielle supérieure à 180/110 mm Hg non contrôlée par les traitements d'urgence; • Trauma majeur ou chirurgie majeure survenue il y a moins de 3 semaines. * Il est important de documenter la présence d'une contre-indication absolue au dossier médical. [†] En présence de signes cliniques tels qu'un souffle diastolique nouveau, une asymétrie significative entre les pressions artérielles aux deux bras ou un élargissement évident du médiastin à la radiographie simple.	☐ Anévrisme cérébral non rompu; ☐ Diathèse hémorragique significative[‡]; ☐ Grossesse y compris 1 semaine post-partum; ☐ Hémophilie héréditaire ou acquise[§]; ☐ Hémorragie significative récente survenue il y a moins de 4 semaines; ☐ Insuffisance hépatique grave; ☐ Malformation artérioveineuse non rompue; ☐ Ponctions vasculaires non compressibles effectuées il y a moins de 48 heures (y compris la biopsie et la ponction lombaire); ☐ Prise d'un anticoagulant oral à doses thérapeutiques (warfarine, nicoumalone ou AOD (NACO)); ☐ RCR prolongée (par exemple, de plus de 10 minutes) ou traumatique, ou intubation endotrachéale traumatique survenue il y a moins de 72 heures; ☐ Ulcère actif. [‡] Contacter immédiatement un hématologue si une autre opinion est nécessaire. [§] Contre-indication absolue ou relative selon la gravité de l'hémophilie (contacter un hématologue d'un centre des hémophiles pour avoir son opinion).

Nom de l'utilisateur			
Prénom			
N° de dossier	Date de naissance		
	Année	Mois	Jour
N° d'assurance maladie	Sexe		
	☐ M	☐ F	
Poids : _____ kg	Taille : _____		

_____ (Signature)	_____ (Date et heure)	_____ N° de permis
----------------------	--------------------------	-----------------------

3. TRAITEMENT

A) TÉNECTÉPLASE

☐ Ténectéplase _____ mg à donner IV direct.

! ATTENTION

- Envisager une demi-dose chez un patient de 75 ans et plus, SURTOUT en présence d'au moins un des facteurs de risque de saignement suivants : hypertension ou petit poids corporel.

Nom de l'utilisateur		
Prénom		
N° de dossier	Date de naissance	
	Année	Mois Jour
N° d'assurance maladie	Sexe	
	☐ M	☐ F

TÉNECTÉPLASE		
Poids	Dose de ténectéplase	Volume de ténectéplase* à administrer
Moins de 60 kg	30 mg	6 mL
60 à 69,9 kg	35 mg	7 mL
70 à 79,9 kg	40 mg	8 mL
80 à 89,9 kg	45 mg	9 mL
90 kg et plus	50 mg	10 mL

*Volume prélevé dans une fiole de ténectéplase après reconstitution avec 10 mL d'eau stérile pour injection.
Se référer à l'annexe A pour plus d'information sur la préparation et l'administration de la ténectéplase.

B) ANTIPLAQUETTAIRES

- ☐ **Acide acétylsalicylique (AAS)** non enrobée 160 à 320 mg PO à croquer STAT (à donner indépendamment de la prise quotidienne), puis AAS non enrobée 80 mg PO DIE à débiter dès le lendemain de la dose de charge.

! ATTENTION

- En présence d'un antécédent de réaction allergique objectivée à l'AAS, opter seulement pour le clopidogrel.

ET

PATIENTS DE 75 ANS ET MOINS

- ☐ **Clopidogrel** 300 mg PO STAT (à donner indépendamment de la prise quotidienne), puis 75 mg PO DIE

PATIENTS DE PLUS DE 75 ANS

- ☐ **Clopidogrel** 75 mg PO STAT (à donner indépendamment de la prise quotidienne), puis 75 mg PO DIE

(Signature)

(Date et heure)

N° de permis

C) ANTICOAGULANTS

- ☐ **Héparine IV** selon le protocole ou l'ordonnance d'héparine associé à la fibrinolyse de l'établissement, à débiter immédiatement après le bolus de ténecteplase pendant un minimum de 48 heures et poursuivre jusqu'à l'ICP ou pendant un maximum de 8 jours.
- ☐ Si le taux de plaquettes est inférieur à $50 \times 10^9 / L$ ou qu'il y a des signes d'hémorragie, cesser immédiatement la perfusion d'héparine et aviser le médecin traitant.

! ATTENTION

- Favoriser l'héparine IV s'il y a un risque élevé de saignement, une insuffisance rénale grave ou en présence d'un poids corporel inférieur à 45 kg ou supérieur à 120 kg;
- Utiliser un autre traitement en présence d'un antécédent de thrombocytopenie induite par l'héparine.

OU

- ☐ **Énoxaparine** pendant un minimum de 48 heures et poursuivre jusqu'à l'ICP ou pendant un maximum de 8 jours.

PATIENTS DE MOINS DE 75 ANS

Clcr égale ou supérieure à 30 mL / min

- ☐ **Énoxaparine** bolus 30 mg IV à débiter immédiatement après la ténecteplase, suivi de 1 mg / kg SC aux 12h (maximum de 100 mg pour les 2 premières doses SC) à débiter immédiatement après le bolus d'énnoxaparine.

Clcr inférieure à 30 mL / min

- ☐ **Énoxaparine** bolus 30 mg IV à débiter immédiatement après la ténecteplase, suivi de 1 mg / kg SC DIE (maximum de 100 mg pour la première dose SC) à débiter immédiatement après le bolus d'énnoxaparine.

PATIENTS DE 75 ANS ET PLUS

Clcr égale ou supérieure à 30 mL / min

- ☐ **Énoxaparine** 0,75 mg / kg SC aux 12 heures (maximum de 75 mg pour les 2 premières doses) à débiter immédiatement après le bolus de la ténecteplase.

Clcr inférieure à 30 mL / min

- ☐ **Énoxaparine** 1 mg / kg SC DIE (maximum 100 mg pour la première dose) à débiter immédiatement après le bolus de la ténecteplase.

OU

- ☐ **Fondaparinux** 2,5 mg IV direct pour 1 dose à donner immédiatement après le bolus de ténecteplase puis 2,5 mg SC DIE, à débiter dès le lendemain pendant un minimum de 48 heures et poursuivre jusqu'à l'ICP ou pendant un maximum de 8 jours.

! ATTENTION

- Contre-indiqué si la Clcr est inférieure à 30 mL / min.

D) TRAITEMENTS À RÉÉVALUER DANS LE CADRE D'UN IAMEST

- ☐ **Suspendre tous les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)** (autre que l'AAS à faibles doses) pendant 48 heures, puis revoir l'indication selon le médecin traitant.

Autres traitements à suspendre :

Nom de l'utilisateur			
Prénom			
N° de dossier	Date de naissance		
	Année	Mois	Jour
N° d'assurance maladie	Sexe		
	☐ M	☐ F	

(Signature)

(Date et heure)

N° de permis

Fibrinolyse coronarienne

Outil complémentaire à l'intention des établissements et des cliniciens

Le présent outil est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du clinicien. Les recommandations ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique et sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. Pour plus de détails, consultez le [rapport en appui](#) et ses [annexes](#).

1. AUTRES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES À ENVISAGER DANS LE CADRE D'UN IAMEST

- Considérer un β -bloquant IV chez les patients stables sur le plan hémodynamique SAUF s'il y a présence d'une des contre-indications suivantes :
 - Asthme actif;
 - Bloc auriculo-ventriculaire de deuxième ou troisième degré;
 - Choc cardiogénique;
 - Fréquence cardiaque inférieure à 60 battements / minute;
 - Hypoperfusion périphérique ;
 - Insuffisance ventriculaire gauche aiguë modérée à grave;
 - Intervalle PR supérieur à 0,24 seconde;
 - Pression artérielle systolique inférieure à 100 mm Hg.
- Considérer un IECA (particulièrement en présence d'un infarctus antérieur, d'une insuffisance cardiaque, d'une fraction d'éjection égale ou inférieure à 40 %, d'un diabète, d'une hypertension et en l'absence de contre-indications).
- Envisager l'amorce d'un traitement par statine.
- Les autres traitements seront à déterminer par l'établissement.

2. PRÉVENTION DES SAIGNEMENTS

MESURES PRÉVENTIVES GÉNÉRALES SUIVANT LA FIBRINOLYSE

Restreindre au minimum les interventions invasives jusqu'à 24 heures suivant l'administration de la fibrinolyse :

Ponctions veineuses

- Faire le moins de ponctions veineuses possible;
- Après les ponctions veineuses, effectuer une compression avec un pansement compressif pendant environ 10 minutes;

Ponctions artérielles

- Faire le moins de ponctions artérielles possible;
- Éviter les ponctions artérielles non compressibles;
- S'il est absolument requis de faire une ponction artérielle, utiliser une artère facile à comprimer manuellement et exercer une compression durant au moins 30 minutes, suivie d'un pansement compressif, et vérifier régulièrement le point de ponction;

Autres interventions

- Éviter l'installation d'un tube nasogastrique dans la mesure du possible;
- Éviter l'installation d'une sonde urinaire dans la mesure du possible;
- Éviter les injections intramusculaires;
- Favoriser la prise de température par une voie autre que rectale dans la mesure du possible.

Mobilité du patient, selon sa tolérance et sous surveillance, jusqu'à 24 heures suivant l'administration de la fibrinolyse et avec aide s'il y a risque de chutes.

Surveiller toute manifestation de saignement et aviser immédiatement le médecin traitant en présence de :

- Anomalie neurologique (altération de l'état de conscience, troubles du langage, faiblesse musculaire ou engourdissements, etc.);
- Douleur abdominale aiguë;
- Douleur lombaire ou ecchymose au dos ou aux flancs (saignement rétropéritonéal);
- Épistaxis non maîtrisées;
- Expectorations sanguinolentes, dyspnée ou désaturation inexplicables;
- Hématémèse, rectorragie, méléna;
- Hématurie.

Mesurer la pression artérielle

- Fréquence à déterminer par le médecin traitant.

3. SURVEILLANCE NEUROLOGIQUE

SURVEILLANCE NEUROLOGIQUE SUIVANT L'ADMINISTRATION DE LA TÉNECTÉPLASE					
Temps	0	Aux 15 minutes	Aux 30 minutes	Aux heures	Aux 2 à 4 heures
Surveiller toute atteinte de l'état neurologique, soit : • Tout changement de l'état de conscience; • L'apparition d'une faiblesse musculaire; • L'apparition d'engourdissement; • L'apparition d'une difficulté à parler.	✓	X 4	X 4	X 9	Pendant 12 heures

SURVEILLANCE NEUROLOGIQUE SUIVANT L'ADMINISTRATION DE L'ALTÉPLASE					
Temps	0	Aux 15 minutes	Aux 30 minutes	Aux heures	Aux 2 à 4 heures
Surveiller toute atteinte de l'état neurologique, soit : • Tout changement de l'état de conscience; • L'apparition d'une faiblesse musculaire; • L'apparition d'engourdissement; • L'apparition d'une difficulté à parler.	✓	X 10	X 3	X 8	Pendant 12 heures

4. GESTION D'UN SAIGNEMENT MINEUR SUIVANT LA FIBRINOLYSE

SAIGNEMENT MINEUR
Définition d'un saignement mineur : • Hémorragie qui n'entraîne pas de chute significative de l'hémoglobine, ni d'altération hémodynamique, ni d'atteinte majeure d'organe critique.
Marche à suivre lors d'un saignement mineur : • Faire une compression manuelle avec un pansement pendant environ 10 à 15 minutes au site de ponction veineuse ou au site de saignement. Si le saignement persiste, poursuivre la compression manuelle.

5. GESTION D'UN SAIGNEMENT MAJEUR SUIVANT LA FIBRINOLYSE

SAIGNEMENT MAJEUR
Définition d'un saignement majeur : • Saignement menaçant la vie du patient; ou • Saignement majeur ou significatif avec atteinte d'un organe critique (p. ex., intracrânien, intra-spinal, intraoculaire, pulmonaire, digestif, urinaire, rétropéritonéal ou intra-articulaire grave, péricardique ou intramusculaire (avec le syndrome du compartiment); ou • Saignement entraînant une chute du taux d'hémoglobine d'au moins 20 g / L et plus, ou une transfusion d'un à deux culots globulaires ou plus, selon les circonstances cliniques.
Surveillance lors d'un saignement majeur : 1) FSC : • Aux 6 à 8 heures; • Lorsque l'Hb s'est stabilisée au moins 3 fois, une FSC peut être demandée aux 12 heures; • Lorsque l'Hb s'est stabilisée au moins 3 fois aux 12 heures, une FSC peut être demandée aux 24 heures. 2) TCA, RNI et fibrinogène : • STAT, après transfusion de produits sanguins et au moins à chaque 24 heures. 3) Créatinine et ions : • 1 fois par jour jusqu'à l'arrêt du saignement. 4) Signes vitaux : • Choix et fréquence à déterminer par le médecin traitant.

SAIGNEMENT MAJEUR

Marches à suivre lors d'un saignement majeur :

- 1) Aviser le médecin responsable du patient (en cas d'hémorragie intracrânienne suspectée, consulter rapidement un neurochirurgien);
- 2) Cesser l'agent fibrinolytique (s'il y a perfusion en cours) et l'anticoagulant et suspendre les antiplaquettaires jusqu'à l'obtention de l'avis du médecin traitant;
- 3) Baisser la tête du lit et au besoin, élever les jambes si la pression artérielle systolique est inférieure à 90 mm Hg et symptomatique;
- 4) Faire STAT les prélèvements de laboratoire précisés ci-dessus;
- 5) Installer un soluté (1 000 mL) de NaCl 0,9 % pour corriger l'hypovolémie :
 - Bolus liquidien et perfusion selon le médecin traitant.
- 6) Considérer la transfusion de culots globulaires;
- 7) Envisager l'usage du sulfate de protamine chez les patients ayant reçu de l'héparine ou de l'énoxaparine :
 - Dose selon le médecin traitant (dose maximale de 50 mg) : voir le tableau de protamine de l'établissement;
 - Consulter les prescriptions du médecin traitant en ce qui concerne la protamine.
- 8) Usage de cryoprécipités, d'agents anti-fibrinolytiques, de plasma et de plaquettes :
 - Consulter l'hématologue ou l'interniste de garde;
- A) Cryoprécipités :
 - Quantité généralement nécessaire de 5 à 10 unités (dose standard chez l'adulte : 5 unités).
- B) Agents anti-fibrinolytiques :
 - Acide tranexamique : 10 à 15 mg / kg IV (dose standard de 500-1 000 mg).
- C) Plasma :
 - Quantité généralement nécessaire : 15 à 20 mL / kg.
- D) Plaquettes :
 - Quantité généralement nécessaire : 1 à 2 doses (5 à 10 unités).

6. ANALYSES DE LABORATOIRE ET AUTRES EXAMENS À EFFECTUER AVANT, PENDANT ET APRÈS LA FIBRINOLYSE

Il est à noter que l'INESSS n'a pas évalué la pertinence clinique de toutes les analyses de laboratoire et autres examens qui pourraient être requis dans le cadre de la fibrinolyse coronarienne. Par contre, la majorité des documents cliniques québécois recensés conseillent d'avoir recours aux analyses de laboratoire présentées ci-dessous, appuyées en partie par les lignes directrices sur le sujet et soutenues par le savoir expérientiel des parties prenantes consultées : troponines (hypersensibles si elles sont disponibles), ions, créatinine, formule sanguine complète, temps de céphaline activée, ratio normalisé international, groupes sanguins et recherche d'anticorps irréguliers, alanine aminotransférase, glycémie, bilan lipidique et électrocardiogramme. Le choix de ces analyses et de leur fréquence seront à déterminer par les établissements selon le contexte de chaque milieu.

7. AUTRES CONSIDÉRATIONS SUIVANT LA FIBRINOLYSE

Dès que la ténecteplase a été reçue et que le patient est stabilisé, il faut veiller à ce que ce dernier soit rapidement admis à une unité de soins intensifs ou à une unité coronarienne. Selon les algorithmes du RQCT pour les centres hybrides et désignés pour la fibrinolyse, il est recommandé, selon le contexte et la réponse clinique péri-fibrinolyse, de subséquemment considérer :

- 1) Une stratification fonctionnelle semi-élective chez les patients ayant démontré une reperfusion; ou
- 2) Un transfert urgent vers un centre qui offre l'ICP; ou
- 3) Un transfert semi-urgent (dans les 6 à 24 heures).

ANNEXE A

Informations supplémentaires à l'intention du personnel infirmier – ténecteplase

1. PRÉPARATION ET ADMINISTRATION DE LA TÉNECTÉPLASE

Posologie : diluer une fiole (50 mg) de ténecteplase avec 10 mL de diluant fourni (eau stérile pour injection) (concentration finale : 5 mg / mL) et prélever le volume nécessaire. N'administrer qu'un seul bolus de ténecteplase IV direct, ajusté selon le poids corporel.

TÉNECTÉPLASE		
Poids	Dose de ténecteplase	Volume de ténecteplase* à administrer
Moins de 60 kg	30 mg	6 mL
60 à 69,9 kg	35 mg	7 mL
70 à 79,9 kg	40 mg	8 mL
80 à 89,9 kg	45 mg	9 mL
90 kg et plus	50 mg	10 mL

*Volume prélevé dans une fiole de ténecteplase après reconstitution avec 10 mL d'eau stérile pour injection.

1. Prélever 10 mL d'eau stérile pour injection USP dans la fiole de solvant fournie à l'aide de la canule BD (embout rouge). Ne pas utiliser de l'eau bactériostatique pour injection USP.
2. Injecter tout le contenu de la seringue (10 mL) dans la fiole de ténecteplase de 50 mg. Il n'est pas rare qu'une mousse légère se forme : laisser reposer la solution pendant quelques minutes.
3. Ne pas agiter la fiole. Afin d'accélérer l'opération, remuer délicatement la fiole en faisant des mouvements circulaires.
4. Prélever la quantité de volume nécessaire selon le poids.
5. La ténecteplase est incompatible avec le dextrose. Si la tubulure contient du dextrose 5 %, la rincer au préalable avec 10 mL de NaCl 0,9 %.
6. Enlever la canule BD rouge et la remplacer par une aiguille de gros calibre (p. ex., 18 G).
7. Administrer le bolus en 5 secondes. Toujours utiliser un soluté de NaCl 0,9 % en dérivation.
8. Rincer la tubulure avec 10 mL de NaCl 0,9 %.
9. Commencer la perfusion d'héparine IV, l'énoxaparine en bolus IV ou le fondaparinux IV immédiatement après le bolus de ténecteplase.

STABILITÉ

- Vial intact : date d'expiration.
- Vial dilué : peut être conservé entre 2 et 8 °C (réfrigérateur) pendant un maximum de 8 heures.

COMPATIBILITÉ

- NaCl 0,9 %.

INCOMPATIBILITÉ

- Dextrose 5 %.

ATTENTION

- Si la tubulure contient du dextrose 5 %, la rincer avec 10 mL de NaCl 0,9 % avant et après l'administration de la ténecteplase.

2. EFFETS INDÉSIRABLES

- Effets indésirables possibles à la suite de l'administration de la ténecteplase : saignements mineurs et majeurs (dont une hémorragie intracrânienne), réaction allergique (rare).

ANNEXE B

Ordonnance de fibrinolyse dans le cadre d'un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) – altéplase¹

1. TRAITEMENT

A) ALTÉPLASE

- ☐ **Altéplase**, bolus de 15 mg IV direct suivi d'une perfusion IV selon le poids :
- ☐ Moins de 67 kg : **altéplase** 0,75 mg / kg administré sur 30 min, puis 0,5 mg / kg administré sur 60 min;
- ☐ Plus de 67 kg : **altéplase** 50 mg IV administré sur 30 min, puis 35 mg IV administré sur 60 min.

Poids (kg)	BOLUS (2 MINUTES)		PERFUSION : ÉTAPE 2 (30 MINUTES)			PERFUSION : ÉTAPE 3 (60 MINUTES)		
	Dose d'altéplase	Volume d'altéplase* à administrer en bolus	Dose d'altéplase 0,75 mg / kg (max 50 mg) x 30 min	Vitesse de la perfusion (mL / h)	Volume d'altéplase* à perfuser	Dose d'altéplase 0,50 mg / kg (max 35 mg) x 60 min	Vitesse de la perfusion (mL / h)	Volume d'altéplase* à perfuser
41-42	15 mg	15 mL	31 mg	62	31 mL	21 mg	21	21 mL
43-44	15 mg	15 mL	32 mg	64	32 mL	22 mg	22	22 mL
45-47	15 mg	15 mL	34 mg	68	34 mL	23 mg	23	23 mL
48-49	15 mg	15 mL	36 mg	72	36 mL	24 mg	24	24 mL
50-51	15 mg	15 mL	38 mg	75	38 mL	25 mg	25	25 mL
52-54	15 mg	15 mL	39 mg	78	39 mL	26 mg	26	26 mL
55-56	15 mg	15 mL	41 mg	82	41 mL	27 mg	27	27 mL
57-58	15 mg	15 mL	43 mg	86	43 mL	28 mg	28	28 mL
59-60	15 mg	15 mL	44 mg	88	44 mL	29 mg	29	29 mL
61-63	15 mg	15 mL	46 mg	92	46 mL	30 mg	30	30 mL
64-65	15 mg	15 mL	48 mg	96	48 mL	32 mg	32	32 mL
66-67	15 mg	15 mL	50 mg	100	50 mL	33 mg	33	33 mL
Plus de 67	15 mg	15 mL	50 mg	100	50 mL	35 mg	35	35 mL

* À partir d'une fiole d'altéplase de 50 mg qui est diluée avec 50 mL d'eau stérile pour injection ou d'une fiole d'altéplase de 100 mg qui est diluée avec 100 mL d'eau stérile pour injection (concentration finale : 1 mg / mL).

B) ANTIPLAQUETAIRES

- ☐ **Acide acétylsalicylique (AAS)** non enrobée 160 à 320 mg PO à croquer STAT (à donner indépendamment de la prise quotidienne), puis AAS non enrobée 80 mg PO DIE à débiter dès le lendemain de la dose de charge.

! ATTENTION

- En présence d'un antécédent de réaction allergique objectivée à l'AAS, opter seulement pour le clopidogrel.

ET

PATIENTS DE MOINS DE 75 ANS

- ☐ **Clopidogrel** 300 mg PO STAT (à donner indépendamment de la prise quotidienne), puis 75 mg PO DIE

PATIENTS DE 75 ANS ET PLUS

- ☐ **Clopidogrel** 75 mg PO STAT (à donner indépendamment de la prise quotidienne), puis 75 mg PO DIE

1. Deux types de perfusion d'altéplase sont possibles : une perfusion accélérée de 90 minutes ainsi qu'une perfusion de 3 heures. Seul le NICE présente les deux types de perfusion avec leurs délais respectifs, tout en mentionnant que la perfusion accélérée était celle la plus couramment utilisée. Les autres GPC ne parlent que de la perfusion accélérée d'altéplase. Bien que la monographie recommande la perfusion de 90 minutes et la perfusion de 3 heures, jusqu'à 6 heures et jusqu'à 12 heures, respectivement après l'apparition des symptômes d'IAM, les parties prenantes s'accordent pour retenir la perfusion d'altéplase accélérée de 90 minutes tel que présentée dans l'AHA et l'ESC tout en reflétant ce qui était généralement fait dans la pratique antérieure québécoise.

_____	_____	_____
(Signature)	(Date et heure)	N° de permis

C) ANTICOAGULANTS

- ☐ **Héparine IV** selon le protocole ou l'ordonnance d'héparine associé à la fibrinolyse de l'établissement, à commencer dès le début de la perfusion d'altéplase pendant un minimum de 48 heures et poursuivre jusqu'à l'ICP ou pendant un maximum de 8 jours.

- ☐ Si le taux de plaquettes est inférieur à $50 \times 10^9 / L$ ou qu'il y a des signes d'hémorragie, cesser immédiatement la perfusion d'héparine et aviser le médecin traitant.

! ATTENTION

- Favoriser l'héparine IV s'il y a un risque élevé de saignement, une insuffisance rénale grave ou en présence d'un poids corporel inférieur à 45 kg ou supérieur à 120 kg;
- Utiliser un autre traitement en présence d'un antécédent de thrombocytopénie induite par l'héparine.

Nom de l'utilisateur			
Prénom			
N° de dossier	Date de naissance		
	Année	Mois	Jour
N° d'assurance maladie	Sexe		
	☐ M	☐ F	

OU

- ☐ **Énoxaparine** pendant un minimum de 48 heures et poursuivre jusqu'à l'ICP ou pendant un maximum de 8 jours.

PATIENT S DE MOINS DE 75 ANS

Clcr égale ou supérieure à 30 mL / min

- ☐ **Énoxaparine** bolus 30 mg IV à donner dès le début de la perfusion d'altéplase suivi de 1 mg / kg SC aux 12h (maximum de 100 mg pour les 2 premières doses SC) à débuter immédiatement après le bolus d'énoxaparine.

Clcr inférieure à 30 mL / min

- ☐ **Énoxaparine** bolus 30 mg IV à donner dès le début de la perfusion d'altéplase suivi de 1 mg / kg SC DIE (maximum de 100 mg pour la première dose SC) à débuter immédiatement après le bolus d'énoxaparine.

PATIENTS DE 75 ANS ET PLUS

Clcr égale ou supérieure à 30 mL / min

- ☐ **Énoxaparine** 0,75 mg / kg SC aux 12 heures (maximum de 75 mg pour les 2 premières doses) à commencer dès le début de la perfusion d'altéplase.

Clcr inférieure à 30 mL / min

- ☐ **Énoxaparine** 1 mg / kg SC DIE (maximum 100 mg pour la première dose) à commencer dès le début de la perfusion d'altéplase.

! ATTENTION

- Utiliser un poids réel maximal de 120 kg;
- Utiliser un autre traitement en présence d'un antécédent de thrombocytopénie induite par l'héparine.

OU

- ☐ **Fondaparinux** 2,5 mg IV direct pour 1 dose à donner dès le début de la perfusion d'altéplase puis 2,5 mg SC DIE, à débuter dès le lendemain pendant un minimum de 48 heures et poursuivre jusqu'à l'ICP ou pendant un maximum de 8 jours.

! ATTENTION

- Contre-indiqué si la Clcr est inférieure à 30 mL / min.

D) TRAITEMENTS À RÉÉVALUER DANS LE CADRE D'UN IAMEST

- ☐ **Suspendre tous les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)** (autre que l'AAS à faibles doses) pendant 48 heures, puis revoir l'indication selon le médecin traitant.

Autres traitements à suspendre :

(Signature)	(Date et heure)	N° de permis
-------------	-----------------	--------------

ANNEXE C

Informations supplémentaires à l'intention du personnel infirmier – altéplase

1. PRÉPARATION ET ADMINISTRATION DE L'ALTÉPLASE

PRÉPARATION

L'altéplase doit être reconstitué en ajoutant à la fiole d'altéplase le volume approprié d'eau stérile pour injection USP qui est fourni (50 mL pour la fiole de 50 mg et 100 mL pour la fiole de 100 mg). Il est important que l'altéplase soit reconstitué uniquement avec de l'eau stérile pour injection USP ne contenant pas d'agent de conservation. L'eau bactériostatique pour injection ne doit pas être utilisée.

Fioles de 50 mg : Ne pas utiliser un dispositif de transfert pour reconstituer la solution, mais plutôt une aiguille de gros calibre (p. ex., calibre 18) et le contenu de la fiole de 50 mL d'eau stérile pour injection USP fournie. NE PAS UTILISER SI LA FIOLE N'EST PAS SOUS VIDE. Il n'est pas anormal qu'une mousse légère se forme au moment de la reconstitution; il suffit habituellement de laisser reposer la solution pendant plusieurs minutes pour permettre la dissipation des grosses bulles. NE PAS AGITER.

Fioles de 100 mg : Reconstituer chaque fiole en ajoutant, à l'aide du dispositif de transfert, le contenu de la fiole de 100 mL d'eau stérile pour injection USP fournie au contenu de la fiole d'altéplase. LES FIOLES DE 100 mg NE SONT PAS SOUS VIDE.

1. Insérer la pointe du dispositif de transfert verticalement dans le centre du bouchon en caoutchouc de la fiole d'eau stérile.
2. Ne pas retourner la fiole d'eau stérile.
3. Tenir la fiole d'altéplase à l'envers et la placer de telle sorte que le centre du bouchon en caoutchouc soit directement au-dessus de la pointe du dispositif de transfert.
4. Appuyer sur la fiole d'altéplase afin d'insérer la pointe au centre du bouchon en caoutchouc de la fiole d'altéplase.
5. Retourner les deux fioles, de sorte que la fiole d'eau stérile se retrouve à l'envers au-dessus de la fiole d'altéplase et que l'eau s'écoule à travers le dispositif de transfert. S'assurer que tout le contenu de la fiole d'eau stérile passe dans la fiole d'altéplase (il ne devrait rester qu'environ 0,5 mL d'eau stérile dans la fiole de solvant). Le transfert prend environ deux minutes.
6. Remuer doucement la fiole en lui imprimant un mouvement de rotation pour dissoudre la poudre d'altéplase. NE PAS AGITER. Il n'est pas anormal qu'une mousse légère se forme au moment de la reconstitution; il suffit habituellement de laisser reposer la solution pendant plusieurs minutes pour que les grosses bulles se dissipent.

ADMINISTRATION

A. Bolus :

- À l'aide d'une seringue, aspirer 15 mL de solution d'altéplase reconstitué (1 mg / mL) directement à partir de la fiole. Si l'on utilise une fiole de 100 mg, insérer l'aiguille à côté de la perforation laissée par le dispositif de transfert

B. Perfusion :

- **Fioles de 50 mg :** utiliser un sac en chlorure de polyvinyle ou une fiole en verre et un nécessaire à perfusion.
- **Fioles de 100 mg :** insérer la pointe du nécessaire à perfusion dans le point de ponction créé par le dispositif de transfert dans le bouchon de la fiole d'altéplase reconstitué. Suspendre la fiole d'altéplase par le support en plastique moulé situé sous la fiole.

STABILITÉ

- Vial intact : date d'expiration s'il est conservé à une température contrôlée de 2 à 30 °C.
- Vial dilué : peut être conservé entre 2 et 30 °C pendant un maximum de 8 heures.

COMPATIBILITÉ

- NaCl 0,9 % ou dextrose 5 %.

INCOMPATIBILITÉ

- Aucun autre médicament ne doit être ajouté à la solution d'altéplase.

2. EFFETS INDÉSIRABLES

Effets indésirables possibles à la suite de l'administration de l'altéplase : saignements mineurs et majeurs (dont une hémorragie intracrânienne), réaction allergique (rare).

SECTION 4

Proposition de structure de gouvernance

en cardiologie pour soutenir l'implantation et l'atteinte des normes de qualité relatives à la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) au Québec



PROPOSITION DE STRUCTURE DE GOUVERNANCE

Comités locaux IAMEST

Responsabilités

Installations

1. Maintien d'un comité local IAMEST ([voir la composition et le mandat à la page suivante](#))
 - Rédaction de procès-verbaux au moins une fois par année.
2. Analyse des résultats sur les indicateurs de qualité prioritaire (délais) au moins une fois par année
3. Élaboration de plans d'action locaux mis à jour annuellement
4. Participation au comité de partenariat ([voir détails à la page 33](#))

Comité de partenariat IAMEST

Responsabilités

Partenariats

1. Maintien d'un comité régional de partenariat ([voir la composition et le mandat à la page 33](#))
 - Rédaction de procès-verbaux au moins une fois par année.
2. Élaboration d'un plan d'action de partenariat intégré mis à jour annuellement

COMITÉ LOCAL IAMEST

Le comité local IAMEST est un comité multidisciplinaire qui est responsable de l'élaboration, de l'application, de la promotion et du suivi d'activités et de moyens pour assurer l'amélioration continue de la prise en charge de l'IAMEST et des services de qualité correspondant aux normes.

Le comité local IAMEST relève de la direction des services professionnels (DSP).

COMPOSITION PROPOSÉE

REPRÉSENTATIONS PRINCIPALES (centres ICP et non ICP)	REPRÉSENTATIONS AD HOC (selon les besoins)
• Direction des services professionnels	• Pharmacie
• Présidence – Responsable du comité local d'amélioration continue	• Laboratoires
• Gestionnaire administratif	• Archiviste responsable de la collecte des données et de l'entrée de données dans la base de données
• Directions de soutien (qualité et performance, DGA, santé physique)	• Infirmiers et infirmières aux soins intensifs / en unité coronarienne
• Représentant du CMDP	
• Urgence	• Autres intervenants concernés, au besoin
• Soins infirmiers	
• Cardiologie ou médecine interne	
• Secteur préhospitalier	
Représentations spécifiques aux centres ICP	
• Chef d'hémodynamie	
• Soins infirmiers de la salle d'hémodynamie	

MANDAT

- Élaborer un plan d'action local pour assurer l'implantation des algorithmes décisionnels et atteindre les normes de qualité dans le traitement de l'IAMEST et le maintenir à jour;
- Assurer un suivi régulier des indicateurs prioritaires reliés à la prise en charge des usagers atteints d'un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST).

COMITÉ DE PARTENARIAT IAMEST

Le comité de partenariat IAMEST est un comité multidisciplinaire formé de partenaires du secteur préhospitalier, des centres non ICP et des centres ICP responsable de l'élaboration, de l'application, de la promotion et du suivi d'activités et de moyens pour soutenir l'amélioration continue de la prise en charge de l'IAMEST selon les normes établies. Ce comité promeut aussi le respect des corridors établis.

Le comité de partenariat IAMEST relève de la direction des services professionnels (DSP) du centre ICP du partenariat.

COMPOSITION PROPOSÉE

REPRÉSENTATIONS PRINCIPALES

- Direction des services professionnels du centre ICP
- Gestionnaire administratif
- Présidence – responsable local de l'amélioration continue du centre ICP du partenariat
- Secteur préhospitalier
- Chef d'hémodynamie du centre ICP
- Chef soins infirmiers du service d'hémodynamie
- Chef de l'urgence du centre non ICP
- Chef des soins infirmiers de l'urgence du centre non ICP
- Chef de services de cardiologie du centre non ICP

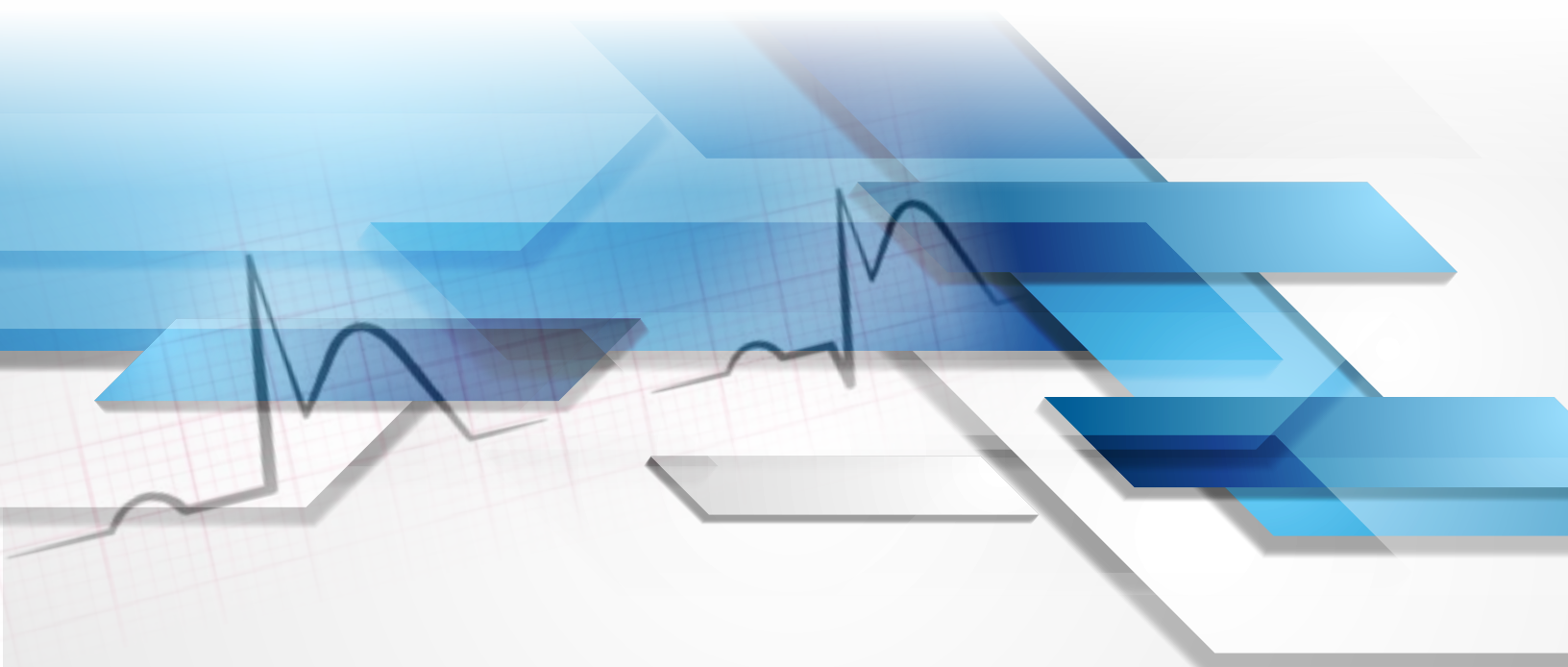
MANDAT

- Évaluer les besoins et les ressources par partenariat au moins une fois par année et élaborer un plan d'action de partenariat intégré mis à jour annuellement;
- Superviser l'implantation, l'opérationnalisation et assurer le suivi du plan d'action de partenariat intégré au moins une fois par année;
- Collaborer à la mise en place de processus pour le suivi des indicateurs de qualité prioritaires au moins une fois par année.

SECTION 5

Pour en savoir plus

sur la prise en charge de l'IAMEST au Québec



SUGGESTIONS DE PUBLICATIONS À CONSULTER

DOCUMENTS PUBLIÉS PAR L'AETMIS ET L'INESSS

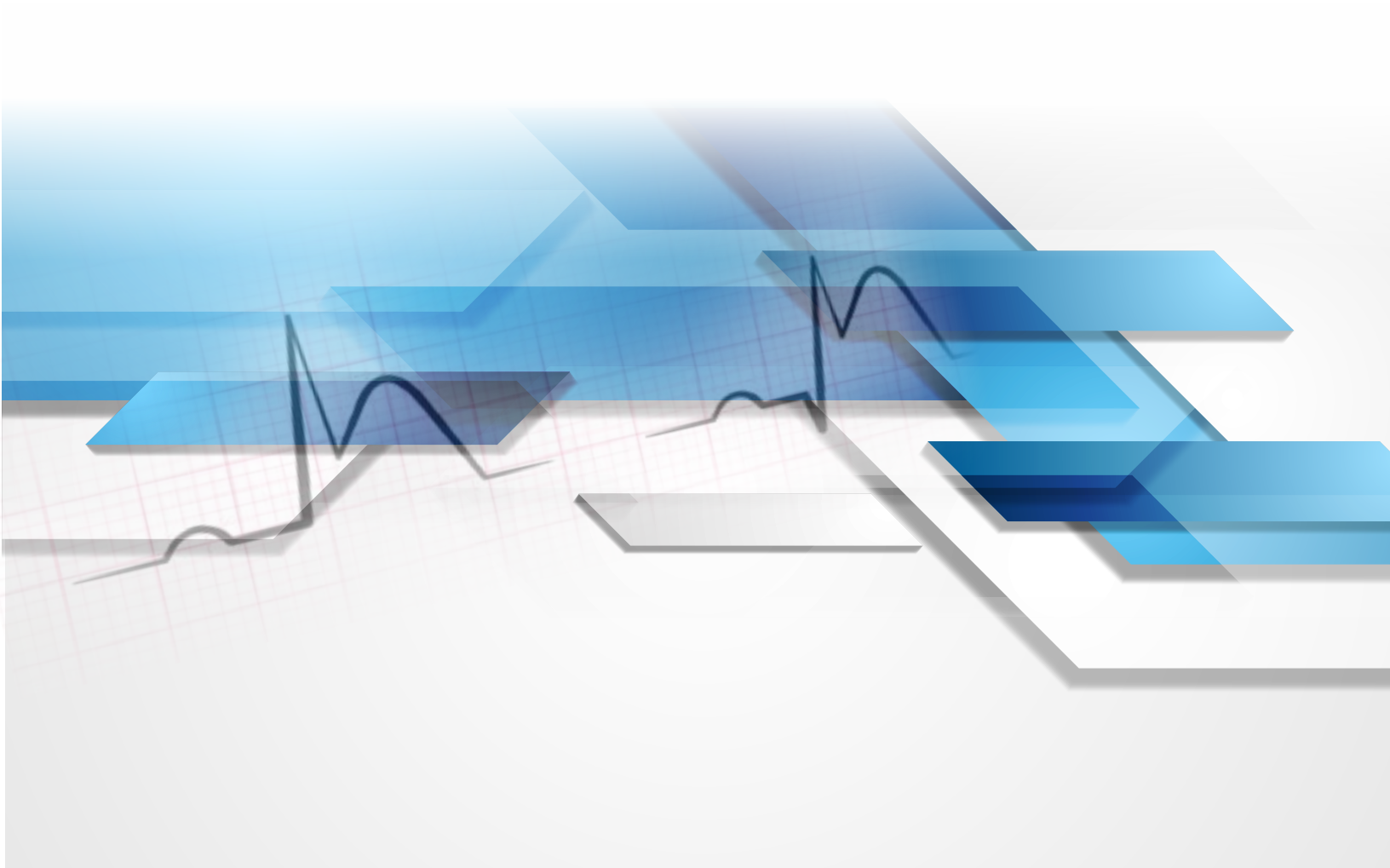
- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) : enjeux organisationnels et économiques de la prise en charge. Rapport préparé par Peter Bogaty, Lucy J. Boothroyd, Laurie Lambert, Jean-Marie R. Lance et Daniel Paquette. ETMIS 2008; 4(2):1-114. Disponible à : https://cardio.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Cardiologie/ETMIS2008_Vol4_No2.pdf.
- Huynh T et Perron S. Comparison of efficacy, effectiveness and safety of fibrinolysis and primary percutaneous coronary intervention (PPCI) for ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI): Monograph. Montréal, Qc : Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS); 2008. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Cardiologie/2008_02_Monograph.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait de la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST au Québec en 2013-2014 : résultats d'une troisième évaluation terrain à l'échelle provinciale. Rapport rédigé par l'Unité d'évaluation cardiovasculaire (UECV). Québec, Qc : INESSS; 2016. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Cardio/INESSS_Portrait_Provincial_IAMEST.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Normes relatives aux traitements de reperfusion de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) au Québec. Document rédigé par l'Unité d'évaluation cardiovasculaire (UECV). Québec, Qc : INESSS; 2016. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Cardio/INESSS_Normes_de_qualite_IAMEST.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Traitements de reperfusion de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) et réduction des délais : mise à jour de la littérature. Document rédigé par l'Unité d'évaluation cardiovasculaire (UECV). Québec, Qc : INESSS; 2016. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Cardio/INESSS_Etat_Connaissances_IAMEST.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). ETIAMEST I et II : faits saillants. Rapport rédigé par L. Boothroyd, R. Lavoie, L. Lambert, C. Carroll, C. Beauchamp, Y. Xiao, K. Brown, J. Nasmith, G. Sas, P. Bogaty et en collaboration avec les membres du comité des experts. Québec, Qc : INESSS; 2014. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Cardiologie/INESSS_ETIAMEST_Faits_saillants.pdf.

ARTICLES SCIENTIFIQUES PUBLIÉS DANS DES REVUES AVEC COMITÉS DE PAIRS

- Bogaty P, L'Allier PL, Segal E, Rinfret S, Racine N, Harvey R, Ross D, Maire S, Kouz S, Carroll C, Boothroyd LJ, Kezouh A, Azzi L, Brown KA, Nasmith J, Lambert LJ. Clinical profiles related to timing of death, including in-hospital deaths before admission, in patients with ST-elevation myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2016;117(3):347-52. Disponible à : [http://www.ajconline.org/article/S0002-9149\(15\)02235-3/abstract](http://www.ajconline.org/article/S0002-9149(15)02235-3/abstract).
- Boothroyd LJ, Lambert LJ, Segal E, Ross D, Kouz S, Maire S, Harvey R, Xiao Y, Brown KA, Nasmith J, Bogaty P. Comparison of outcomes of ambulance users and nonusers in ST elevation myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2014;114(9):1289-94. Disponible à : [http://www.ajconline.org/article/S0002-9149\(14\)01581-1/abstract](http://www.ajconline.org/article/S0002-9149(14)01581-1/abstract).
- Brown KA, Lambert LJ, Brophy JM, Nasmith J, Rinfret S, Segal E, Kouz S, Ross D, Harvey R, Maire S, Boothroyd LJ, Bogaty P. Impact of ECG findings and process-of-care characteristics on the likelihood of not receiving reperfusion therapy in patients with ST-elevation myocardial infarction: Results of a field evaluation. *PLoS One* 2014;9(8):e104874. Disponible à : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0104874>.
- Lambert LJ, Brophy JM, Racine N, Rinfret S, L'Allier PL, Brown KA, Boothroyd LJ, Ross D, Segal E, Kouz S, Maire S, Harvey R, Kezouh A, Nasmith J, Bogaty P. Outcomes of patients with ST-elevation myocardial infarction receiving and not receiving reperfusion therapy: The importance of examining all patients. *Can J Cardiol* 2016;32(11):1325.e11-1325.e18. Disponible à : [http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(16\)00218-X/abstract](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(16)00218-X/abstract).
- Lambert LJ, Brown KA, Boothroyd LJ, Segal E, Maire S, Kouz S, Ross D, Harvey R, Rinfret S, Xiao Y, Nasmith J, Bogaty P. Transfer of patients with ST-elevation myocardial infarction for primary percutaneous coronary intervention: A province-wide evaluation of "door-in to door-out" delays at the first hospital. *Circulation* 2014;129(25):2653-60. Disponible à : <http://circ.ahajournals.org/content/early/2014/04/16/CIRCULATIONAHA.113.007130>.
- Lambert L, Brown K, Segal E, Brophy J, Rodès-Cabau J, Bogaty P. Association between timeliness of reperfusion therapy and clinical outcomes in ST-elevation myocardial infarction. *JAMA* 2010;303(21):2148-55. Disponible à : <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/185995>.



Références

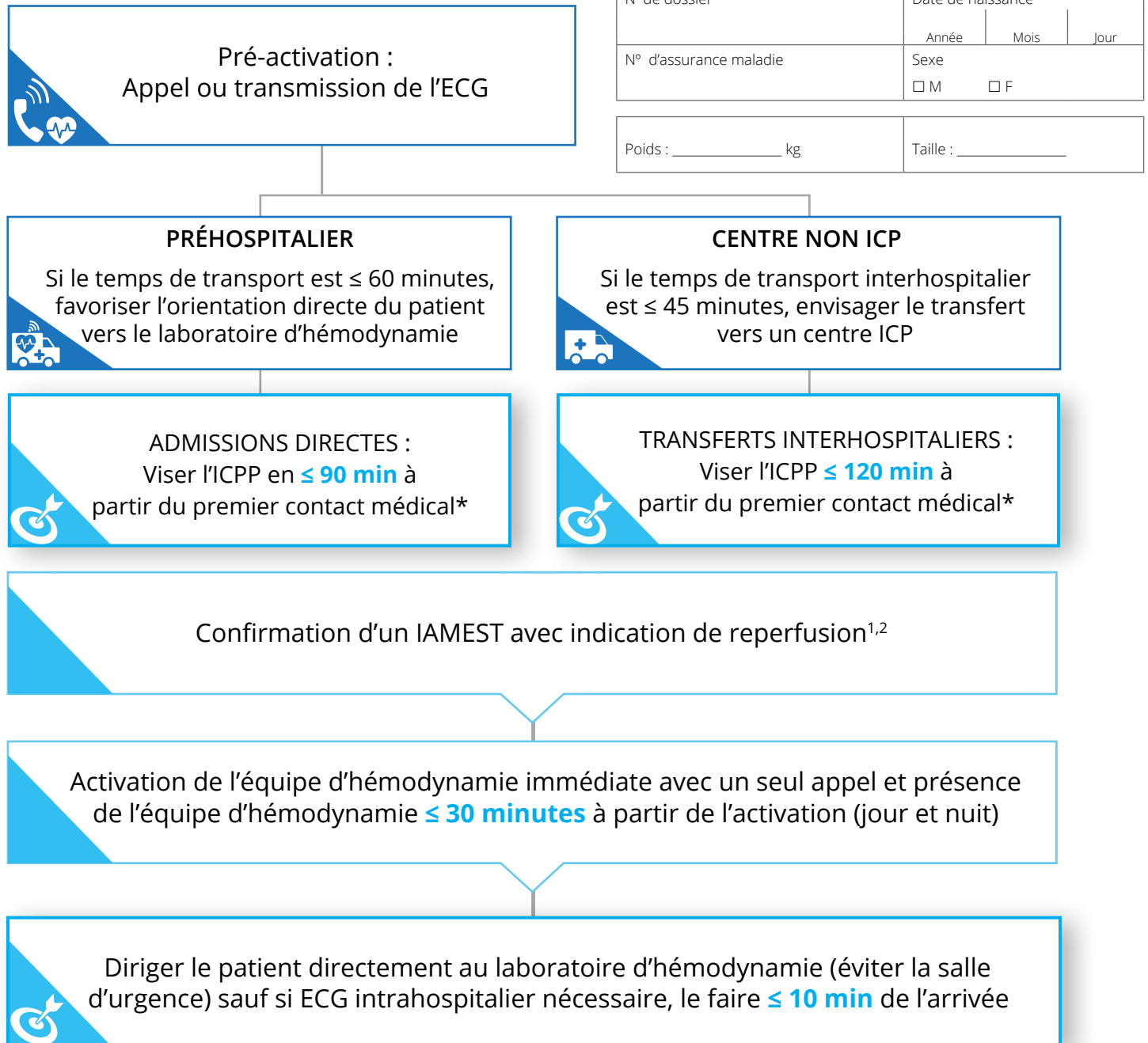


RÉFÉRENCES

- Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction—Executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 1999 guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction). *J Am Coll Cardiol* 2004;44(3):671-719.
- Brehaut JC, Colquhoun HL, Eva KW, Carroll K, Sales A, Michie S, Ivers N, Grimshaw JM. Practice Feedback Interventions: 15 Suggestions for Optimizing Effectiveness. *Ann Intern Med*. 2016;164:435-441.
- Cardiac Care Network (CCN). Recommendations for best-practice STEMI management in Ontario. Toronto, ON : CCN; 2013a. Disponible à : [http://www.ccn.on.ca/ccn_public/uploadfiles/files/Recommendations_for_Best_Practice_STEMI_Management_in_Ontario_\(6\).pdf](http://www.ccn.on.ca/ccn_public/uploadfiles/files/Recommendations_for_Best_Practice_STEMI_Management_in_Ontario_(6).pdf).
- Cardiac Care Network (CCN). Development of a regional cardiac program: Core competencies and functions of a regional cardiac program. Toronto, ON : CCN; 2013b. Disponible à : http://www.ccn.on.ca/ccn_public/uploadfiles/files/Regional%20Cardiac%20Program%20Development.pdf.
- Harold JG, Bass TA, Bashore TM, Brindis RG, Brush JE Jr, Burke JA, et al. ACCF/AHA/SCAI 2013 update of the clinical competence statement on coronary artery interventional procedures: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association/American College of Physicians Task Force on Clinical Competence and Training (writing committee to revise the 2007 clinical competence statement on cardiac interventional procedures). *Circulation* 2013;128(4):436-72.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Normes relatives aux traitements de reperfusion de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) au Québec. Document rédigé par l'Unité d'évaluation cardiovasculaire (UECV). Québec, Qc : INESSS; 2016.
- Jollis JG, Al-Khalidi HR, Monk L, Roettig ML, Garvey JL, Aluko AO, et al. Expansion of a regional ST segment-elevation myocardial infarction system to an entire state. *Circulation* 2012a;126(2):189-95.
- Jollis JG, Granger CB, Henry TD, Antman EM, Berger PB, Moyer PH, et al. Systems of care for ST segment-elevation myocardial infarction: A report from the American Heart Association's Mission: Lifeline. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2012b;5(4):423-8.
- Krumholz HM, Herrin J, Miller LE, Drye EE, Ling SM, Han LF, et al. Improvements in door-to-balloon time in the United States, 2005 to 2010. *Circulation* 2011;124(9):1038-45.
- Masoudi FA, Bonow RO, Brindis RG, Cannon CP, Debuhr J, Fitzgerald S, et al. ACC/AHA 2008 statement on performance measurement and reperfusion therapy: A report of the ACC/AHA Task Force on Performance Measures (Work Group to address the challenges of performance measurement and reperfusion therapy). *Circulation* 2008;118(24):2649-61.
- Mission: Lifeline. Mission: Lifeline@systems of care recognition measures. Dallas, TX: American Heart Association (AHA); 2014. Disponible à : http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@private/@wcm/@hcm/@ml/documents/downloadable/ucm_449164.pdf.
- Mission: Lifeline. Recommendations for criteria for STEMI systems of care [site web]. Dallas, TX : American Heart Association (AHA); 2013. Disponible à : http://www.heart.org/HEARTORG/Professional/MissionLifelineHomePage/EMS/Recommendations-for-Criteria-for-STEMI-Systems-of-Care_UCM_312070_Article.jsp.
- O'Connor RE, Al Ali AS, Brady WJ, Ghaemmaghami CA, Menon V, Welsford M, Shuster M. Part 9: Acute coronary syndromes: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* 2015;132(18 Suppl 2):S483-500.
- O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE Jr, Chung MK, de Lemos JA, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: Executive summary: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2013;127(4):529-55.
- Quraishi AuR, Lambert LJ, Madan M, Gong Y, Forsey A, Galbraith D, et al. Quality of care for percutaneous coronary intervention: Development of Canadian Cardiovascular Society quality indicators. *Can J Cardiol* 2016 [Epub ahead of print].

- Rokos IC, Henry TD, Weittenhiller B, Bjerke CM, Bates ER, French WJ. Mission: Lifeline STEMI networks geospatial information systems (GIS) maps. *Crit Pathw Cardiol* 2013;12(2):43-4.
- Schiele F, Gale CP, Bonnefoy E, Capuano F, Claeys MJ, Danchin N, et al. Quality indicators for acute myocardial infarction: A position paper of the Acute Cardiovascular Care Association. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2017 Feb;6(1):34-59. Epub 2016 Sep 20.
- Spertus JA, Eagle KA, Krumholz HM, Mitchell KR, Normand SL; American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Performance Measures. American College of Cardiology and American Heart Association methodology for the selection and creation of performance measures for quantifying the quality of cardiovascular care. *Circulation* 2005;111(13):1703-12.
- Wilson BH, Humphrey AD, Cedarholm JC, Downey WE, Haber RH, Kowalchuk GJ, et al. Achieving sustainable first door-to-balloon times of 90 minutes for regional transfer ST-segment elevation myocardial infarction. *JACC Cardiovasc Interv* 2013;6(10):1064-71.

ALGORITHME : CENTRE ICP



Modifications adoptées le 1^{er} février 2017 par le RQCT de l'algorithme de 2009 en conformité avec les normes établies pour le Québec (INESSS; 2016).

* Le premier contact médical réfère à l'arrivée du technicien ambulancier paramédic auprès du patient ou à l'arrivée au triage à l'hôpital.

1. Indication de reperfusion : patient avec des douleurs rétrosternales depuis 12 heures ou moins **ET** ECG 12 dérivation compatible avec un IAMEST :

- a) Sus-décalage ST d'au moins 2 mm dans 2 dérivation consécutives en V1-3 OU
- b) Sus-décalage ST d'au moins 1 mm dans 2 autres dérivation contiguës.

2. Dans le cas d'un bloc de branche gauche (BBG) complet accompagné d'une symptomatologie compatible à un IAMEST, une concertation entre l'urgentologue et un expert consultant est suggérée pour faciliter la prise de décision pour un traitement de reperfusion par fibrinolyse ou par intervention coronarienne percutanée primaire (ICPP).

Il faut privilégier la fibrinolyse si la durée des symptômes est inférieure à 2 heures, surtout si le délai à l'ICPP risque d'être relativement long.

Références : O'Gara *et al.* Circulation 2013 ;127(4):529; O'Connor *et al.* Circulation 2015 ;132(18)(Suppl2) :S-483.

(Signature)

(Date et heure)

N° de permis

ALGORITHME : CENTRE DE FIBRINOLYSE ET (OU) TRANSFERT INTERHOSPITALIER

 Pré-activation : Appel ou transmission de l'ECG

 PRÉHOSPITALIER : Si le temps de transport est ≤ 60 minutes, favoriser l'orientation directe du patient vers le laboratoire d'hémodynamie

Symptômes suggestifs d'IAM/EST

Sus-décalage du segment ST

Urgentologue détermine si indication de reperfusion^{1,2}

Nom de l'utilisateur			
Prénom			
N° de dossier	Date de naissance		
	Année	Mois	Jour
N° d'assurance maladie	Sexe		
	☐ M	☐ F	
Poids : _____ kg	Taille : _____		

NB : Si ECG préhospitalier diagnostique ET persistance des symptômes : ÉVITER de répéter ECG à l'urgence.
Si nécessaire, le faire ≤ 10 min de l'arrivée

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES*

- ☐ Antécédent d'AVC ischémique survenu il y a moins de 3 mois;
- ☐ Antécédent d'hémorragie intracrânienne ou d'AVC hémorragique;
- ☐ Chirurgie intracrânienne ou intraspineale survenue il y a moins de 2 mois;
- ☐ Dissection aortique suspectée[†];
- ☐ Hémorragie active significative;
- ☐ Néoplasie intracrânienne;
- ☐ Pression artérielle supérieure à 180/110 mm Hg non contrôlée par les traitements d'urgence;
- ☐ Trauma majeur ou chirurgie majeure survenue il y a moins de 3 semaines.

* Il est important de documenter la présence d'une contre-indication absolue au dossier médical.

[†] En présence de signes cliniques tels qu'un souffle diastolique nouveau, une asymétrie significative entre les pressions artérielles aux deux bras ou un élargissement évident du médiastin à la radiographie simple.

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

- ☐ Anévrisme cérébral non rompu;
- ☐ Diathèse hémorragique significative[‡];
- ☐ Grossesse y compris 1 semaine post-partum;
- ☐ Hémophilie héréditaire ou acquise[§];
- ☐ Hémorragie significative récente survenue il y a moins de 4 semaines;
- ☐ Insuffisance hépatique grave;
- ☐ Malformation artérioveineuse non rompue;
- ☐ Ponctions vasculaires non compressibles effectuées il y a moins de 48 heures (y compris la biopsie et la ponction lombaire);
- ☐ Prise d'un anticoagulant oral à doses thérapeutiques (warfarine, nicoumalone ou AOD (NACO));
- ☐ RCR prolongée (par exemple, de plus de 10 minutes) ou traumatique, ou intubation endotrachéale traumatique survenue il y a moins de 72 heures;
- ☐ Ulcère actif.

[‡] Contacter immédiatement un hématologue si une autre opinion est nécessaire.

[§] Contre-indication absolue ou relative selon la gravité de l'hémophilie (contacter un hématologue d'un centre des hémophiles pour avoir son opinion).

OUI

Particularités ?
Choc cardiogénique ?
Contre-indications à la fibrinolyse ?

NB : Si ECG démontre BBGc² ET persistance de DRS typique

Discuter avec un expert pour déterminer si indication de reperfusion

NON

Transport interhospitalier ≤ 45 min ?

OUI

ICPP possible ≤ 120 min à partir du premier contact médical*

Mise en tension et transfert immédiat pour ICP primaire

NON

NON

Viser fibrinolyse ≤ 30 min à partir du triage
Ordonnance / protocole de fibrinolyse de l'établissement
(adaptés des outils de l'INESSS)

Selon le contexte et la réponse clinique péri-fibrinolyse, subséquemment considérer :

- 1) Stratification fonctionnelle semi-élective chez les patients ayant démontrés une reperfusion
- 2) Transfert urgent vers un centre d'intervention coronarienne percutanée
- 3) Transfert semi-urgent (dans les 6-24 heures)

Modifications adoptées le 1^{er} février 2017 par le RQCT de l'algorithme de 2009 en conformité avec les normes établies pour le Québec (INESSS; 2016).

* Le premier contact médical réfère à l'arrivée du technicien ambulancier paramédical auprès du patient ou à l'arrivée au triage à l'hôpital.

1. Indication de reperfusion : patient avec des douleurs rétrosternales depuis 12 heures ou moins ET ECG 12 dérivation compatible avec un IAM/EST :

a) Sus-décalage ST d'au moins 2 mm dans 2 dérivation consécutives en V1-3 OU

b) Sus-décalage ST d'au moins 1 mm dans 2 autres dérivation contiguës.

2. Dans le cas d'un bloc de branche gauche (BBG) complet accompagné d'une symptomatologie compatible à un IAM/EST, une concertation entre l'urgentologue et un expert consultant est suggérée pour faciliter la prise de décision pour un traitement de reperfusion par fibrinolyse ou par intervention coronarienne percutanée primaire (ICPP).

Il faut privilégier la fibrinolyse si la durée des symptômes est inférieure à 2 heures, surtout si le délai à l'ICPP risque d'être relativement long.

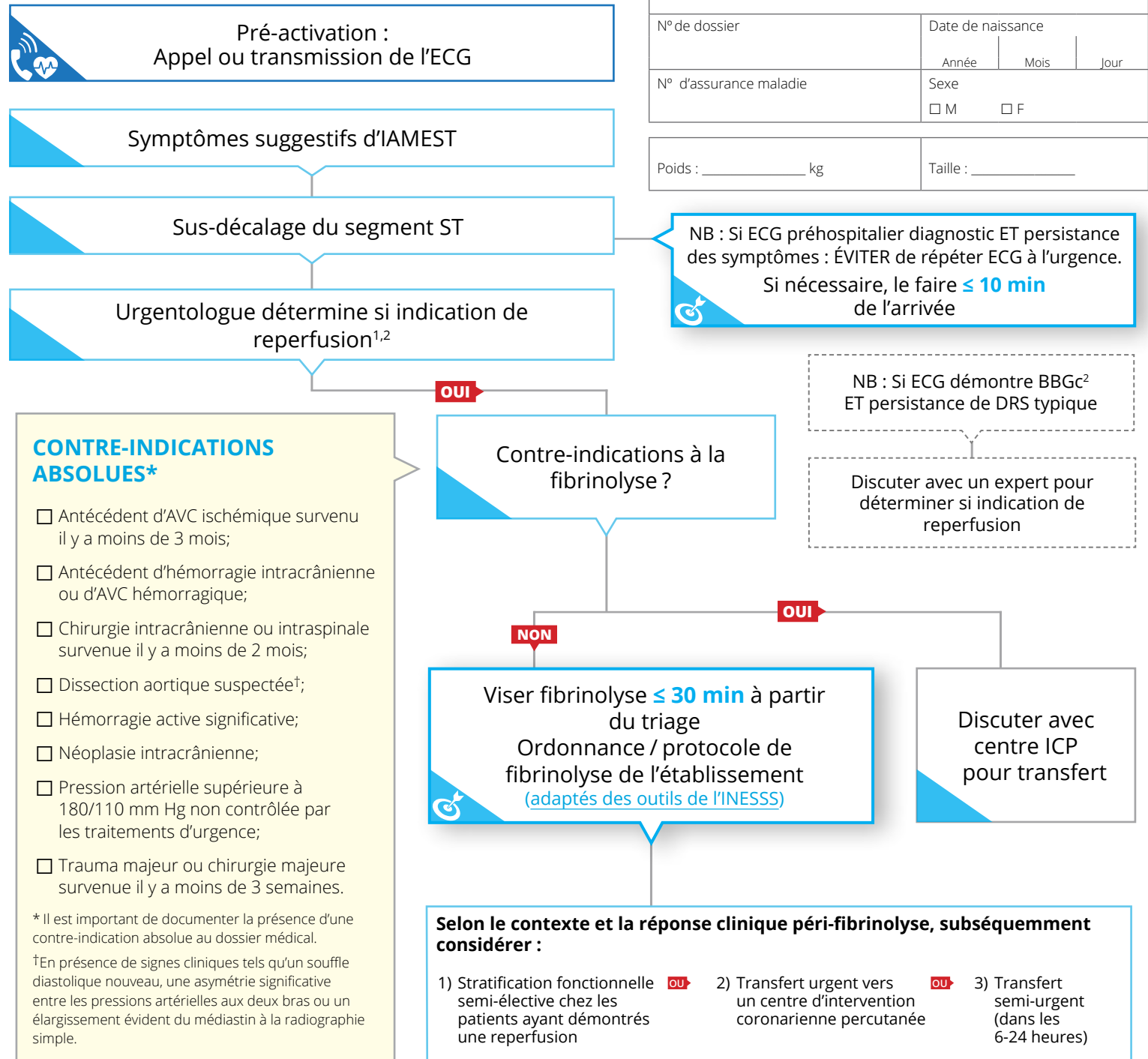
Références : O'Gara *et al.* Circulation 2013 ;127(4):529; O'Connor *et al.* Circulation 2015 ;132(18)(Suppl2):S-483.

(Signature)

(Date et heure)

N° de permis

ALGORITHME : CENTRE DE FIBRINOLYSE



Modifications adoptées le 1^{er} février 2017 par le RQCT de l'algorithme de 2009 en conformité avec les normes établies pour le Québec (INESSS; 2016).

1. Indication de reperfusion : patient avec des douleurs rétrosternales depuis 12 heures ou moins **ET** ECG 12 dérivations compatible avec un IAMEST :
- a) Sus-décalage ST d'au moins 2 mm dans 2 dérivations consécutives en V1-3 OU
 - b) Sus-décalage ST d'au moins 1 mm dans 2 autres dérivations contiguës.
2. Dans le cas d'un bloc de branche gauche (BBG) complet accompagné d'une symptomatologie compatible à un IAMEST, une concertation entre l'urgentologue et un expert consultant est suggérée pour faciliter la prise de décision pour un traitement de reperfusion par fibrinolyse ou par intervention coronarienne percutanée primaire (ICPP).
- Il faut privilégier la fibrinolyse si la durée des symptômes est inférieure à 2 heures, surtout si le délai à l'ICCP risque d'être relativement long.
- Références : O'Gara *et al.* Circulation 2013 ;127(4):529; O'Connor *et al.* Circulation 2015 ;132(18)(Suppl2) :S-483.