

Animation départementale e-MUST

Territoire de la Seine et Marne (77)

Compte rendu de réunion

| | |
|-----------|---|
| Date | Lundi 12 mai 2025 – 16h00-18h00 |
| Lieu | Visioconférence |
| Livrables | <ul style="list-style-type: none"> — Support de présentation — Articles scientifiques |

Plateforme web de l'EDS urgence-cardio

- La plateforme web de l'EDS urgence-cardio permet la saisie, le dépôt et la restitution des données : Si besoin d'un compte, adresser un e-mail à eds-cardiologie-idf@sesan.fr
 - Cette plateforme permet de disposer d'indicateurs déjà définis, il ne s'agit pas d'un outil de requête
 - Cependant il est possible de sélectionner plusieurs items pour obtenir les indicateurs proposés sur des populations spécifiques
 - Les filtres actuellement proposés peuvent faire l'objet d'une évolution. N'hésitez pas à contacter eds-cardiologie-idf@sesan.fr pour toute demande d'indicateurs complémentaires ou évolution

Présentation des résultats e-MUST (cf. Support de présentation ci-joint)

- **SMUR 1° effecteur** : Item qui donne une approche sur la qualité de la régulation par rapport à un appel au SAMU pour douleur thoracique
 - Constat
 - Diminution constante du taux de SMUR 1° effecteur
 - Dans le 77 : taux d'occupation des SMUR important, mais il y a encore un peu de marge pour améliorer ce taux.
 - Explications
 - Item difficile à interpréter et à expliquer
 - Définition proposée par le 77 : A-t-on attendu un bilan pompier avant d'envoyer un SMUR ?
 - Quelques hypothèses :
 - Dans certains départements, des lignes de SMUR ont été fermées
 - La notion de SMUR 1° effecteur semble être impactée par la présence de BSPP dans certains départements
 - Des VSAV télétransmettent des ECG dans certains départements, ce qui a peut-être modifié les habitudes de régulation
 - Quid des VSAV qui ne télétransmettent pas les ECG ? Protocole ?
 - Le taux de SMUR 1° effecteur est difficile à analyser car VSAV et SMUR n'arrivent pas à la même vitesse notamment en milieu très urbanisé avec difficultés de circulation
 - Actions
 - Revoir la définition du SMUR 1° effecteur
 - Définition proposée par le 77 : A-t-on attendu un bilan pompier avant d'envoyer un SMUR ?
- **Délai DT – appel SAMU**
 - Constat
 - En région ces délais sont assez stables entre 45 et 47 minutes.
 - Dans le 77, il est de 74 minutes. Il est probable que ce résultat soit lié à de faibles effectifs en 2022.
 - Ce délai n'est pas lié à une histoire d'offre. Ce délai est lié à l'éducation des patients par les MG cardiologues.

- Les messages en santé publique ont beaucoup diminué, il faut réinsister sur les campagnes en santé publique.
- Allongement du délai « DT- appel SAMU par le patient » a un impact sur la mortalité.
- Explications
 - Patients plus ou moins bien pris en charge et éduqués en amont de l'IDM
- Actions
 - Améliorer la restitution de données et surveiller ce délai dans le 77
 - Faire une campagne de santé publique sur la population du 77 ou plutôt régionale pour d'une part faire que ce soit le patient qui appelle et qu'il appelle plus tôt après le début de la douleur

— **Délai appel SAMU – PEC¹ SMUR**

- Constat
 - Allongement du délai appel SAMU – PEC SMUR à l'échelle de la région.
 - Pour le 77 délai stable.
- Explications
 - Fermeture de SMUR ?
 - Grandeur du territoire ?
 - Les bases n'ont qu'un seul véhicule pour couvrir des distances importantes.
 - Plus d'embouteillages ? Peu crédible
- Actions
 - Augmenter le nombre de SMUR là où les délais sont les plus longs

— **Taux de décision**

- Constat
 - Augmentation constante du taux de « non décision »
- Explications
 - + de personnes âgées ? + de jeunes ? + de femmes ? + de préoces ? + de douleurs atypiques ?
 - Décision parfois prise devant la salle de KT : s'agit-il d'une « non décision prise par le SMUR »
- Actions
 - Préciser les analyses : Patients envoyés aux urgences ou devant la salle de KT car la décision est parfois prise devant la salle de KT ? Identifier le service de destination des patients sans décision ? Quel délai pour ces patients ?
 - Repréciser la définition de non-décision ?
 - Évaluer les erreurs de décision : une ATL primaire décidée n'aboutit pas toujours à une ATL en pratique (ex : myocardite)
 - Voir si les patients pour lesquels il n'y a pas eu de décision ont été transportés de façon médicalisée ou non médicalisée VSAV vs SMUR.
 - Revoir l'outil de saisie sur la prise de décision. Tant qu'il y a un SMUR, la décision est prise par le SMUR.
 - Corriger le taux de décision, s'il va en salle de KT alors il y a une décision pour le patient

— **Délai PEC SMUR – arrivée à l'hôpital**

- Constat
 - Parallèle surprenant avec le délai de déclenchement des SMUR.

— **Taux d'orientation en CCIC des ATL primaire**

- Explanation
 - La décision de non-thrombolyse est prise par le cardio.

— **Parcours des secondaires**

- Constat
 - Stabilité du tx de secondaires

¹ PEC : Prise En Charge

- Transport médicalisé concerne les primaires, transports non médicalisé (TNM) concerne les secondaires
- Au SAU non adossé à une salle de KT, si ECG + => SMUR est un primo secondaire
- Explications
- Actions
 - Approfondir l'analyse des patients qui ont appelé le SAMU/les SP avant de se présenter dans un SAU : dans le 95 tous les appels SP sont passés au SAMU. Quel est le parcours de ces patients ?
 - Envoyer les éléments d'identification des patients au Dr Yahoui et Dr Wolff
 - Régulation par le 15 systématique en grande couronne
 - Par ailleurs :
 - Même quand les patients arrivent dans les SAU adossés à une salle de KT, les délais sont longs pour réaliser l'ATL
 - Impression qu'au SAU, le sentiment d'urgence devant une DT est moindre qu'il y a 10 ans
 - Sensibiliser les urgentistes du SAU sur l'urgence thérapeutique de l'IDM
 - Faire des protocoles de PEC des IDM au SAU adossé à une salle de KT
 - Faire une campagne de santé publique : DT => le patient appelle le 15

Valorisation scientifique

Parcours IDM 14-18 = parcours de la maladie coronaire chronique autour d'un IDM aigu (2014-2018) par appariement probabiliste entre e-MUST et le SNDS (5 ans avant et 5 ans après l'IDM) dans le cadre du Health Data Hub (Plateforme des Données de Santé) :

- Accès aux bases de données appariées depuis mars 2024
- Data management
- Automatisation des analyses pour la production des indicateurs et analyses en routine : en cours
- Analyses de survie : en cours
- Publications d'articles sur les données de Parcours IDM 14-18 au T3 2025

Derniers articles e-MUST (tous les articles sont sur le site [EDS urgence-cardio](#))

- *Evolution of REperfusion Strategies and impact on mortality in Old and Very OLD STEMI patients. The RESOVOLD-e-MUST study*, F. Lapostolle & al, Age Ageing. 2024 Jan 2;53(1): afad215. doi: 10.1093/ageing/afad215. PMID: 38167925; PMCID: PMC10762506.
- *Effect of age, gender, and time of day on pain-to-call times in patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction: the CLOC'AGE study*, F. Lapostolle & al, Emergencias. 2021 Jun;33(3):181-186. English, Spanish. PMID: 33978331.

Participation aux congrès (tous les abstracts sont sur le site [EDS urgence-cardio](#))

Chaque année, des sujets à partir des données e-MUST sont présentés au congrès Urgences. En 2025 ont été présentés :

- Risque de réhospitalisation d'une cohorte d'Infarctus aigus du Myocarde (Parcours IDM)
- Impact de l'assouplissement des délais dans les recommandations de 2017 sur la cinétique de prise en charge préhospitalière des SCA ST+. Etude RELAX-SCA (e-MUST)

En 2025, un sujet a été présenté au congrès de l'information médicale - EMOIS

- Survie à cinq ans d'une cohorte d'Infarctus aigus du Myocarde (IDM) – Parcours-IDM

Perspectives

Enrichissement des bases de données

- Parcours IDM : mise à jour du Parcours IDM avec les données 2019-2022 en cours (protocole MAJ soumis au CESREES puis à la CNIL)
- Cardio pathway : à l'instar de ce qui a été fait sur le parcours IDM, appariement entre les coro et ATL du registre CARDIO-ARSIF et le SNDS : en cours

SMUR-connect (SESAN)

- Outil d'informatique embarquée dans les SMUR en cours de test
- Cet outil inclura les données du registre e-MUST et du registre RéAC
 - ⇒ Récupération automatique des données e-MUST pour alimenter le registre e-MUST
 - ⇒ Evolution du recueil des données e-MUST
 - ⇒ Nécessité d'adaptation de l'outil de saisie/correction des données e-MUST

Rappel sur la réglementation en vigueur

- Décret no 2022-382 du 16 mars 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie et aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation

« Art. D. 6124-182. – Des protocoles organisant la prise en charge des patients sont établis entre les médecins pratiquant les activités interventionnelles et, le cas échéant, les autres médecins impliqués dans cette prise en charge, sans préjudice des dispositions des articles D. 6124-91 à D. 6124-102.

« Ces protocoles permettent d'assurer la continuité des soins prévue à l'article L. 1110-1.

« Art. D. 6124-183. – Des conventions organisant la prise en charge en urgence des patients sont conclues entre les titulaires de l'autorisation pratiquant les activités interventionnelles et les établissements autorisés à exercer la médecine d'urgence appelés, le cas échéant, à participer à la prise en charge en urgence des patients reçus dans ces établissements.

« Ces conventions précisent notamment les modalités des premiers soins, lors de la prise en charge en urgence des patients présentant une suspicion de syndrome coronarien aigu.

« L'activité sous la modalité “cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte” constitue un plateau technique spécialisé au sens des articles R. 6123-32-1 à R. 6123-32-6 et les conventions prévues au premier alinéa précisent les modalités d'accès direct à ce plateau technique.

« Le titulaire de l'autorisation est membre du réseau de prise en charge des urgences prévu à l'article R. 6123-26 dans les conditions que détermine la convention constitutive du réseau.

« Art. D. 6124-184. – I. – Le titulaire s'assure que l'équipe médicale et paramédicale identifie et met à jour régulièrement les recommandations de bonnes pratiques à appliquer et met en place une évaluation du respect de ces standards.

« Le titulaire identifie l'ensemble des actions à mener pour améliorer la pertinence des soins.

« Le titulaire de l'autorisation s'assure du recueil et l'analyse de données issues des pratiques professionnelles dans une finalité d'amélioration des pratiques et de gestion des risques.

- Décret no 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence : Il précise enfin l'articulation entre les structures de médecine d'urgence et les plateaux techniques spécialisés permettant des prises en charge spécifiques (ophtalmologie, cardiologie, etc.).

➤ Article R6123-29

Modifié par Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 - art. 1

Une convention constitutive du réseau précise notamment les disciplines et les activités de soins ou les états pathologiques spécifiques pour lesquels les établissements membres s'engagent à accueillir et à prendre en charge les patients qui leur sont adressés par le SAMU ou par la structure des urgences ou l'antenne de médecine d'urgence. Cette convention répond aux objectifs définis dans le dispositif “ ORSAN ” mentionné à l'article L. 3131-11.

Cette convention est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé, qui veille à la cohérence des réseaux définis au sein de la région et à leur articulation avec ceux des régions limitrophes.

30° L'article R. 6123-32-10 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 5° S'assure du recueil des données d'activité à partir des informations extraites des systèmes d'information des structures de médecine d'urgence autorisées, permettant l'analyse des pratiques professionnelles et la gestion des risques. » ;

Conclusion

- Le 77 est sur une phase de stabilisation des équipes SMUR.
- Les actions identifiées pour améliorer des indicateurs
 - Faire des protocoles départementaux sur la prise en charge des IDM aigus
 - S'appuyer sur les guidelines 2025 de l'AHA sur la prise en charge du SCA
<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001309b>
 - La communication épidémiologique est très intéressante pour passer des messages pédagogiques.
 - Faire des campagnes d'information de santé grand public. S DT, appeler soi-même (patient) le 15.
- Par ailleurs, mettre en œuvre la réglementation en vigueur