



**Canadian Cardiovascular  
Society**

*Leadership. Knowledge. Community.*

**Société canadienne  
de cardiologie**

*Communauté. Connaissances. Leadership.*

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

---

## INDICATEURS DE QUALITÉ CONCERNANT LA FIBRILLATION ET LE FLUTTER AURICULAIRES

*(INDICATEURS PRIORITAIRES ET NON PRIORITAIRES)*

---

**UN DOCUMENT DE CONSENSUS DE LA SCC**

**VERSION FINALE v2**

Dernière mise à jour : mars 2019

© 2019 La Société canadienne de cardiologie

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

Pour une reproduction autorisée, veuillez obtenir la permission de :

Société canadienne de cardiologie  
222, rue Queen, bureau 1100  
Ottawa (Ontario)  
Canada K1P 5V9  
Courriel : [qualityproject@ccs.ca](mailto:qualityproject@ccs.ca)

## CONTEXTE

Les indicateurs de qualité présentés dans le présent document ont été choisis au moyen d'un processus de consensus national en tant qu'indicateurs de qualité concernant **la fibrillation et le flutter auriculaires**.

En outre, un chapitre complémentaire du dictionnaire de données sur la fibrillation et le flutter offre des éléments de données et des définitions connexes. Pour consulter la dernière version du dictionnaire, rendez-vous à l'adresse [www.ccs.ca/](http://www.ccs.ca/). Plusieurs de ces indicateurs de qualité offrent les possibilités d'analyses suivantes :

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

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

## TABLE DES MATIÈRES

### Indicateurs prioritaires

Diagnostic de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires et risque élevé d'AVC chez les patients recevant un anticoagulant par voie orale.....	4
Fréquence de l'AVC chez les patients souffrant de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires.....	5
Fréquence de l'hémorragie majeure chez les patients souffrant de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires.....	7
Stratification de risques d'AVC chez les patients souffrant de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires.....	9
Diagnostic de fibrillation ou de flutter auriculaires et évaluation par échocardiographie.....	10

### Indicateurs non prioritaires – développés

Pourcentage de patients présentant un résultat CHADS <sub>2</sub> de 2 ou plus, qui prennent des anticoagulants par voie orale après une ablation par cathéter pour la fibrillation auriculaire non valvulaire, un an après l'ablation.....	11
Pourcentage de patients qui présentent des complications majeures associées à l'ablation par cathéter pour la fibrillation auriculaire survenues dans les 30 jours après l'ablation .....	12
Patients qui subissent une ou des ablations par cathéter répétées pour la fibrillation auriculaire dans les deux ans après l'intervention initiale .....	13
Anticoagulants pour traiter la fibrillation auriculaire valvulaire .....	14
Qualité de l'activité d'anticoagulation avec la warfarine chez les patients souffrant de fibrillation ou de flutter auriculaires.....	15

### Indicateurs non prioritaires – à développer .....

### Indicateurs supprimés.....

### DÉFINITIONS.....

### REMERCIEMENTS.....

### DROITS D'AUTEUR.....

## INDICATEURS PRIORITAIRES

DIAGNOSTIC DE FIBRILLATION OU DE FLUTTER AURICULAIRES NON VALVULAIRES ET RISQUE ÉLEVÉ D'AVC CHEZ LES PATIENTS RECEVANT UN ANTICOAGULANT PAR VOIE ORALE	
<b>Description</b>	<p>Le pourcentage de patients d'au moins 75 ans OU de moins de 75 ans ayant reçu un diagnostic de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires obtenant un résultat CHADS<sub>2</sub> supérieur ou égal à 2*, ne présentant pas de contre-indication aux anticoagulants et auxquels on a prescrit un anticoagulant par voie orale (warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K, dabigatran, rivaroxaban, apixaban).</p> <p>*CHADS<sub>2</sub> ≥ 2 signifie ici un épisode antérieur d'AVC, d'ischémie cérébrale transitoire (ICT) ou d'embolie systémique, ou au moins deux des facteurs suivants : hypertension, insuffisance cardiaque ou diabète.</p>
<b>Numérateur</b>	Sous-ensemble du dénominateur : nombre de patients du dénominateur recevant un anticoagulant par voie orale (warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K, dabigatran, rivaroxaban, apixaban).
<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de patients ayant reçu un diagnostic de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires et répondant également aux critères d'inclusion suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Au moins 75 ans OU moins de 75 ans et obtenant un résultat CHADS<sub>2</sub> supérieur ou égal à 2 (ici, soit un épisode antérieur d'AVC, d'ICT ou d'embolie systémique, ou au moins deux des facteurs suivants : hypertension, insuffisance cardiaque ou diabète).</li> <li>2. Pas de contre-indication aux anticoagulants.</li> <li>3. Patients vivants à la fin de la première consultation suivant l'épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires.</li> <li>4. La période de sélection des cas sera déterminée au moment de l'analyse.</li> </ol> <p><u>Analyse transversale</u> : Patients répondant aux critères d'inclusion ci-dessus à la fin de la première consultation suivant l'épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires.</p> <p><u>Analyse de suivi</u> : Patients répondant aux critères d'inclusion ci-dessus à la fin de la première consultation suivant un épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires et à chaque consultation de suivi pendant les deux années suivant la toute première consultation. Cela exclut les patients décédés, perdus de vue pendant le suivi ou ayant développé une contre-indication aux anticoagulants.</p>
<b>Méthode de calcul</b>	<p><u>Analyse transversale</u> : Aperçu à un moment à la fin de la première consultation suivant un épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires et un an après celle-ci. Calculé en tant que pourcentage de patients présentant un épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires et recevant un anticoagulant par voie orale au moment de la première consultation de référence, ainsi qu'au cours de la dernière consultation de suivi avant le terme de la première année après la première consultation. Les analyses transversales s'appuieront sur des données recueillies habituellement à des fins administratives ou autres.</p> <p><u>Analyse de suivi</u> : Usage d'un anticoagulant par voie orale à la fin de la première consultation suivant un épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires et réduction de l'utilisation à chaque consultation de suivi pendant les deux ans après la première consultation de référence suivant un épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires. Calculé en tant que pourcentage de patients présentant un épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires, et recevant un anticoagulant par voie orale à la fin de la première consultation de référence, ainsi qu'à chaque consultation de suivi pendant deux ans après la première consultation de référence. Cela exclut les patients décédés, perdus de vue pendant le suivi ou ayant développé une contre-indication aux anticoagulants. L'analyse de suivi s'appuiera sur des données recueillies spécialement aux fins d'analyse des indicateurs de qualité.</p>
<b>Sources de données</b>	Bases de données administratives ou DMI, bases de données de facturation de l'hospitalisation et du médecin (p. ex., base de données sur les congés des patients, base de données sur les soins ambulatoires, base de données sur les demandes de règlement des médecins), programmes d'assurance-médicaments provinciaux pour les renseignements sur les médicaments (p. ex., Croix Bleue) ou base de données concernant les indicateurs de qualité relatifs à la fibrillation et au flutter auriculaires.
<b>Justification</b>	
Les patients ayant reçu un diagnostic de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires qui présentent un risque élevé d'AVC et aucune contre-indication devraient suivre un traitement préventif de l'AVC à base d'anticoagulants par voie orale.	
<b>Recommandation(s) clinique(s)</b>	
La mise à jour ciblée des lignes directrices 2012 de la SCC en matière de FA recommande que ces patients reçoivent un traitement à base d'anticoagulants par voie orale (warfarine, ou autre antagoniste de la vitamine K, dabigatran, rivaroxaban, ou apixaban). (Forte recommandation, données probantes de haute qualité.)	
<b>Type de rapport</b>	
Les statistiques consignées refléteront le pourcentage de patients pour lesquels des anticoagulants par voie orale sont <b><u>clairement indiqués, qui ne présentent pas de contre-indication</u></b> et qui suivent correctement ce traitement au moment de la première consultation relative à un épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires ou à la suite de celle-ci.	
<b>Difficultés de mise en œuvre et d'interprétation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toute contre-indication aux anticoagulants devra être consignée.</li> <li>• Les raisons de l'absence de traitement à base d'anticoagulants, telles qu'un refus du patient, ne seront pas consignées.</li> </ul>	

## FRÉQUENCE DE L'AVC CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE FIBRILLATION OU DE FLUTTER AURICULAIRES NON VALVULAIRES

<b>Description</b>	Fréquence annualisée d'AVC (en excluant l'ICT) chez les patients ayant reçu un diagnostic de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires.
<b>Numérateur</b>	Sous-ensemble du dénominateur : nombre de patients du dénominateur ayant eu un AVC (en excluant l'ICT). Le traitement antithrombotique à la fin de la consultation de référence des patients au numérateur sera comparé à celui qu'ils suivent au moment de l'AVC (voir ci-dessous la description du dénominateur).
<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre total de patients présentant un épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires. La période de sélection des cas sera déterminée au moment de l'analyse.</p> <p>Les patients seront répartis dans de nouvelles sous-catégories en fonction du résultat CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc* et du traitement antithrombotique à la fin de la consultation pour un épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires (voir ci-dessous). *Insuffisance cardiaque, AVC/ICT/embole systémique, hypertension, âge &gt; 75 ans, diabète, athérosclérose, âgé de 65 à 74 ans, sexe féminin.</p> <p>Résultat CHAD<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc à la fin de la consultation pour un épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Résultat = 0</li> <li>2. Résultat = 1</li> <li>3. Résultat = 2</li> <li>4. Résultat = 3</li> <li>5. Résultat = 4 ou plus</li> <li>6. Résultat inconnu/incertain</li> </ol> <p>Traitement antithrombotique :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aucun traitement antithrombotique</li> <li>2. Traitement aux anticoagulants seulement             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K</li> <li>b. Dabigatran</li> <li>c. Rivaroxaban</li> <li>d. Apixaban</li> </ol> </li> <li>3. Traitement antiplaquettaire seulement</li> <li>4. Traitement antiplaquettaire et aux anticoagulants             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K</li> <li>b. Dabigatran</li> <li>c. Rivaroxaban</li> <li>d. Apixaban</li> </ol> </li> <li>5. Inconnu/Incertain</li> </ol>
<b>Méthode de calcul</b>	<p><b>Analyse transversale</b> : Aperçu un an après l'épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires. Calculé en tant que pourcentage de patients présentant un épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires et ayant subi un AVC (en excluant l'ICT) durant l'année suivant la consultation de référence. Les fréquences seront calculées en tant que totaux et stratifiées en fonction du résultat CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc* et du type de traitement antithrombotique à la fin de la consultation relative à l'épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires. Une sous-analyse comparera, chez les patients figurant au numérateur, le traitement antithrombotique reçu à la fin de la consultation de référence à celui administré au moment de l'AVC. Les analyses transversales s'appuieront sur des données recueillies habituellement à des fins administratives ou autres.</p> <p><b>Analyse de suivi</b> : Risque annualisé d'AVC (en excluant l'ICT) à partir d'une analyse de type Kaplan-Meier menée pendant les deux premières années suivant un épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires réparti en sous-catégories en fonction du résultat CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc et du traitement antithrombotique. Calculé en tant que pourcentage annuel de [premier] AVC (en excluant l'ICT) au cours des deux ans suivant l'épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires et en tant que fréquences par sous-catégories en fonction du résultat CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc* et du type de traitement antithrombotique à la fin de la consultation pour leur épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires. Cela exclut les patients décédés ou perdus de vue pendant le suivi. Une sous-analyse comparera, chez les patients figurant au numérateur, le traitement antithrombotique reçu à la fin de la consultation de référence à celui administré au moment de l'AVC. L'analyse de suivi s'appuiera sur des données recueillies spécialement pour les besoins de cette analyse.</p>
<b>Sources de données</b>	Bases de données administratives ou DMI, bases de données de facturation de l'hospitalisation et du médecin (p. ex., base de données sur les congés des patients, base de données sur les soins ambulatoires, base de données sur les demandes de règlement des médecins), programmes d'assurance-médicaments provinciaux pour les renseignements sur les médicaments (p. ex., Croix Bleue) ou base de données concernant les indicateurs de qualité relatifs à la fibrillation et au flutter auriculaires.

### Justification

Cet indicateur de qualité ne correspond pas directement à l'une des recommandations de notre chapitre, mais reflète l'épidémiologie et l'incidence du traitement sur les principaux résultats que nous souhaitons prévenir.

### Recommandation(s) clinique(s)

Aucune

### Type de rapport

---

Les statistiques consignées refléteront le pourcentage annualisé de patients atteints de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires et ayant subi un AVC en fonction du risque d'AVC et du traitement antithrombotique.

---

**Difficultés de mise en œuvre et d'interprétation**

---

- Tous les AVC ne sont pas liés à une fibrillation auriculaire.
  - Le résultat équivalent mais plus rare d'embolie systémique peut ne pas être inclus.
  - La distinction entre les types d'AVC (thrombotique/hémorragique/inconnu) peut ne pas être disponible.
-

## FRÉQUENCE DE L'HÉMORRAGIE MAJEURE CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE FIBRILLATION OU DE FLUTTER AURICULAIRES NON VALVULAIRES

<b>Description</b>	Fréquence annualisée d'hémorragie majeure chez les patients ayant reçu un diagnostic de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires.
<b>Numérateur</b>	Sous-ensemble du dénominateur : nombre de patients du dénominateur présentant une hémorragie majeure. Le traitement antithrombotique au moment de la consultation de référence des patients du numérateur sera comparé à celui qu'ils suivaient au moment de l'hémorragie majeure (voir la description du dénominateur).
<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre total de patients présentant un épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires. La période de sélection des cas sera déterminée au moment de l'analyse.</p> <p>Les patients seront répartis dans de nouvelles sous-catégories en fonction du résultat CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC* et du traitement antithrombotique au moment de l'épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires (voir ci-dessous). *Insuffisance cardiaque, AVC/ICT/embolie systémique, hypertension, âge &gt; 75 ans, diabète, athérosclérose, âgé de 65 à 74 ans, sexe féminin.</p> <p>Résultat CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC à la fin de la consultation pour un épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Résultat = 0</li> <li>2. Résultat = 1</li> <li>3. Résultat = 2</li> <li>4. Résultat = 3</li> <li>5. Résultat = 4 ou plus</li> <li>6. Résultat inconnu/incertain</li> </ol> <p>Traitement antithrombotique :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aucun traitement antithrombotique</li> <li>2. Traitement aux anticoagulants seulement             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K</li> <li>b. Dabigatran</li> <li>c. Rivaroxaban</li> <li>d. Apixaban</li> </ol> </li> <li>3. Traitement antiplaquettaire seulement</li> <li>4. Traitement antiplaquettaire et aux anticoagulants             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K</li> <li>b. Dabigatran</li> <li>c. Rivaroxaban</li> <li>d. Apixaban</li> </ol> </li> <li>5. Inconnu/Incertain</li> </ol>
<b>Méthode de calcul</b>	<p><b>Analyse transversale :</b> Aperçu un an après l'épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires. Calculé en tant que pourcentage de patients présentant un épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires hospitalisés en raison d'une hémorragie majeure dans l'année suivant la consultation de référence. Les pourcentages seront calculés en tant que total, puis stratifiés en fonction du résultat CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC* et du type de traitement antithrombotique à la fin de la consultation pour un épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires. Une sous-analyse comparera, chez les patients figurant au numérateur, le traitement antithrombotique reçu pendant la consultation de référence à celui administré au moment de l'hémorragie majeure. Les analyses transversales s'appuieront sur des données recueillies habituellement à des fins administratives ou autres.</p> <p><b>Analyse de suivi :</b> Risque annualisé d'hémorragie majeure à partir d'une analyse de type Kaplan-Meier pendant les deux premières années suivant un épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires réparti en sous-catégories en fonction du résultat CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC et du traitement antithrombotique. Calculé en tant que pourcentage annuel de [première] hémorragie majeure, pendant une hospitalisation ou non, au cours des deux ans suivant un épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires, et en tant que pourcentage réparti en sous-catégories en fonction du résultat CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC* et du type de traitement antithrombotique à la fin de la consultation pour leur épisode admissible de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires. Cela exclut les patients décédés ou perdus de vue pendant le suivi. Une sous-analyse comparera, chez les patients figurant au numérateur, le traitement antithrombotique reçu à la fin de la consultation de référence à celui administré au moment de l'hémorragie majeure. L'analyse de suivi s'appuiera sur des données recueillies spécialement pour les besoins de cette analyse.</p>
<b>Sources de données</b>	Bases de données administratives ou DMI, bases de données de facturation de l'hospitalisation et du médecin (p. ex., base de données sur les congés des patients, base de données sur les soins ambulatoires, base de données sur les demandes de règlement des médecins), programmes d'assurance-médicaments provinciaux pour les renseignements sur les médicaments (p. ex., Croix Bleue) ou base de données concernant les indicateurs de qualité relatifs à la fibrillation et au flutter auriculaires.

### Justification

Cet indicateur de qualité ne correspond pas directement à l'une des recommandations de notre chapitre, mais offre des données concernant le taux d'hémorragies majeures, le risque majeur de traitement antithrombotique chez les patients atteints de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires en fonction du risque d'AVC et de la prise d'un traitement antithrombotique.

### Type de rapport

Les statistiques consignées refléteront les pourcentages annualisés de patients atteints de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires hospitalisés en raison d'une hémorragie majeure en fonction du risque d'AVC et du traitement antithrombotique.

### Difficultés de mise en œuvre et d'interprétation

- 
- L'hospitalisation en raison d'une hémorragie majeure (analyse rétrospective) est une définition arbitraire des complications liées à une hémorragie.
  - Certaines hémorragies majeures seront omises dans l'analyse rétrospective (traitées sans hospitalisation).
  - D'autres pourraient n'être liées aux médicaments qu'indirectement (p. ex., à la suite d'un traumatisme).
- 

#### **Justification**

---

Cet indicateur de qualité ne correspond pas directement à l'une des recommandations de notre chapitre, mais offre des données concernant le taux d'hémorragies majeures, le risque majeur de traitement antithrombotique chez les patients atteints de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires en fonction du risque d'AVC et de la prise d'un traitement antithrombotique.

---



**STRATIFICATION DE RISQUES D'AVC CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE FIBRILLATION OU DE FLUTTER AURICULAIRES NON VALVULAIRES**

<b>Description</b>	Le pourcentage de patients ayant récemment reçu un diagnostic de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires dont le dossier médical indique un résultat de prédiction de risque d'AVC (CHADS <sub>2</sub> ou CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> VASc) ou les éléments pertinents liés à ces résultats, de manière qu'un résultat de prédiction de risque d'AVC puisse être calculé immédiatement.
<b>Numérateur</b>	Sous-ensemble des patients du dénominateur dont le dossier médical indique un résultat CHADS <sub>2</sub> ou CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> VASc, ou tous les critères de risque qui y sont liés.  Les critères de risque liés au résultat CHADS <sub>2</sub> ou CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> VASc sont : AVC/ICT/embolie systémique, hypertension, insuffisance cardiaque, âge > 75 ans, diabète, athérosclérose, âgé de 65 à 74 ans, sexe féminin.
<b>Dénominateur</b>	Nombre total de patients ayant nouvellement reçu un diagnostic de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires. La période de sélection des cas sera définie au moment de l'analyse.
<b>Méthode de calcul</b>	Aperçu au moment de la saisie dans la base de données avec les nouveaux cas de fibrillation ou de flutter auriculaires. Calculé en tant que proportion des patients dont chacun des facteurs de risque d'AVC a été défini au moyen du résultat CHADS <sub>2</sub> ou CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> VASc ou dont le dossier médical indique le résultat réel parmi les patients ayant récemment reçu un diagnostic de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires.
<b>Sources de données</b>	Le dossier médical

**Justification**

Tous les patients souffrant de fibrillation ou de flutter auriculaires devraient faire l'objet d'une évaluation documentée de leur risque d'AVC à l'aide d'un outil objectif (CHADS<sub>2</sub> ou CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc).

**Recommandation(s) clinique(s)**

Nous recommandons que tous les patients présentant une fibrillation ou un flutter auriculaires (paroxystique, persistant ou permanent) soient stratifiés par une méthode prédictive en fonction de leur risque d'AVC (p. ex., CHADS<sub>2</sub>) et d'hémorragie (p. ex., HAS-BLED), et que la plupart des patients reçoivent un traitement antithrombotique. (Forte recommandation, données probantes de haute qualité.)

**Type de rapport**

Les statistiques refléteront un pourcentage de patients atteints de fibrillation ou de flutter auriculaires non valvulaires et dont les facteurs de risque d'AVC sont documentés à l'aide d'un outil objectif (CHADS<sub>2</sub> ou CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc).

**Difficultés de mise en œuvre et d'interprétation**

- Il est parfois difficile de trouver toutes ces données dans le dossier médical.
- Le risque d'AVC est dynamique dans le temps, et cette mesure ne saisira peut-être pas la réévaluation du risque lorsque les patients s'exposent à de nouveaux facteurs de risque relativement à l'AVC, ce qui modifie leur état selon CHADS<sub>2</sub> ou CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc.

**DIAGNOSTIC DE FIBRILLATION OU DE FLUTTER AURICULAIRES ET ÉVALUATION PAR ÉCHOCARDIOGRAPHIE**

<b>Description</b>	Pourcentage de patients ayant récemment reçu un diagnostic de fibrillation ou de flutter auriculaires et ayant subi une évaluation par l'entremise d'une échocardiographie dans les 12 mois ( $\pm$ 6 mois à compter de la date de l'épisode de fibrillation ou de flutter auriculaires nouvellement diagnostiqué.
<b>Numérateur</b>	Sous-ensemble des patients au dénominateur ayant subi un échocardiogramme au cours des $\pm$ 6 mois à compter de la date de l'épisode de fibrillation ou de flutter auriculaires récemment diagnostiqué.
<b>Dénominateur</b>	Nombre total de patients ayant reçu récemment un diagnostic de fibrillation ou de flutter auriculaires. La période de sélection des cas sera définie au moment de l'analyse.
<b>Méthode de calcul</b>	Aperçu de la première année, c'est-à-dire les six mois précédant et les six mois suivant la date de l'épisode de fibrillation ou de flutter auriculaires récemment diagnostiqué. Calculé en tant que proportion des patients ayant récemment reçu un diagnostic de fibrillation ou de flutter auriculaires et ayant subi un échocardiogramme au cours des $\pm$ 6 mois de la date du diagnostic.
<b>Sources de données</b>	Bases de données administratives ou DMI, bases de données de facturation de l'hospitalisation et du médecin (p. ex., base de données sur les congés des patients, base de données sur les soins ambulatoires, base de données sur les demandes de règlement des médecins), programmes d'assurance-médicaments provinciaux pour les renseignements sur les médicaments (p. ex., Croix Bleue) ou base de données concernant les indicateurs de qualité relatifs à la fibrillation et au flutter auriculaires.

**Justification**

L'évaluation de la fonction cardiaque et de la taille de l'oreillette gauche ainsi que l'élimination de la présence d'une valvulopathie constituent des éléments importants pour la gestion d'une fibrillation ou d'un flutter auriculaires nouvellement diagnostiqué.

**Recommandation(s) clinique(s)**

Nous recommandons que tous les patients qui ont reçu un nouveau diagnostic de fibrillation ou de flutter auriculaires subissent un échocardiogramme pour évaluer la structure et la fonction cardiaque.

**Type de rapport**

Les statistiques consignées refléteront un pourcentage des patients ayant récemment reçu un diagnostic de fibrillation ou de flutter auriculaires et ayant subi un échocardiogramme au cours de l'année suivant le diagnostic.

**Difficultés de mise en œuvre et d'interprétation**

- La disponibilité de l'échocardiogramme peut varier selon la région où réside le patient.
- Les statistiques ne distinguent pas clairement l'accès au test (test prescrit et effectué) des tests effectués par les médecins (tests non prescrits).

## INDICATEURS NON PRIORITAIRES – développés

### POURCENTAGE DE PATIENTS PRÉSENTANT UN RÉSULTAT CHADS<sub>2</sub> DE 2 OU PLUS, QUI PRENNENT DES ANTICOAGULANTS PAR VOIE ORALE APRÈS UNE ABLATION PAR CATHÉTER POUR LA FIBRILLATION AURICULAIRE NON VALVULAIRE, UN AN APRÈS L'ABLATION

Pourcentage de patients atteints de fibrillation auriculaire non valvulaire, avec un résultat CHADS<sub>2</sub>\* égal ou supérieur à 2, et sans contre-indication à l'administration continue d'anticoagulants par voie orale (warfarine ou un autre antagoniste de la vitamine K, dabigatran, rivaroxaban, apixaban) après l'ablation, à qui on a prescrit des anticoagulants par voie orale un an après l'ablation.

\*CHADS<sub>2</sub> ≥ 2 signifie un épisode antérieur d'AVC, d'ICT ou d'embolie systémique, ou au moins deux des facteurs suivants : hypertension, insuffisance cardiaque, diabète ou âge > 75.

<b>Numérateur</b>	Nombre de patients qui ont subi une ablation par cathéter, dont le résultat de risque CHADS <sub>2</sub> est de 2 ou plus, sans contre-indication, qui ont une ordonnance pour un traitement aux anticoagulants par voie orale (warfarine ou un autre antagoniste de la vitamine K, dabigatran, rivaroxaban, apixaban) un an après l'ablation.
<b>Dénominateur</b>	Nombre de patients qui ont subi une ablation par cathéter pour la fibrillation auriculaire non valvulaire, dont le résultat de risque CHADS <sub>2</sub> est de 2 ou plus, sans contre-indication aux anticoagulants par voie orale, et qui ont été suivis pendant au moins un an après l'ablation.  <b>Exclusions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Contre-indication aux anticoagulants.</li> </ul>
<b>Période d'évaluation</b>	Un an après l'ablation.
<b>Sources de données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dossiers médicaux électroniques, examen de dossier rétrospectif, feuilles de soins possibles, bases de données des congés de patients provinciales, base de données hospitalières de l'ICIS, bases de données sur les ordonnances de l'assurance médicament provinciale et des assureurs privés.</li> <li>Les données pourraient aussi être recueillies auprès de l'exécutant au moment de l'ablation à titre de « résultat CHADS<sub>2</sub> avant l'ablation », de « contre-indication aux anticoagulants » et d'« intention de prescrire des anticoagulants à long terme ». Des données pourraient aussi être recueillies à un an, tel que « le patient prend encore des anticoagulants par voie orale », « contre-indication aux anticoagulants » et « intention de poursuivre l'administration d'anticoagulants au-delà d'un an ».</li> </ul>

#### Justification

L'ablation par cathéter pour la fibrillation ou le flutter auriculaires non valvulaires est une intervention nouvelle et de plus en plus populaire pour traiter la fibrillation auriculaire symptomatique. Cependant, il n'a jamais été démontré qu'elle prévenait le risque à long terme d'événements thromboemboliques. On recommande donc encore actuellement l'administration à long terme d'anticoagulants par voie orale chez les patients à risque élevé d'AVC (résultat CHADS<sub>2</sub> de 2 ou plus).

#### Recommandation(s) clinique(s)

Énoncé de consensus HRS 2007 sur l'ablation par cathéter pour la fibrillation auriculaire :

- Les décisions concernant l'utilisation de warfarine plus de deux mois après l'ablation doivent être fondées sur les facteurs de risque d'AVC du patient, et non sur la présence ou le type de fibrillation auriculaire.
- L'abandon du traitement à la warfarine après l'ablation n'est pas généralement recommandé chez les patients qui présentent un résultat CHADS<sub>2</sub> supérieur ou égal à 2.

Lignes directrices 2010 de la SCC sur la fibrillation auriculaire et Mise à jour ciblée 2012 :

- Nous recommandons que les objectifs du traitement de normalisation du rythme soient d'améliorer les symptômes et les résultats cliniques du patient, ce qui n'implique pas nécessairement l'élimination de tous les épisodes de FA. (Forte recommandation, données probantes de qualité modérée.)
- Nous recommandons une ablation par cathéter de la FA chez les patients qui demeurent symptomatiques après des essais adéquats de médicaments antiarythmiques et chez lesquels une stratégie de maintien du rythme demeure souhaitable. (Forte recommandation, données probantes de qualité modérée.)
- Nous recommandons que les patients avec un risque modéré d'AVC (CHADS<sub>2</sub> ≥ 2) reçoivent un traitement anticoagulant oral (soit de la warfarine ou du dabigatran, du rivaroxaban ou de l'apixaban). (Forte recommandation, données probantes de haute qualité.)

#### Type de rapport

Les données statistiques seront présentées sous forme de pourcentages.

#### Défis associés à la mise en œuvre

- Déterminer l'identité de tous les patients qui ont subi une ablation par cathéter pour la fibrillation auriculaire non valvulaire.
- Le résultat de risque CHADS<sub>2</sub> est généralement consigné avant l'intervention dans le cas de tous les patients qui subissent une ablation pour fibrillation auriculaire. En ce qui concerne tous ceux dont le résultat individuel n'est pas indiqué, il peut être attribué pour le passé d'après les antécédents médicaux.
- La contre-indication aux anticoagulants devra être indiquée précisément.
- Déterminer si on prescrit encore ou non au patient des anticoagulants par voie orale un an après l'ablation en se fondant sur le dossier médical.

**POURCENTAGE DE PATIENTS QUI PRÉSENTENT DES COMPLICATIONS MAJEURES ASSOCIÉES À L'ABLATION PAR CATHÉTER POUR LA FIBRILLATION AURICULAIRE SURVENUES DANS LES 30 JOURS APRÈS L'ABLATION**

Pourcentage de patients présentant une complication majeure ou plus suivant l'ablation par cathéter pour la fibrillation ou le flutter auriculaires survenue dans les 30 jours après l'ablation.

<b>Numérateur</b>	<p>Analyse principale : Nombre de patients qui présentent une complication majeure ou plus indiquée préalablement, survenue dans les 30 jours après l'ablation par cathéter pour la fibrillation ou le flutter auriculaires.</p> <p>Les complications majeures comprennent les suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perforation/tamponnade cardiaque</li> <li>2. Complication thromboembolique (AVC, ICT, embolie systémique)</li> <li>3. Complication vasculaire majeure exigeant une réparation ou l'arrêt des anticoagulants</li> <li>4. Fistule atrioœsophagienne</li> <li>5. Décès</li> <li>6. Autre, précisez _____</li> </ol> <p>Analyse secondaire : Inclure la possibilité de calculer les pourcentages en tenant compte de chaque complication majeure individuelle.</p>
<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre total de patients qui ont subi l'ablation par cathéter pour la fibrillation ou le flutter auriculaires comportant un suivi d'au moins 30 jours.</p> <p><b>Exclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune</li> </ul>
<b>Période d'évaluation</b>	30 jours après l'ablation pour traiter la fibrillation auriculaire.
<b>Sources de données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dossiers médicaux électroniques, examen de dossier rétrospectif, feuilles de soins possibles, bases de données des congés de patients provinciales, base de données hospitalières de l'ICIS, bases de données sur les ordonnances de l'assurance médicament provinciale et des assureurs privés.</li> <li>• La plupart des centres suivent les complications à l'aide de leur propre base de données interne.</li> <li>• Les données pourraient aussi être recueillies pour une base de données sur l'ablation dans le contexte de la fibrillation auriculaire, et comporter des définitions normalisées de complications indiquées dans la colonne K.</li> </ul>

**Justification**

L'ablation par cathéter pour la fibrillation ou le flutter auriculaires est une intervention nouvelle et de plus en plus populaire visant à traiter la fibrillation auriculaire symptomatique. Cependant, l'incidence des complications est importante pour comprendre le rapport réel risques-avantages de l'intervention. Jusqu'à présent, les complications n'ont été signalées que dans les essais cliniques et les sondages, et non dans les populations ou registres plus étendus.

**Recommandation(s) clinique(s)**

Lignes directrices 2010 de la SCC sur la fibrillation auriculaire :

- Nous recommandons que les objectifs du traitement de normalisation du rythme soient d'améliorer les symptômes et les résultats cliniques du patient, ce qui n'implique pas nécessairement l'élimination de tous les épisodes de FA. (Forte recommandation, données probantes de qualité modérée.)
- Nous recommandons une ablation par cathéter de la FA chez les patients qui demeurent symptomatiques après des essais adéquats de médicaments antiarythmiques et chez lesquels une stratégie de maintien du rythme demeure souhaitable. (Forte recommandation, données probantes de qualité modérée.)

**Type de rapport**

Les données statistiques seront présentées sous forme de pourcentages de patients.

**Défis associés à la mise en œuvre**

- Déterminer l'identité de tous les patients qui ont subi une ablation par cathéter pour la fibrillation auriculaire.
- Faire le suivi de toutes les complications qui surviennent dans les 30 jours, surtout chez les patients qui obtiennent leur congé, puis sont admis de nouveau à l'hôpital. Déterminer si un événement dans les 30 jours après l'ablation est lié à l'intervention d'ablation ou non.

**PATIENTS QUI SUBISSENT UNE OU DES ABLATIONS PAR CATHÉTER RÉPÉTÉES POUR LA FIBRILLATION AURICULAIRE DANS LES DEUX ANS APRÈS L'INTERVENTION INITIALE**

Incidence d'interventions répétées dans le cas de l'ablation par cathéter pour la fibrillation auriculaire (FA).

<b>Numérateur</b>	<p>Analyse principale : Nombre de patients qui ont subi des ablations répétées (une ou plus) pour la fibrillation ou le flutter auriculaires dans les deux ans après la première ablation.</p> <p>Analyse secondaire : Inclure la possibilité de calculer par catégorie de FA :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. FA paroxystique seulement</li> <li>2. FA persistante seulement</li> <li>3. Combinaison de FA paroxystique et persistante</li> <li>4. FA persistante de longue date</li> <li>5. Inconnu/Incertain</li> </ol>
<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre total de patients qui ont subi l'ablation par cathéter pour la fibrillation ou le flutter auriculaires comportant un suivi d'au moins deux ans.</p> <p><b>Exclusions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune</li> </ul>
<b>Période d'évaluation</b>	Deux ans après l'ablation.
<b>Sources de données</b>	Dossiers médicaux électroniques, examen de dossier rétrospectif, feuilles de soins possibles, bases de données des congés de patients provinciales, base de données hospitalières de l'ICIS

**Justification**

Catheter ablation for Atrial Fibrillation/Flutter is an emerging and expanding procedure for the treatment of symptomatic atrial fibrillation. The success rate of the procedure is not 100% and repeat ablation procedures are required in 25-35% of patients with a history of paroxysmal atrial fibrillation, and in 40-60% of patients who have a history of persistent atrial fibrillation. Assessing the number of repeat procedures will be an important surrogate as to the success rate of catheter ablation of atrial fibrillation.

**Recommandation(s) clinique(s)**

Énoncé de consensus 2007 sur l'ablation par cathéter pour la fibrillation auriculaire :

- Les récurrences de FA ou de tachycardie auriculaire après une ablation pour la FA conduisent à une nouvelle intervention d'ablation chez 20 à 40 % des patients.
- En général, les patients dont la taille de l'oreillette gauche est supérieure et chez qui la FA est de longue durée présentent souvent une incidence plus élevée de récurrence de fibrillation auriculaire.
- Dans le cas des patients qui souffrent de FA paroxystique, la plupart des séries ont signalé une efficacité de 60 % ou plus pour une intervention unique. Par contre, le succès pour une intervention unique d'ablation par cathéter chez les patients souffrant d'une FA persistante variait entre 22 et 45 %.

Lignes directrices 2010 de la SCC sur la fibrillation auriculaire :

- Nous recommandons une ablation par cathéter de la FA chez les patients qui demeurent symptomatiques après des essais adéquats de médicaments antiarythmiques et chez lesquels une stratégie de maintien du rythme demeure souhaitable. (Forte recommandation, données probantes de qualité modérée.)

**Type de rapport**

Les statistiques rapportées seront présentées sous forme de pourcentages de patients ayant subi des ablations répétées stratifiées selon le type de fibrillation ou de flutter auriculaires, en particulier paroxystique seulement, persistante seulement, paroxystique et persistante combinées, ou fibrillation auriculaire persistante de longue date (1 ou plus).

**Défis associés à la mise en œuvre**

- Détermination de l'identité de chaque patient qui a subi une ablation par cathéter pour la fibrillation ou le flutter auriculaires, et de l'incidence des interventions d'ablation par cathéter répétées pour la FA chez ces patients.
- Classification des types de FA

## ANTICOAGULANTS POUR TRAITER LA FIBRILLATION AURICULAIRE VALVULAIRE

Pourcentage de patients souffrant de fibrillation ou de flutter auriculaires et de sténose mitrale, ou ayant reçu une prothèse valvulaire cardiaque, qui prennent un anticoagulant par voie orale (warfarine, ou un autre antagoniste de la vitamine K).

<b>Numérateur</b>	Tous les patients souffrant de fibrillation ou de flutter auriculaires et de sténose mitrale, ou ayant reçu une prothèse valvulaire cardiaque, qui prennent un anticoagulant par voie orale (warfarine, ou un autre antagoniste de la vitamine K)
<b>Dénominateur</b>	Tous les patients atteints de fibrillation ou de flutter auriculaires et de sténose mitrale ou ayant reçu une prothèse valvulaire cardiaque. <b>Exclusions :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aucune</li></ul>
<b>Période d'évaluation</b>	Annuelle.
<b>Sources de données</b>	Le dossier médical

### Justification

Cet indicateur de qualité mesure la proportion de patients atteints de la forme de cardiopathie valvulaire comportant le risque le plus élevé d'AVC lié à la fibrillation ou au flutter auriculaires, qui prennent des anticoagulants, c'est-à-dire de la warfarine ou un autre antagoniste de la vitamine K.

### Recommandation(s) clinique(s)

Il s'agit d'une norme de soins.

### Type de rapport

Les données statistiques seront présentées sous forme de pourcentages.

### Défis associés à la mise en œuvre

- L'inclusion ici d'autres formes de valvulopathie est discutable.
- Ces données pourraient être difficiles à obtenir.

## QUALITÉ DE L'ACTIVITÉ D'ANTICOAGULATION AVEC LA WARFARINE CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE FIBRILLATION OU DE FLUTTER AURICULAIRES

Nombre de patients souffrant de fibrillation ou de flutter auriculaires recevant de la warfarine (ou un autre antagoniste de la vitamine K), qui ont été évalués pour le RIN au moins 12 fois au cours d'une année civile, et prennent une dose d'entretien de warfarine (ou un autre antagoniste de la vitamine K).

<b>Numérateur</b>	Nombre de patients ayant fait l'objet de 12 mesures ou plus de RIN dans une année civile pour des patients qui souffrent de fibrillation auriculaire et prennent de la warfarine (ou un autre antagoniste de la vitamine K), plus de 30 jours après un diagnostic de fibrillation auriculaire admissible.
<b>Dénominateur</b>	Nombre de patients souffrant de fibrillation ou de flutter auriculaires, qui prennent de la warfarine (ou un autre antagoniste de la vitamine K), plus de 30 jours après un diagnostic de fibrillation auriculaire admissible.  <b>Exclusions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune</li> </ul>
<b>Période d'évaluation</b>	Un an.
<b>Sources de données</b>	Le dossier médical

### Justification

Cet indicateur de qualité mesurera le pourcentage de patients avec un minimum de 12 valeurs RIN relevées par année, lorsque le patient prend une dose d'entretien.

### Recommandation(s) clinique(s)

- Nous recommandons que les patients avec un risque modéré d'AVC (CHADS2  $\geq$  2) reçoivent un traitement anticoagulant oral (soit de la warfarine ou du dabigatran, du rivaroxaban ou de l'apixaban). (Forte recommandation, données probantes de haute qualité.)

### Type de rapport

Les données statistiques seront présentées sous forme de pourcentages.

### Défis associés à la mise en œuvre

- Il s'agit réellement d'une mesure de substitution en ce qui a trait à la qualité de l'anticoagulation avec les antagonistes de la vitamine K.
- Les données pourraient être faussées par des tests qui donnent des valeurs faibles pour de bonnes raisons, telles que ceux effectués avant une intervention chirurgicale majeure. Cependant, il est possible que ces données soient intéressantes, même en tenant compte de ces limites.

## INDICATEURS NON PRIORITAIRES – à développer

Les indicateurs suivants n'ont pas encore été complètement développés.

Si l'un des indicateurs est considéré comme un indicateur prioritaire, il sera approfondi.

- Pourcentage de patients qui ont reçu un diagnostic d'insuffisance cardiaque avec un ECG dans les 3 mois suivant le diagnostic
- Pourcentage de patients atteints d'hypertension avec un ECG dans les 3 mois suivant le diagnostic
- Pourcentage de patients atteints d'une maladie cardiaque valvulaire avec un ECG dans les 3 mois suivant le diagnostic
- Pourcentage de patients ayant subi un AVC avec un ECG dans les 3 mois suivant le diagnostic
- Pourcentage de patients atteints d'hyperthyroïdie avec un ECG dans les 3 mois suivant le diagnostic
- Pourcentage de patients présentant des palpitations avec un ECG dans les 3 mois suivant le diagnostic
- Taux de la population ayant reçu un diagnostic de fibrillation auriculaire
- Taux de la population ayant reçu un diagnostic de flutter auriculaire
- Pourcentage de patients qui ont reçu un nouveau diagnostic de fibrillation auriculaire avec une échocardiographie transthoracique après 3 mois
- Pourcentage de patients qui ont reçu un nouveau diagnostic de fibrillation auriculaire avec TSH après 3 mois
- Pourcentage de patients qui ont reçu un nouveau diagnostic de fibrillation auriculaire ayant fait l'objet d'un dépistage de l'hypertension (pression artérielle documentée) après 3 mois
- Pourcentage de patients qui ont reçu un nouveau diagnostic de fibrillation auriculaire avec une fréquence cardiaque au repos documentée de < 100 battements par minute après 3 mois
- Pourcentage de patients qui ont reçu un diagnostic de fibrillation auriculaire et auxquels on a prescrit un médicament antiarythmique avec un ECG de suivi dans les 3 mois
- Pourcentage de patients qui ont reçu un diagnostic de fibrillation auriculaire et auxquels on a prescrit un médicament antiarythmique avec documentation de la fonction IV
- Pourcentage de patients qui ont reçu un diagnostic de fibrillation auriculaire et auxquels on a prescrit un médicament antiarythmique pendant plus d'un an avec un ECG un an après avoir présenté un rythme sinusal normal



## INDICATEURS SUPPRIMÉS

*La majorité des membres du groupe de travail (soit plus de 50 %) recommande la suppression des indicateurs suivants de la liste des indicateurs non prioritaires.*

- Pourcentage de patients qui ont reçu un nouveau diagnostic de fibrillation auriculaire avec radiographie thoracique après 3 mois
- Pourcentage de patients qui ont reçu un nouveau diagnostic de fibrillation auriculaire ayant fait l'objet d'un dépistage de toxicomanie

## DÉFINITIONS

La section suivante donne les définitions de la terminologie et des principaux indicateurs de résultat concernant la fibrillation et le flutter auriculaires employés dans le dictionnaire de données de la SCC. Elles sont reproduites ici en vue d'être utilisées avec les catalogues électroniques d'indicateurs de qualité relatifs à la fibrillation et au flutter auriculaires.

Terminologie	
Terme	Définition
Fibrillation auriculaire (FA)	La fibrillation auriculaire est une tachyarythmie supraventriculaire caractérisée par une activation auriculaire non coordonnée et entraînant une détérioration de la fonction mécanique auriculaire. Sur l'électrocardiogramme (ECG), la FA se manifeste par le remplacement d'ondes primaires stables par des oscillations rapides ou des vagues fibrillatoires dont la taille, la forme et la synchronisation peuvent varier. Elle est associée à une réaction ventriculaire irrégulière et souvent rapide quand la conduction atrioventriculaire est intacte. [Inspiré de la source : J Am Coll Cardiol, vol. 45, p. e155, 2006]
Flutter auriculaire typique (AFL)	La forme typique du flutter auriculaire est caractérisée par des ondes F (pour « flutter ») en dents de scie rythmées sur l'ECG que l'on repère plus facilement dans les dérivations II, III, aVF et V1. Quand il n'est pas traité, le flutter donne lieu à une fréquence auriculaire de 240 à 320 battements par minute, souvent autour de 300 par minute, avec des vagues F inversées dans l'ECG aux dérivations II, III et aVF, et droites dans la dérivation V1. La direction de l'activation dans l'oreillette droite peut être inversée, ce qui entraînerait des vagues droites dans les dérivations II, III et aVF, et inversées dans la dérivation V1. Le flutter auriculaire est courant dans le bloc AV 2:1 et entraîne une fréquence ventriculaire irrégulière de 120 à 160 battements par minute (généralement autour de 150 battements par minute). [Inspiré de la source : J Am Coll Cardiol, vol. 45, p. e155, 2006]
Flutter auriculaire atypique (AFL)	Dans sa forme atypique, l'activité auriculaire organisée dans l'ECG se retrouve dans au moins 3 dérivations, mais on ne remarque pas de dents de scie dans les dérivations inférieures. De plus, l'origine du rythme est souvent dans l'oreillette gauche. On définit ce flutter par l'absence de dents de scie quand il y a une activité auriculaire régulière, claire et organisée dans d'autres dérivations (et surtout dans V2) dans cet intervalle de fréquences et, souvent (mais pas toujours), avec une conduction AV fixe (2:1, 3:1, etc.) et une fréquence ventriculaire régulière. [Inspiré de la source : Europace, vol. 12, p. 804, 2012]
Documentation électrocardiographique (ECG)	ECG 12 dérivations, tracé du rythme, moniteur Holter, électrogrammes intracardiaques ou enregistreurs d'événements
Fibrillation ou flutter auriculaires non valvulaires	Par convention le terme de fibrillation ou de flutter non valvulaire est restreint aux cas dans lesquels le trouble du rythme survient en l'absence de valvulopathie mitrale rhumatismale, de prothèse valvulaire cardiaque et de réparation de la valvule mitrale. [Inspiré de la source : J Am Coll Cardiol, vol. 45, p. e157, 2006]
Fibrillation ou flutter auriculaires valvulaires	Par opposition, le terme de fibrillation ou flutter auriculaire valvulaire est employé pour décrire les cas dans lesquels le trouble du rythme survient en présence de valvulopathie mitrale rhumatismale, de prothèse valvulaire cardiaque et de réparation de la valvule mitrale.
Valvulopathie mitrale rhumatismale	Puisque la régurgitation mitrale rhumatismale ne peut faire l'objet d'un diagnostic fiable sans spécimen pathologique, la « valvulopathie mitrale rhumatismale » est définie comme une sténose mitrale (généralement diagnostiquée par échocardiographie) dont la gravité est modérée ou élevée (surface valvulaire $\leq 1,5 \text{ cm}^2$ [Source : BSE Echocardiography: Guidelines for Valve Quantification]).
Nouveau diagnostic de fibrillation ou de flutter auriculaires	La première documentation électrocardiographique a été au cours des 6 derniers mois, qu'il y ait eu ou non des symptômes compatibles avec la fibrillation ou le flutter auriculaire auparavant ET qu'il y ait eu ou non plus d'un épisode documenté par électrocardiographie pendant la période qui a suivi la première documentation.  Date du nouveau diagnostic de fibrillation ou de flutter auriculaires (AAAAMMJJ)
Fibrillation ou flutter auriculaires admissibles	L'épisode de fibrillation ou de flutter auriculaires qui a donné lieu à la première entrée dans la base de données, qu'il s'agisse d'un nouveau diagnostic ou non.  Date de la fibrillation ou du flutter auriculaire admissible (AAAAMMJJ)

Principaux indicateurs de résultat	
Terme	Définition
AVC	L'accident vasculaire cérébral, ou AVC consiste en un épisode aigu d'un déficit neurologique focal d'origine vasculaire présumée qui dure $\geq 24$ heures ou qui entraîne la mort. L'AVC [est] [peut-être] dit ischémique ou hémorragique, ou alors sa cause peut être inconnue (selon la tomographie par ordinateur, la résonance magnétique ou l'autopsie) [mais dans ce dernier cas, tous les AVC sont inclus]. On parle d'AVC fatal quand le patient décède dans les 30 jours d'un AVC, quelle que soit la cause exacte du décès. [Inspiré de la source : Am Heart J, vol. 157, p. 810.e1, 2009]  L'AVC doit être confirmé par imagerie du cerveau (tomographie par ordinateur ou résonance

	<p>magnétique) ou par une autopsie.</p> <p>Date de l'AVC (AAAAMMJJ) : date de début des symptômes de l'AVC</p> <p>Résultat CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc au moment de l'AVC = résultat CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Résultat = 0</li> <li>2. Résultat = 1</li> <li>3. Résultat = 2</li> <li>4. Résultat = 3</li> <li>5. Résultat = 4 ou plus</li> <li>6. Résultat inconnu/incertain</li> </ol> <p>Traitement antithrombotique au moment de l'AVC = traitement antithrombotique</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aucun traitement antithrombotique</li> <li>2. Traitement aux anticoagulants seulement <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K</li> <li>ii. Dabigatran</li> <li>iii. Rivaroxaban</li> <li>iv. Apixaban</li> </ol> </li> <li>3. Traitement antiplaquettaire seulement</li> <li>4. Traitement antiplaquettaire et aux anticoagulants <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K</li> <li>ii. Dabigatran</li> <li>iii. Rivaroxaban</li> <li>iv. Apixaban</li> </ol> </li> <li>5. Inconnu/Incertain</li> </ol>
<p>Contraindication to Anticoagulation</p>	<p>Liste d'exemples de l'étude ROCKET AF :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saignement interne actif</li> <li>• Antécédents de risques accrus de saignement (ou maladie associée à une hausse des risques), y compris : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ une intervention chirurgicale majeure ou un traumatisme dans les 30 jours précédant l'aléation;</li> <li>○ un saignement gastro-intestinal cliniquement significatif dans les 6 mois précédant l'aléation;</li> <li>○ des antécédents de saignement intracrânien, intra-oculaire ou rachidien, ou de saignement intra-articulaire</li> <li>○ non traumatique;</li> <li>○ un trouble hémorragique chronique;</li> <li>○ un néoplasme intracrânien, une malformation artérioveineuse ou un anévrisme connu;</li> <li>○ une intervention effractive prévue susceptible de déclencher un saignement non maîtrisé (par ex. Une chirurgie majeure).</li> </ul> </li> </ul> <p>[Source : Am Heart J, vol. 159, pp. 340-347.e1, 2010]</p> <p>Date à laquelle la contre-indication a été notée pour la première fois (AAAAMMJJ)</p>
<p>Embolie systémique</p>	<p>L'embolie systémique est une occlusion vasculaire aiguë des extrémités ou d'un organe (reins, artères mésentériques, rate, rétine ou greffons) et doit être documentée par angiographie, par chirurgie, par scintigraphie ou par autopsie. [Inspiré de la source : Am Heart J, vol. 157, no 810, p. e1, 2009]</p> <p>Date de l'embolie systémique (AAAAMMJJ) : date du début des symptômes de l'embolie systémique</p> <p>Résultat CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc au moment de l'embolie systémique = résultat CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Résultat = 0</li> <li>2. Résultat = 1</li> <li>3. Résultat = 2</li> <li>4. Résultat = 3</li> <li>5. Résultat = 4 ou plus</li> <li>6. Résultat inconnu/incertain</li> </ol> <p>Traitement antithrombotique au moment de l'embolie systémique = traitement antithrombotique</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aucun traitement antithrombotique</li> <li>2. Traitement aux anticoagulants seulement <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K</li> <li>b. Dabigatran</li> <li>c. Rivaroxaban</li> <li>d. Apixaban</li> </ol> </li> <li>3. Traitement antiplaquettaire seulement</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Traitement antiplaquettaire et aux anticoagulants <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K</li> <li>b. Dabigatran</li> <li>c. Rivaroxaban</li> <li>d. Apixaban</li> </ol> </li> <li>5. Inconnu/Incertain</li> </ol>
ICT	<p>Comme l'AVC, mais les symptômes prennent fin en &lt;24 h et aucune imagerie n'a prouvé la présence d'un infarctus cérébral ou d'une hémorragie.</p> <p>Date de l'ICT (AAAAMMJJ) : date de début des symptômes de l'ICT</p> <p>Résultat CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc au moment de l'ICT = résultat CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Résultat = 0</li> <li>2. Résultat = 1</li> <li>3. Résultat = 2</li> <li>4. Résultat = 3</li> <li>5. Résultat = 4 ou plus</li> <li>6. Résultat inconnu/incertain</li> </ol> <p>Traitement antithrombotique au moment de l'ICT = traitement antithrombotique</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aucun traitement antithrombotique</li> <li>2. Traitement aux anticoagulants seulement <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K</li> <li>b. Dabigatran</li> <li>c. Rivaroxaban</li> <li>d. Apixaban</li> </ol> </li> <li>3. Traitement antiplaquettaire seulement</li> <li>4. Traitement antiplaquettaire et aux anticoagulants <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K</li> <li>b. Dabigatran</li> <li>c. Rivaroxaban</li> <li>d. Apixaban</li> </ol> </li> <li>5. Inconnu/Incertain</li> </ol>
Hémorragie majeure	<p>Une hémorragie majeure est définie comme étant ≥1 des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un saignement apparent associé à une réduction du niveau d'hémoglobine d'au moins 2,0 g/L;</li> <li>• un saignement apparent nécessitant une transfusion d'au moins 2 U de sang ou de concentré de globules;</li> <li>• un saignement symptomatique dans un endroit critique ou dans un organe (par ex. intra-oculaire, intracrânien, intraspinal ou intramusculaire) avec un syndrome des loges, un saignement rétropéritonéal, un saignement intraarticulaire ou un saignement péricardique.</li> </ul> <p>[Inspiré de la source : Am Heart J, vol. 157, p. 810.e1, 2009]</p> <p>Dans le catalogue électronique d'indicateurs de qualité sur la fibrillation auriculaire, l'analyse en coupe est basée sur l'hospitalisation pour hémorragie majeure, telle que définie plus haut.</p> <p>Date du saignement majeur (AAAAMMJJ) = date de début des symptômes de saignement ou de détection du saignement apparent, quand il est asymptomatique</p> <p>Résultat CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc au moment de l'ICT = résultat CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Résultat = 0</li> <li>2. Résultat = 1</li> <li>3. Résultat = 2</li> <li>4. Résultat = 3</li> <li>5. Résultat = 4 ou plus</li> <li>6. Résultat inconnu/incertain</li> </ol> <p>Traitement antithrombotique au moment de l'hémorragie majeure = traitement antithrombotique</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aucun traitement antithrombotique</li> <li>2. Traitement aux anticoagulants seulement <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K</li> <li>b. Dabigatran</li> <li>c. Rivaroxaban</li> <li>d. Apixaban</li> </ol> </li> <li>3. Traitement antiplaquettaire seulement</li> <li>4. Traitement antiplaquettaire et aux anticoagulants <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Warfarine ou autre antagoniste de la vitamine K</li> <li>b. Dabigatran</li> </ol> </li> </ol>

	<p>c. Rivaroxaban d. Apixaban 5. Inconnu/Incertain</p>
Hospitalisation CV	<p>La raison principale de l'hospitalisation était cardiovasculaire; classée par raison(s) d'hospitalisation (cocher toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestion du rythme de la fibrillation ou du flutter auriculaire</li> <li>2. Saignement</li> <li>3. IC aiguë</li> <li>4. IM</li> <li>5. Autre syndrome coronarien aigu</li> <li>6. Gestion du rythme pour une autre tachycardie supraventriculaire</li> <li>7. Prise en charge de la bradycardie</li> <li>8. Gestion du rythme pour TA, FA ou mort subite d'origine cardiaque</li> <li>9. Autre, précisez</li> </ol> <p>Date de l'hospitalisation CV (AAAAMMJJ)</p>
Hospitalisation non-CV seulement	<p>La raison principale de l'hospitalisation n'était pas cardiovasculaire et aucun problème CV secondaire n'a été remarqué pendant l'hospitalisation</p> <p>Date de l'hospitalisation non-CV (AAAAMMJJ)</p>
Hospitalisation non-CV avec problème CV secondaire	<p>La raison principale de l'hospitalisation n'était pas cardiovasculaire, mais le patient a été atteint d'un problème CV secondaire pendant l'hospitalisation; caractérisé par le(s) problème(s) CV suivant(s) (cocher toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestion du rythme de la fibrillation ou du flutter auriculaire</li> <li>2. Saignement</li> <li>3. IC aiguë</li> <li>4. IM</li> <li>5. Autre syndrome coronarien aigu</li> <li>6. Gestion du rythme pour une autre tachycardie supraventriculaire</li> <li>7. Prise en charge de la bradycardie</li> <li>8. Gestion du rythme pour TA, FA ou mort subite d'origine cardiaque</li> <li>9. Autre, précisez</li> </ol> <p>Date de l'hospitalisation non-CV avec problème CV secondaire (AAAAMMJJ)</p>
Visite à l'urgence CV (suivie ou non par une admission à l'hôpital)	<p>La raison principale de la visite à l'urgence était cardiovasculaire; classée par raison(s) de la visite à l'urgence (cocher toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestion du rythme de la fibrillation ou du flutter auriculaire</li> <li>2. Saignement</li> <li>3. IC aiguë</li> <li>4. IM</li> <li>5. Autre syndrome coronarien aigu</li> <li>6. Gestion du rythme pour une autre tachycardie supraventriculaire</li> <li>7. Prise en charge de la bradycardie</li> <li>8. Gestion du rythme pour TA, FA ou mort subite d'origine cardiaque</li> <li>9. Autre, précisez</li> </ol> <p>Date de la visite à l'urgence CV (AAAAMMJJ)</p>
Perdu de vue	<p>Le patient a été perdu de vue de façon permanente en raison d'un déménagement, ou alors il ne se trouve plus dans la base de données pour n'importe quelle raison, administrative ou autre.</p> <p>Date du dernier contact (AAAAMMJJ)</p>
Décès	<p>Le patient est passé de vie à trépas et ne peut donc plus faire de suivi.</p> <p>Date du décès (AAAAMMJJ)</p>

## REMERCIEMENTS

La Société canadienne de cardiologie souhaite remercier sincèrement les personnes suivantes qui ont élaboré le chapitre des indicateurs de qualité sur la fibrillation auriculaire :

### **Groupe de travail sur le chapitre des indicateurs de qualité sur la fibrillation auriculaire**

Jafna Cox (Président), Cardiovascular Health Nova Scotia  
Allan Skanes (Vice-président), Université de l'Ouest de l'Ontario  
Clare Atzema, Sunnybrook Health Sciences Centre  
Jennifer Cruz, St. Michael's Hospital  
Marc Deyell, St. Paul's Hospital  
Noah Ivers, Université de Toronto  
Laurie Lambert, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux  
Derek Lefebvre, Institut canadien d'information sur la santé  
Robert McKelvie, St. Joseph's Health Care  
Garth Oakes, CorHealth Ontario  
Kathy Rush, Université de la Colombie-Britannique  
Roopinder Sandhu, Université de l'Alberta  
Stephen Wilton, APPROACH Foothills Medical Centre  
Rodney Zimmerman, Regina General Hospital

### **Groupe du sous-thème sur les thérapies (fibrillation auriculaire)**

Roopinder Sandhu (Président), Université de l'Alberta  
Jafna Cox, Cardiovascular Health Nova Scotia  
Allan Skanes, Université de l'Ouest de l'Ontario  
Stephen Wilton, APPROACH Foothills Medical Centre  
Rodney Zimmerman, Regina General Hospital

### **Groupe du sous-thème sur l'accès (fibrillation auriculaire)**

Kathy Rush (Présidente), Université de la Colombie-Britannique  
Clare Atzema, Sunnybrook Health Sciences Centre  
Jafna Cox, Cardiovascular Health Nova Scotia  
Jennifer Cruz, St. Michael's Hospital  
Laurie Lambert, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux  
Robert McKelvie, St. Joseph's Health Care  
Allan Skanes, Université de l'Ouest de l'Ontario

### **Groupe du sous-thème sur les résultats (fibrillation auriculaire)**

Stephen Wilton (Président), APPROACH Foothills Medical Centre  
Clare Atzema, Sunnybrook Health Sciences Centre  
Jafna Cox, Cardiovascular Health Nova Scotia  
Derek Lefebvre, Canadian Institute for Health Information  
Garth Oakes, CorHealth Ontario  
Roopinder Sandhu, Université de l'Alberta  
Allan Skanes, Université de l'Ouest de l'Ontario

### **Comité de direction du projet qualité**

Paul Dorian (Président), St. Michael's Hospital  
Andrew Krahn (Président de la SCC), Université de la Colombie-Britannique  
Catherine Kells (Présidente sortante de la SCC), Université Dalhousie  
Marc Ruel (Future Président de la SCC), Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa  
James Abel, St. Paul's Hospital  
Anita Asgar, Institut de cardiologie de Montréal  
Sean Connors, Memorial University of Newfoundland  
Jafna Cox, Cardiovascular Health Nova Scotia  
Ansar Hassan, Saint John Regional Hospital  
Karin Humphries, Université de la Colombie-Britannique  
Laurie Lambert, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux  
Sandra Lauck, St. Paul's Hospital  
Robert McKelvie, St. Joseph's Health Care  
Blair O'Neill, Alberta Health Services  
Paul Oh, University Health Network/CorHealth Ontario  
Stephanie Poon, Sunnybrook Hospital  
Normand Racine, Institut de cardiologie de Montréal  
Neville Suskin, London Health Sciences Centre  
Robert Welsh, University of Alberta

**Soutien du projet**

Kendra MacFarlane, Coordonnatrice, Politique de la santé, Société canadienne de cardiologie

**Droits d'auteur**

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