

ETMIS 2011; Vol. 7 : N° 4



## **Organisation des services en matière d'accident vasculaire cérébral**

**Revue des données probantes,  
des politiques et des expériences**

### **Résumé**

Préparé par

**Brigitte Coté et Annie Tessier**

Mai 2011

*Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux*

**Québec** 

# RÉSUMÉ

## Introduction

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans le cadre du plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, entendait consolider l'organisation des services offerts aux personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral (AVC) et à leurs proches. Le MSSS a demandé à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) de lui fournir un éclairage sur l'organisation optimale des services et de préciser les entités structurelles, et leurs éléments, devant faire partie du continuum de services en matière d'AVC. Simultanément, le MSSS mettait en place un groupe de travail formé d'experts du milieu, dont le mandat était de soutenir le déploiement du continuum de services, et l'AETMIS a collaboré aux travaux de ce groupe. Précisons que le 19 janvier 2011, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a succédé à l'AETMIS ainsi qu'au Conseil du médicament, en vertu d'un décret mettant en application une loi adoptée le 10 juin 2010.

### Problématique

Les AVC constituent une cause majeure de mortalité et de morbidité, entraînant chez certains survivants des séquelles tant physiques que psychologiques importantes. Dans les pays industrialisés, ils représentent la troisième cause de mortalité chez les adultes, après les cardiopathies et les cancers, et la première cause d'incapacité grave. Selon les statistiques disponibles, il y a eu, en 2005-2006, 38 341 hospitalisations attribuables aux AVC aigus au Canada. Au Québec; en 2008-2009, on a observé 11 940 hospitalisations. On évalue qu'environ le tiers des personnes ayant subi un AVC ou un accident ischémique transitoire (AIT), examinées au service des urgences, ne sont pas hospitalisées. Les AVC peuvent être de nature ischémique (irrigation sanguine insuffisante) ou hémorragique (intracérébrales ou sous-arachnoïdiennes non traumatiques). La gravité des conséquences des AVC ischémiques, qui comptent pour près de 80 % de tous les AVC, dépend fortement des délais de la thrombolyse (chronodépendance).

Selon un constat fait en 2008 sur l'état des services en matière d'AVC au Québec, on notait plusieurs difficultés en ce qui touche l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de santé. Sur le plan de l'accessibilité, on observait des retards occasionnés par l'absence d'hierarchisation des services de santé physique, la personne ayant subi un AVC n'étant pas fréquemment acheminée directement à l'endroit le plus apte à répondre à ses besoins. On déplorait également l'absence de milieux responsables de la prévention secondaire pour assurer une gestion efficace des facteurs de risque présents chez une personne présumée victime d'un premier AVC ainsi que des délais d'obtention d'exams diagnostiques chez cette clientèle. Enfin, on soulignait le défi que présentait l'accès à la réadaptation en temps opportun, et avec l'intensité souhaitable.

Au chapitre de la continuité, l'absence de corridors de services entre les divers établissements ou centres était notamment reconnue comme une difficulté importante. Finalement, divers facteurs compromettaient la qualité des services, comme l'application non systématique des meilleures pratiques reconnues par l'ensemble des organismes du

domaine et le manque de mesures officielles d'assurance de la qualité et d'amélioration continue.

Il est essentiel que la prise en charge des patients qui ont subi un AVC ou un AIT (accident ischémique transitoire) s'inscrive dans le cadre d'un continuum de soins et services. Selon la Stratégie canadienne de l'AVC mise de l'avant en 2008 et actualisée en décembre 2010, le concept de continuum de soins de l'AVC (continuum of stroke care) comprend les éléments suivants : la prévention primaire, la promotion de la santé et la sensibilisation du public, la prise en charge des AVC hyperaigus et aigus, la réadaptation après l'AVC, la prévention des récurrences d'AVC (prévention secondaire) et la réintégration sociale. Le présent rapport est plus particulièrement axé sur les étapes de prise en charge en phase aiguë, la prévention secondaire de l'AVC et la réadaptation, conformément au mandat conféré.

## Méthodologie

Les questions d'évaluation abordées se concentrent sur les exigences minimales attendues en matière de structure, de ressources humaines et techniques, de processus et de volumes minimaux de clientèle pour chacune des entités suivantes. Ces dernières doivent composer l'architecture d'un continuum de soins et services pour la clientèle cible, dans le but d'assurer une offre de services de qualité :

- 1) l'unité d'AVC (stroke unit),
- 2) le centre d'AVC (stroke centre),
- 3) les cliniques de prévention secondaire,
- 4) les services de réadaptation; et, comme complément,
- 5) la télémédecine appliquée à l'AVC (ou télé-AVC).

Étant donné la nature du mandat reçu et l'abondance d'information sur le sujet, la recherche et l'extraction des données ont d'abord visé les guides de pratique clinique, les revues systématiques existantes et les politiques et expériences observées à l'extérieur du Québec. L'analyse critique de ces documents et de leur revue des données probantes a conduit à l'extraction des données pertinentes aux fins du présent rapport. L'information portant sur le contexte québécois provient du rapport d'experts qui traite du projet de développement d'un continuum de services en matière d'AVC au Québec, produit en 2008, ainsi que des apports du groupe de travail ministériel d'experts, au fur et à mesure de l'avancement des travaux (2009-2010).

### **Organisation des soins en Angleterre, en Australie et en Ontario**

Trois expériences d'organisation de soins (et services) en matière d'AVC ont été retenues dans le présent rapport, soit l'Angleterre, l'Australie et l'Ontario, selon les critères suivants : existence d'une politique de soins bien élaborée relative à l'AVC et à l'AIT, disponibilité de la documentation sur l'organisation des soins, et évaluation de la performance et de la stratégie de soins.

L'**Angleterre** (et le Royaume-Uni, en général) a montré un intérêt grandissant pour l'amélioration des soins et services en matière d'AVC et l'évaluation de l'implantation des bonnes pratiques. Des audits périodiques, des lignes directrices de pratique et des cadres de référence organisationnels ont été publiés. Le premier National Sentinel Stroke Audit a été mené en 1998 dans trois pays du Royaume-Uni, soit l'Angleterre, le pays de Galles et l'Irlande du Nord, et il est repris depuis, aux deux ans. En 2009, en Angleterre, toutes les organisations gérant des hôpitaux de soins de courte durée

(acute trusts) et recevant des patients ayant subi un AVC disposaient d'une unité d'AVC, et la thrombolyse était disponible dans 71 % de ces établissements. En outre, seule l'Angleterre avait mis sur pied des unités d'AVC spéciales pour la phase dite « hyperaiguë » (hyperacute stroke unit ou HASU), qui offrent des services spécialisés (imagerie cérébrale, thrombolyse) jour et nuit. Le plus récent audit organisationnel (réalisé en 2010) montre que 45 % des acute trusts en Angleterre, au pays de Galles et en Irlande du Nord ont accès à une équipe spécialisée consacrée au congé rapide avec soutien.

L'**Australie** a implanté en 2002 une politique sur la mise en place d'unités d'AVC, le National Stroke Unit Program qui met l'accent sur l'offre de soins équitables et optimaux dans tout le pays. Depuis 2000, un développement majeur des services en matière d'AVC a eu lieu. Aussi, des investissements importants ont été faits en 2003-2004 pour améliorer les unités d'AVC existantes ou en établir de nouvelles. Des cadres de référence, des guides de pratique clinique nationaux et des méthodes d'évaluation de la performance ont été élaborés depuis le début du programme et des audits ont été réalisés, tant sur la phase aiguë que postaiguë.

En **Ontario**, dès 1997, le gouvernement a établi une stratégie propre aux AVC, qui a nécessité 70 millions de dollars d'investissements et a conduit à la mise en place de 11 réseaux régionaux de services en matière d'AVC. L'Ontario Stroke Network (OSN) a aujourd'hui pour but d'améliorer l'accès aux soins préventifs et curatifs en se basant sur des données probantes afin de diminuer l'incidence, la mortalité et l'incapacité résiduelle attribuables à l'AVC. L'OSN a la responsabilité d'assurer le continuum de services en mettant de l'avant des changements organisationnels, en sensibilisant le public et en offrant de la formation aux professionnels. L'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) a réalisé deux audits du système ontarien relatifs à l'AVC. La réadaptation dans le continuum de soins a fait l'objet d'un rapport de consensus qui définit les composantes d'un réseau provincial de réadaptation en matière d'AVC et précise des normes de pratique.

Une comparaison des expériences de ces trois systèmes de santé a pu être faite à l'aide des indicateurs de performance disponibles, bien que de nombreux facteurs en limitent la portée, comme les différences dans les périodes de temps à l'étude. L'analyse indique que c'est l'Angleterre (résultats combinés avec le pays de Galles et l'Irlande du Nord) qui a montré la plus forte progression dans l'utilisation des services d'une unité d'AVC : trois patients sur quatre ayant subi un AVC ont passé au moins une partie de leur séjour hospitalier dans une unité d'AVC en soins de courte durée (en 2008), comparativement à un patient sur deux, en Australie (en 2009), et à un patient sur cinq, en Ontario (en 2004-2005). Ce sont également les trois pays du Royaume-Uni qui présentent la plus forte proportion globale de patients ayant subi un AVC ischémique et qui ont bénéficié d'une thrombolyse intraveineuse, soit 9 % (en 2009), comparativement à 3 %, en Australie (en 2009), et à presque 4 %, en Ontario (en 2004-2005). Par contre, l'Australie présente les meilleurs résultats en ce qui a trait aux services d'imagerie : environ 90 % des patients nécessitant une tomodensitométrie en 2009 ont eu leur examen dans les 24 heures suivant la survenue de leur AVC. Les résultats propres à l'Ontario (en 2004-2005) et à l'Angleterre (en 2008) étaient respectivement de 69 % et de 57 %. Enfin, à l'égard d'autres interventions effectuées pendant des périodes de temps similaires (c.-à-d. celles relatives à l'Angleterre et à l'Australie), l'Angleterre apparaît comme le système qui a le plus progressé pour ce qui est de l'évaluation multidisciplinaire des patients ayant subi un AVC.

## Synthèse des données probantes et des documents de politique

Les informations extraites sont organisées sous trois rubriques : la phase aiguë, la réadaptation en phase post-aiguë et la prévention secondaire.

### *Phase aiguë*

L'efficacité des unités d'AVC offrant des soins durant la phase aiguë a été démontrée à ce jour par de multiples études, dont une revue clé de la Collaboration Cochrane. Les données probantes relatives aux paramètres organisationnels définissant les unités d'AVC et les documents de politique des trois systèmes de santé examinés permettent de dégager des points communs sur ces infrastructures. Sur le plan de l'organisation, une unité d'AVC doit répondre aux caractéristiques suivantes :

- unité physiquement distincte et bien définie,
- accès à du personnel ayant une expertise spécialisée en AVC et en réadaptation,
- accès à une équipe multidisciplinaire (qui se réunit au moins toutes les semaines),
- utilisation de protocoles de soins par les professionnels,
- réadaptation précoce pour tous les patients et
- assurance de la qualité.

Une masse critique de patients, soit près de 100 par année, en milieu urbain, est nécessaire. Dans tous les systèmes de santé étudiés, une hiérarchie de soins et services en matière d'AVC a été établie. Les établissements destinés aux personnes ayant subi un AVC sont classifiés selon les niveaux de soins. Dans cette classification, l'accès à l'imagerie cérébrale et le nombre de patients ayant subi un AVC admis chaque année jouent un rôle central. Toutefois, l'AVC étant une urgence chronodépendante, l'accès en temps opportun à la thrombolyse (tPA) chez les patients qui peuvent bénéficier de ce traitement représente un facteur crucial. Il existe en général trois niveaux de centres :

- centres avec ou sans accès à la tPA (niveau primaire);
- centres disposant d'une unité d'AVC (niveau secondaire); et
- centres surspécialisés traitant des cas d'AVC complexes (niveau tertiaire).

Plusieurs publications récentes synthétisent les connaissances portant sur l'efficacité de la télémédecine. Cette modalité appliquée aux soins de l'AVC (ou « télé-AVC ») peut être utile dans plusieurs étapes du continuum de soins (prévention secondaire, formation des professionnels, réadaptation), mais le plus souvent, l'accent est mis sur la transmission d'images radiologiques durant les phases de soins hyperaiguë et aiguë de l'AVC afin de soutenir la décision quant à l'administration de la thrombolyse.

### *Phase post-aiguë (réadaptation)*

La phase post-aiguë du continuum de services en matière d'AVC, qui se concentre sur la réadaptation, présente deux modalités : les services aux usagers admis en centre de réadaptation et les services externes rendus en ambulatoire ou à domicile. Après son congé du centre de soins de courte durée, l'utilisateur qui ne peut fonctionner en toute sécurité dans son milieu de vie et qui a besoin de réadaptation est orienté vers un établissement offrant des services spécialisés de réadaptation en phase post-aiguë. Parmi les points essentiels concernant les centres de réadaptation spécialisée en AVC recensés dans la littérature, on retrouve :

- une équipe interdisciplinaire consacrée aux AVC, offrant des services organisés et coordonnés;
- une évaluation initiale des personnes orientées vers ces services, y compris des personnes ayant des atteintes légères, réalisée le plus tôt possible;
- des interventions d'intensité appropriée balisées par un plan établi, selon les besoins des usagers et leur tolérance individuelle,
- la formation du personnel,
- la participation des usagers et des proches,
- la planification du congé avec soutien (le plus tôt possible); et
- un accès aux services externes de réadaptation.

#### *Prévention secondaire*

La prévention secondaire est une approche clinique qui est établie au cas par cas, dans le but de réduire le risque de récurrence d'accidents vasculaires chez les personnes qui ont déjà subi un AVC ou un AIT et chez les sujets qui présentent un ou plusieurs problèmes de santé ou facteurs de risque qui les exposent à un risque élevé d'AVC. Plusieurs systèmes de santé ont mis en place des cliniques de prévention secondaire de l'AVC et de l'AIT; les définitions de la clientèle cible, des services offerts ou du personnel requis varient selon les contextes, mais, en général, on reconnaît deux types bien distincts de clientèles. La première clientèle présente un AIT, un AVC soupçonné ou un AVC léger et nécessite une évaluation urgente et l'accès aux examens diagnostiques (notamment l'imagerie cérébrale) et aux traitements. Selon les données probantes, cette stratégie rapide permet de diminuer le risque de récurrence et serait coût/efficace pour tous les patients qui ont reçu un diagnostic confirmé d'AIT ou d'AVC. L'autre clientèle, dont l'état médical est stable, requiert un soutien dans la maîtrise des facteurs de risque, cette intervention pouvant être offerte en première ligne dans le cadre d'une approche intégrée de suivi des facteurs de risque des maladies chroniques.

#### **Mise en contexte pour le Québec**

Un premier Comité aviseur ministériel avait dressé un portrait du contexte québécois et de la situation des soins et services en matière d'AVC, en 2008. L'actuel groupe de travail ministériel, dans ses échanges avec l'AETMIS (INESSS), a examiné différentes propositions qui seraient les plus appropriées pour assurer un meilleur continuum de services au Québec. Il s'agit de propositions portant sur les points suivants :

- la hiérarchisation des infrastructures selon trois niveaux;
- les caractéristiques attendues des centres hospitaliers de soins de courte durée traitant des AVC, selon leur niveau;
- les caractéristiques attendues des centres de réadaptation spécialisée;
- la trajectoire des patients en phases hyperaiguë et aiguë, qui comprend un algorithme décisionnel quant à l'orientation des personnes chez qui l'on soupçonne un AVC aigu;
- la trajectoire des usagers en réadaptation durant la phase postaiguë.

Ces différentes propositions sont détaillées dans le présent rapport.

## Conclusions

Au terme de cette évaluation, l'INESSS dégage plusieurs constats sur les caractéristiques attendues des principales entités structurelles devant fournir des services tout au long du continuum ainsi que sur les trajectoires optimales des patients ou usagers en phases hyperaiguë, aiguë et postaiguë de l'AVC. Leur mise en relation avec le contexte particulier du Québec pave la voie à des propositions concrètes portant principalement sur les points suivants :

- l'organisation hiérarchique des centres hospitaliers de soins de courte durée, y compris les liens servant au transfert des patients;
- l'accès à l'imagerie diagnostique en temps opportun;
- la mise en place d'unités d'AVC dans tous les centres hospitaliers de niveaux secondaire et tertiaire ayant la masse critique nécessaire au maintien de l'expertise;
- l'accès à la thrombolyse en temps opportun grâce aux corridors de services préhospitaliers;
- le soutien à la décision clinique et à l'administration locale de la thrombolyse intraveineuse à l'aide de la télémédecine, dans les centres de soins de courte durée primaires des régions éloignées ne disposant pas d'une unité d'AVC;
- la réadaptation précoce pour tous les patients ayant subi un AVC, sans égard au type de centre hospitalier où ils sont admis;
- la participation du patient et de ses proches aidants tout au long du processus de soins;
- la planification du congé rapide avec soutien;
- les critères d'admissibilité équitables aux services spécialisés de réadaptation, qu'ils soient offerts en établissement, en ambulatoire ou à domicile;
- l'accès aux services de proximité offerts par les centres de santé et de services sociaux (soutien à la réintégration sociale, réadaptation non spécialisée) lors du suivi, après la phase de réadaptation spécialisée;
- l'accès en temps opportun aux cliniques de prévention secondaire, qui demeurent en lien avec les services hospitaliers et les soins primaires;
- la mise en application des guides de pratique clinique par tous les professionnels soignants;
- l'évaluation périodique de la performance, accompagnée d'une rétroaction à tous les acteurs concernés.

Certains travaux se poursuivent au sein du groupe de travail ministériel pour définir des modalités organisationnelles et les instruments à privilégier au Québec : par exemple, la pertinence et la faisabilité d'une équipe de garde en AVC, les outils cliniques servant au triage, les modalités organisationnelles relatives à la prévention secondaire, les outils propres à la réadaptation et la télé-AVC.