

RÉSUMÉ

Introduction

Problématique

Selon le Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT), 30 % des infarctus aigus du myocarde se caractérisent par une élévation du segment ST à l'ECG, ce qui représente annuellement au Québec environ 4 800 patients hospitalisés pour ce diagnostic. Ce type d'infarctus, ci-après désigné par l'abréviation IAMEST, est une affection aiguë grave dont la cause immédiate est l'occlusion d'une artère coronaire par un caillot. En l'absence d'intervention dans les quelques heures qui suivent cette occlusion, la partie du myocarde normalement irriguée par cette artère subit généralement des lésions irréversibles. Plus l'intervention est rapide, plus la proportion du myocarde épargnée est grande, moins l'infarctus est étendu et meilleur est le pronostic. Il existe deux moyens bien établis de désobstruer l'artère coronaire à l'origine de l'IAMEST, la fibrinolyse et l'intervention coronarienne percutanée (ICP).

La fibrinolyse désigne l'effet de l'administration d'un médicament par voie intraveineuse pour dissoudre le thrombus qui obstrue l'artère coronaire. Au Québec, l'agent fibrinolytique est généralement administré dans les urgences sous la surveillance d'un médecin. Certains patients présentent des contre-indications à la fibrinolyse, comme un risque élevé de saignement, et l'ICPP est alors le traitement généralement le plus approprié. D'autres pourront avoir besoin d'une ICP en cas d'échec de la fibrinolyse. L'ICP dite primaire (ICPP) est une intervention mécanique visant à rouvrir l'artère coronaire obstruée avec un ballonnet et à la garder ouverte avec un ou plusieurs tuteurs (stents). Toute ICP doit être exécutée dans un centre hospitalier spécialisé doté d'une salle d'hémodynamie, par un cardiologue interventionnel expérimenté assisté d'un personnel technique et infirmier qualifié.

Le temps est le facteur critique pour améliorer le pronostic des patients qui subissent un IAMEST. Les données probantes et les lignes directrices soulignent l'importance de minimiser le délai de reperfusion de ces patients. Ces dernières font des recommandations précises sur les délais de traitement acceptables.

Demande d'évaluation du MSSS

Ce contexte a amené le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à s'engager, en décembre 2005, à implanter un programme de cardiologie ayant pour objectif d'améliorer le continuum de la prestation des services d'urgence, plus particulièrement aux patients qui subissent un IAMEST. Il a ainsi demandé à l'AETMIS de lui fournir un éclairage sur les enjeux scientifiques, organisationnels et contextuels de la prise en charge optimale de ces patients. En réponse à cette demande, le présent rapport fait état des données probantes et des lignes directrices pertinentes et examine les approches pouvant réduire les délais de traitement à différents moments du cheminement clinique des patients qui subissent un IAMEST ainsi que les dispositifs de mesure de la performance et de suivi de la qualité nécessaires pour en assurer l'application efficace, tout en analysant les enjeux relatifs aux ressources et aux coûts propres au contexte québécois.

Choix des traitements et délai d'administration : données probantes et lignes directrices

Les lignes directrices des sociétés de cardiologie nord-américaines et européennes reconnaissent clairement la fibrinolyse et l'ICPP comme méthodes de reperfusion pour le traitement de l'IAMEST. Ces lignes directrices stipulent que le délai d'administration de la fibrinolyse après l'arrivée du patient à l'hôpital ne doit pas dépasser 30 minutes et, selon les lignes directrices canadiennes, ce délai devrait idéalement être de 15 à 20 minutes. Pour l'ICPP, le délai entre l'arrivée du patient à l'hôpital et le premier gonflement du ballonnet ne doit pas dépasser 90 minutes (60 minutes pour les cas où la reperfusion est clairement indiquée, selon les lignes directrices européennes) et, selon les lignes directrices canadiennes, il devrait être idéalement de 40 à 60 minutes. Les lignes directrices nord-américaines actuelles soulignent qu'aucun traitement de reperfusion n'est systématiquement préférable pour tous les patients dans toutes les circonstances, et qu'une reperfusion en temps opportun est probablement plus importante que l'option de traitement finalement choisie. Une revue systématique réalisée à la demande de l'AETMIS montre que les différences d'efficacité et de sécurité entre les deux traitements sont relativement modestes en termes absolus et dépendent de facteurs bien déterminés comme le délai de traitement, l'expertise de l'équipe d'intervention, les caractéristiques des patients, etc. Les résultats des études randomisées, qui sont menées dans des conditions idéales ou bien contrôlées, reposent sur une différence moyenne de 40 minutes entre le délai de réalisation d'une ICPP dans des centres d'excellence et le délai d'administration de la fibrinolyse. C'est pourquoi les lignes directrices américaines et canadiennes recommandent que le délai supplémentaire nécessaire pour effectuer l'ICPP soit inférieur à 60 minutes par rapport à celui d'une fibrinolyse immédiate.

Quel que soit le pays, la fibrinolyse est généralement disponible au tout premier point de service dans n'importe quelle urgence ou même, dans certains cas, dans la phase préhospitalière. Par contre, l'ICPP est un traitement cardiaque « tertiaire » (qui nécessite des installations spécialisées); sa réalisation pose donc de plus grands défis logistiques et organisationnels. Le présent rapport reconnaît l'importance particulière de l'ICPP pour les patients souffrant d'IAMEST qui présentent un risque élevé ou des contre-indications à la fibrinolyse. Cependant, et compte tenu de l'importance cruciale du facteur temps, les décideurs peuvent se poser la question suivante : quelle part de l'organisation et des ressources d'un système de santé doit-on allouer pour continuer à croître, pour la plupart des patients, la disponibilité de l'ICPP aux dépens de la fibrinolyse, qui constitue une option thérapeutique viable et facilement disponible à l'heure actuelle ?

Les deux méthodes de reperfusion évoluent continuellement, et il est probable que l'avenir réserve des améliorations thérapeutiques dont la direction et la nature sont actuellement imprévisibles. Cette dynamique milite en faveur de la prudence dans la mise en œuvre de changements complexes et onéreux d'infrastructures qui risquent d'être dépassés par l'apparition de ces innovations.

Enfin, il importe de considérer qu'au Canada, aux États-Unis et en Europe, une proportion importante des patients qui subissent un IAMEST (environ le tiers) ne reçoivent aucun traitement de reperfusion. Comme ce groupe présente le pronostic le plus défavorable, toute amélioration de leur prise en charge pourra entraîner des bénéfices cliniques majeurs.

Situation actuelle au Québec

Dans le Québec d'aujourd'hui, l'ICPP est devenue l'option thérapeutique de prédilection pour plus de la moitié des patients présentant un IAMEST qui reçoivent un traitement de reperfusion, alors qu'un nombre très faible de ceux qui se rendent dans un centre d'ICP reçoivent une fibrinolyse. Cette situation contraste avec celle des autres régions et pays examinés dans le présent rapport (Canada, États-Unis, Europe), où environ 40 % des patients présentant un IAMEST qui se rendent dans des centres d'ICP y reçoivent une fibrinolyse.

Au Québec, même les centres qui n'offrent pas d'ICP et sont situés dans un rayon d'environ 60 à 100 km des centres d'ICP choisissent d'y transférer leurs patients pour y subir cette intervention. Cependant, les résultats de l'étude AMI-QUÉBEC, qui concordent avec d'autres sources de données du Québec et d'ailleurs, semblent indiquer que moins de 10 % des patients transférés en vue d'une ICPP bénéficient du délai « porte-ballonnet » recommandé dans les lignes directrices. Lorsque la durée du transport interhospitalier excède 30 minutes, il est évident qu'il serait exceptionnel que les patients souffrant d'IAMEST soient traités par ICPP dans les délais recommandés.

L'utilisation croissante de l'ICPP exerce une pression sur le système de santé. Cette pression se manifeste par une demande d'ouverture de nouveaux centres d'ICP ou d'augmentation des installations existantes pour en accroître la disponibilité, et par une demande d'augmentation des services préhospitaliers d'urgence et des ressources ambulancières pour assurer un transport plus efficace des patients qui subissent un IAMEST. D'autres facteurs peuvent moduler cette dynamique. Le large recours actuel à l'ICPP au Québec et le transfert direct de plus en plus fréquent vers les salles d'hémodynamie fait en sorte que les cliniciens et les médecins en formation administrent de moins en moins la fibrinolyse et se sentent de moins en moins à l'aise à l'idée de le faire. Contrairement à l'ICPP, l'administration de la fibrinolyse n'est pas un acte spécifiquement rémunéré au Québec (ni ailleurs au Canada, bien qu'il y ait d'autres différences interprovinciales dans les mécanismes de rémunération en général). Lorsqu'un agent fibrinolytique est administré à l'urgence, le patient doit rester sous surveillance pendant un certain temps, et il est possible qu'on doive prendre la décision de le transférer ensuite pour une ICP. Souvent, dans ce contexte, le clinicien est déjà sollicité par d'autres patients dans une urgence bondée. En raison de toutes ces considérations, la pression exercée sur le clinicien pour qu'il transfère le patient immédiatement de l'urgence vers un centre d'ICP (qui lui-même « rivalise » avec d'autres centres spécialisés pour maintenir son volume d'ICPP et son expertise dans la pratique de cette intervention) peut être considérable.

Les lignes directrices canadiennes recommandent que la décision de recourir à l'ICPP soit fondée sur une évaluation individuelle du risque afin d'orienter les cas les plus à risque vers des centres d'ICP, qui doivent aussi traiter une clientèle de patients dans un état stable et instable sur une base élective ou urgente. En effet, les salles d'hémodynamie sont occupées la plupart du temps pendant les heures normales de travail pour des interventions planifiées. L'augmentation du recours aux ressources de cardiologie tertiaire pour une proportion grandissante de patients de la première ligne crée et créera de plus en plus de pression sur les ressources ambulancières restreintes déjà sollicitées par d'autres besoins médicaux et sociaux.

Phase préhospitalière

Les électrocardiogrammes (ECG) préhospitaliers ont des chances de devenir de plus en plus utilisés au Québec au cours des années à venir. D'après les données probantes, ces stratégies peuvent réduire les délais de reperfusion, dans la mesure où on résout certaines questions de faisabilité et on établit des programmes permettant d'intégrer les processus hospitaliers et ceux des services préhospitaliers d'urgence. Ces programmes nécessitent un investissement considérable en organisation et en ressources. Ces stratégies offrent la possibilité d'améliorer les délais de réalisation d'une ICPP (grâce à l'orientation préhospitalière des patients qui subissent un IAMEST directement vers des centres d'ICP ou à une prise de décision accélérée à la porte du premier hôpital quant à la nécessité d'un transfert) ou d'administration d'un agent fibrinolytique (en phase préhospitalière ou plus rapidement après l'arrivée du patient à l'hôpital).

Le contexte québécois, qui repose sur des ambulanciers formés pour la plupart en soins primaires seulement, implique que : 1) il faudra trouver des solutions novatrices pour interpréter les résultats des ECG (par l'entremise de logiciels informatiques et [ou] de médecins désignés situés à distance, par exemple); 2) les programmes d'orientation préhospitalière vers des centres d'ICP devront examiner soigneusement la sécurité d'un transport prolongé; et 3) les programmes visant à incorporer des soins avancés aux tâches des techniciens ambulanciers (notamment l'interprétation des ECG et la fibrinolyse préhospitalière) nécessiteront un plan à long terme pour développer l'offre de soins avancés sur une plus grande échelle dans la province. Si l'on considère l'orientation préhospitalière vers un centre d'ICP, il faudra aussi prendre en compte les défis organisationnels et les effets à long terme de cette stratégie sur le maintien des compétences dans la prise en charge de l'IAMEST en général dans les urgences. Les régions éloignées où la durée du transport vers les centres hospitaliers est longue offrent une possibilité intéressante d'implanter un programme de fibrinolyse préhospitalière.

Réduction des délais : thèmes organisationnels

Les principaux thèmes organisationnels qui résultent de notre analyse des stratégies permettant de minimiser les délais d'administration d'une reperfusion sont les suivants :

Protocoles : Au sein d'un établissement et de réseaux (comme ceux qui arrivent les services ambulanciers et les hôpitaux), des protocoles clairs et adaptés aux caractéristiques locales sont nécessaires pour préciser les rôles et les responsabilités de chaque intervenant et les processus de soins à suivre. Les protocoles clarifient qui doit prendre la décision de la forme de reperfusion à offrir au patient en mettant en relief le rôle clé de l'urgentologue au premier point de service. Dans tous les cas, lorsque les deux options de reperfusion existent, le choix du traitement, selon les résultats des études randomisées et les lignes directrices, doit se faire en tenant compte d'une différence inférieure à 60 minutes (et même à 40 minutes idéalement) entre le délai d'administration immédiate d'une fibrinolyse et le délai raisonnablement anticipé pour la réalisation d'une ICPP. Il est essentiel que ces protocoles soient élaborés selon un processus participatif très poussé où les idées, l'expertise et les intérêts de tous les intervenants (cardiologues, urgentologues, administrateurs hospitaliers et régionaux, personnel ambulancier, répartiteurs, etc.) sont pris en compte.

Réseaux : L'intégration des services et la communication entre les intervenants des différents niveaux et entre les organismes sont nécessaires pour assurer une collaboration entre les professionnels de la santé, les services intrahospitaliers, les établissements et les services ambulanciers. L'élaboration de nouvelles stratégies et de nouvelles interventions

exige la consultation et la participation de tous les intervenants dans le continuum de soins.

Soins axés sur le patient : Il est nécessaire de tenir compte de la situation et des besoins de chaque patient pour prodiguer des soins qui respectent le plus possible les lignes directrices et le code de déontologie. Il existe un véritable choix thérapeutique pour les patients qui ne présentent pas de contre-indications lorsque les deux formes de traitement de reperfusion peuvent être administrées en temps opportun. Autrement, conformément aux lignes directrices actuelles, pour la majorité des patients, il semble préférable de privilégier l'administration rapide d'un agent fibrinolytique (si ce traitement est approprié) plutôt que de réaliser une ICPP trop tardive.

Suivi de la performance : La performance et son amélioration au fil des années ne peuvent être tout à fait mesurées et analysées que par un suivi systématique, centralisé et continu, tant des processus de soins que des résultats obtenus chez les patients dans l'ensemble du Québec. Le Royaume-Uni a montré les énormes répercussions d'un suivi centralisé de la performance sur l'amélioration des soins et des résultats obtenus pour les patients ayant subi un IAMEST. Au Québec, un tel suivi permettrait de mesurer les effets des changements apportés à l'organisation des soins et des nouvelles stratégies. Il va de soi que toute stratégie de suivi de la performance implique un retour d'information régulier à tous les maillons d'intervention dans chaque région pour soutenir et stimuler un processus dynamique d'amélioration des soins et services.

Enjeux économiques

Plusieurs questions économiques ont été soulevées dans le présent rapport. Il importe notamment que les décideurs québécois considèrent les ressources nécessaires pour :

- assurer un suivi continu du recours aux traitements de reperfusion et de leurs délais d'administration : pour ce faire, il est nécessaire de repérer clairement l'IAMEST dans les bases de données médico-administratives;
- mettre en œuvre des programmes d'ECG préhospitaliers, en tenant compte notamment, à l'achat du matériel, du fait qu'il peut devenir rapidement désuet au fur et à mesure que les technologies évoluent et s'améliorent;
- développer la formation en soins ambulanciers avancés, comme objectif à long terme, si la reconnaissance de l'IAMEST par les paramédics, le transport ambulancier prolongé et la fibrinolyse préhospitalière sont des mesures importantes à envisager dans l'avenir.

Conclusions

Au moment de la rédaction du présent rapport, les données probantes disponibles indiquent que, pour la majorité des patients, l'avantage relatif d'une ICPP paraît modeste et tributaire d'une prestation optimale du traitement. Le bénéfice d'un recours systématique à l'ICPP lorsque le délai porte-ballonnet (à partir de l'arrivée au premier hôpital) excède le délai recommandé dans les lignes directrices actuelles n'est pas démontré par l'analyse des résultats d'essais comparatifs randomisés. Lorsque la durée du transport interhospitalier excède 30 minutes, il est exceptionnel que les patients souffrant d'IAMEST puissent être traités par ICPP dans les délais recommandés.

Au Québec comme ailleurs, l'ICPP n'est pas disponible pour tous les patients qui subissent un IAMEST, puisqu'il n'est pas possible de mettre sur pied dans toutes les régions des établissements spécialisés pouvant réaliser un volume suffisant d'interventions. Et de fait, la fibrinolyse est une modalité de reperfusion dont l'efficacité

est reconnue pour le traitement des patients souffrant d'IAMEST qui ne présentent ni facteurs de risque élevé ni contre-indications. Lorsqu'un choix est possible, la décision initiale de procéder à une fibrinolyse ou à une ICPP doit se fonder sur une évaluation du profil de risque de chaque patient et des délais de traitement prévus, notamment le délai d'une fibrinolyse immédiate, le délai anticipé d'une dilatation par ballonnet et la différence entre ces deux délais.

Dans le cas particulier du Québec, il existe une expertise énorme dans le domaine de l'ICP, mais les délais de réalisation des ICPP semblent généralement excéder les normes recommandées. Il apparaît alors nécessaire, en premier lieu, d'améliorer la performance et de réexaminer la meilleure façon d'offrir en temps opportun des ICPP aux patients les plus susceptibles d'en bénéficier. Une stratégie initiale d'amélioration de la qualité grâce à divers changements aux niveaux préhospitalier, intrahospitalier et interhospitalier ciblant les patients à risque élevé et inadmissibles à une fibrinolyse semble un point de départ approprié.

Pour améliorer la qualité de la prise en charge de l'IAMEST, les hôpitaux doivent être incités à élaborer leurs propres stratégies novatrices visant à optimiser les cheminements cliniques des patients qui subissent un IAMEST, à la fois au sein des établissements et en collaboration avec les services préhospitaliers d'urgence. Les hôpitaux qui n'offrent pas d'ICP devraient recevoir le soutien nécessaire pour accélérer la réalisation de l'ECG et en améliorer l'interprétation et faciliter l'administration en temps opportun d'un agent fibrinolytique, la surveillance postfibrinolyse et la prise de décision quant à la nécessité d'un suivi en milieu de soins tertiaires. Il faut encourager la communication et la collaboration interdisciplinaires entre les prestataires de soins des différents milieux (services ambulanciers, d'urgence et de soins spécialisés) et les organismes responsables du suivi de la performance. On pourrait également envisager d'instaurer des mesures incitatives et dissuasives visant à promouvoir des soins fondés sur les données probantes ainsi que le respect des lignes directrices et à faciliter le suivi de la performance.

Il faut profiter de l'intérêt que suscitent actuellement les ECG préhospitaliers pour faire en sorte que leur faisabilité sur le terrain, leur sécurité, les besoins en ressources qu'ils engendrent, leurs implications à long terme et leur vision d'ensemble soient considérés. Une consultation avec des représentants de tous les intervenants, notamment des services préhospitaliers d'urgence, des hôpitaux n'offrant pas d'ICP et des centres d'ICP, de même que le partage des expériences entre les régions devraient faire partie intégrante de ces initiatives. Enfin, dans le cadre d'une stratégie globale de prise en charge des patients qui présentent un IAMEST, un système de suivi provincial de la performance devrait être mis en place pour permettre de suivre les délais de traitement, d'encourager les initiatives locales et régionales (mettant à contribution les établissements locaux et les services ambulanciers ainsi que les agences régionales de santé et de services sociaux) et de suivre les effets des changements dans les structures ou les processus de soins. Une telle démarche serait facilitée par l'établissement préalable de normes de performance à l'échelle provinciale.

Recommandations

À la lumière de sa revue des données probantes, l'AETMIS recommande :

- 1) que la fibrinolyse et l'ICPP soient reconnues comme des modalités complémentaires d'intervention dont le choix dépend d'un ensemble de facteurs cliniques et pratiques;

- 2) que les délais d'administration des deux traitements soient minimisés à chaque point de service, à partir des services préhospitaliers d'urgence (que ce soit pour tout traitement initial ou transfert interhospitalier), jusqu'à l'hôpital qui reçoit initialement le patient ou au centre d'ICP qui peut le recevoir aux fins d'une ICPP;
- 3) que le recours à l'ICPP ne soit pas l'option privilégiée lorsqu'on s'attend à ce que le délai porte-ballonnet excède les délais recommandés dans les lignes directrices, et que la décision initiale de procéder à une fibrinolyse ou à une ICPP (lorsque le choix est possible) se base sur une évaluation du profil de risque de chaque patient et des délais anticipés des deux traitements;
- 4) qu'il y ait un suivi de la performance des initiatives d'ECG préhospitaliers à l'échelle suprarégionale, régionale et locale;
- 5) qu'on envisage, pour les régions éloignées en particulier, l'implantation de projets pilotes d'administration de fibrinolyse préhospitalière comme stratégie visant à réduire considérablement les délais de traitement de reperfusion dans les cas d'IAMEST;
- 6) que les organismes concernés et intéressés établissent des protocoles d'entente et encouragent les échanges entre les divers intervenants ainsi que la collaboration entre les établissements et avec les services ambulanciers;
- 7) que l'enseignement en médecine d'urgence et en cardiologie comprenne une formation théorique et pratique sur les deux modes de reperfusion de l'IAMEST;
- 8) que la performance (en particulier la rapidité d'administration d'un traitement de reperfusion) soit suivie à l'échelle provinciale tout au long du processus de soins – dans la phase préhospitalière, à l'urgence, à la salle d'hémodynamie, et notamment lors du transfert interhospitalier – et qu'un retour d'information régulier et en temps opportun soit donné au personnel soignant;
- 9) que soient introduites des mesures incitatives visant à faciliter et à renforcer le recours approprié à la fibrinolyse et à l'intervention coronarienne percutanée primaire par les professionnels et les établissements concernés.