



Réseau canadien contre
les accidents cérébrovasculaires

Canadian Stroke Network

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires

2011

La qualité des soins de l'AVC au Canada

REMERCIEMENTS

Le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires est responsable du financement et de la rédaction de *La qualité des soins de l'AVC au Canada*, rapport pour lequel il s'est servi de la banque de données et de la méthodologie de son Registre. Société sans but lucratif, le Réseau est un des Réseaux de centres d'excellence du Canada. Il a son siège à l'Université d'Ottawa et compte parmi ses membres des chercheurs des universités et des hôpitaux, des étudiants et des représentants des gouvernements, de l'industrie et du secteur sans but lucratif canadiens. Il a comme ambition de hisser le Canada au premier rang de la recherche sur l'AVC, ce pourquoi il a élaboré un programme de recherche multidisciplinaire et de formation de pointe pour les scientifiques et cliniciens canadiens. Il a tissé des partenariats autant à l'échelle nationale qu'internationale. Le Réseau vise à atténuer les conséquences physiques, sociales et économiques de l'AVC sur les individus et la société canadienne. Dans la poursuite de ce but, le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires (www.accidentscerebrovasculaires.ca) :

- finance la recherche de pointe sur l'AVC qui améliorera la vie des Canadiens;
- forme de nouveaux chercheurs dans le domaine de l'AVC;
- veille à ce que les professionnels de la santé soient au courant des pratiques cliniques les plus pointues pour l'AVC et
- milite en faveur d'excellents soins et services pour l'AVC accessibles à tous les Canadiens.

Le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires remercie toutes les personnes qui ont participé à la vérification, y compris les membres du comité directeur national. Leur engagement a été indéfectible et important. Nous osons croire que les renseignements obtenus grâce à cette vérification nationale des soins de l'AVC seront utiles non seulement aux participants, mais également à quiconque cherche à améliorer ces soins à l'échelle locale, régionale ou nationale.

Mme Patrice Lindsay, PhD, directrice, Rendement et normes, du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires a supervisé la vérification, aidée dans la gestion et l'analyse des données agrégées par un comité directeur national présidé par le Dr Robert Côté, neurologue et professeur à l'Université McGill. Le comité directeur était composé du Dr Michael Hill de l'Université de Calgary, de la Dre Moira Kapral de l'Institut de recherche en services de santé, de Janusz Kaczorowski, PhD, de l'Université de la Colombie-Britannique, de Nicol Korner-Bitensky, PhD, de l'Université McGill, de Katie Lafferty du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, de Neala Gill et de Katie White de Cardiovascular Health Nova Scotia et d'Elizabeth Woodbury de la Stratégie canadienne de l'AVC.

Nos remerciements vont également à Jan Walker, PhD, épidémiologiste, Jiming Fang, PhD, analyste principal et biostatisticien et Melissa Stamplecoski, gestionnaire de projet du Registre du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires à l'IRSS, à Nicole Pageau, gestionnaire régionale de programme du West GTA Stroke Network, à Susan Bondy, PhD, épidémiologiste et à Dr Antoine Hakim, Cathy Campbell, Kevin Willis, PhD, et Corrine Davies Schinkel du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

SOMMAIRE EXÉCUTIF

L'AVC est une des principales causes de décès¹ et d'handicap chez les adultes.² Parmi les maladies chroniques au Canada, l'AVC est l'une de celles qui ont le plus grand impact. Parmi les victimes, 60 % disent avoir besoin d'aide après l'AVC et les activités quotidiennes de 80 % d'entre elles sont restreintes.³ En 2005, la Stratégie canadienne de l'AVC a été lancée dans le but que chaque province au Canada s'organise pour fournir les meilleurs soins de l'AVC possibles.⁴ Ces six dernières années des progrès ont été accomplis d'un bout à l'autre du Canada (Annexe A).

Nonobstant l'impact de l'AVC et ces progrès, il n'y a jamais eu d'étude exhaustive de la qualité des soins de l'AVC au Canada. C'est à cela qu'a voulu remédier le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires en procédant à une collecte pancanadienne de données tirées du dossier médical de 38 210 patients avec AVC soignés dans 295 hôpitaux au cours de l'exercice 2008-2009. Ces données, enrichies de données tirées des banques nationales sur la santé, ont permis de produire le premier rapport sur *La qualité des soins de l'AVC au Canada*. Le rapport décrit la qualité des soins de l'AVC donnés aux Canadiens et recommande des façons d'améliorer ces soins. Voici ses principales constatations et ses recommandations clés :

PRINCIPALES CONSTATATIONS :

- **Une meilleure prise en charge des facteurs de risque s'impose** : 64 % des patients d'AVC sont hypertendus et plus du tiers ont été victimes d'un AVC ou d'un AIT (accident ischémique transitoire) antérieur.
- **« Le temps écoulé correspond à une perte de fonction cérébrale. » Néanmoins beaucoup de gens ne considèrent pas l'AVC comme une urgence médicale** : Les deux tiers des personnes victimes d'un AVC ischémique n'arrivent pas à un hôpital adéquatement préparé dans le créneau favorable pour un traitement optimal.
- **Quand les patients arrivent à l'hôpital, ils ne sont pas traités assez rapidement** : Ce ne sont que 40 % des patients arrivés en moins de 3,5 heures de l'apparition des symptômes qui sont soumis à une IRM ou TDM moins d'une heure après leur arrivée. Le délai médian porte-à-aiguille (arrivée à administration) pour le tPA était de 72 minutes.
- **La TéléAVC pourrait sauver des vies, mais son utilisation n'est pas assez répandue** : La TéléAVC est une technologie prometteuse en milieu rural et là où les hôpitaux sont plus petits. Néanmoins, moins de 1 % des patients avec AVC ont l'occasion d'en prendre avantage.
- **Les patients doivent avoir un plus grand accès à des unités d'AVC** : Cela n'est le cas que pour 23 % des patients avec AVC au Canada; ce chiffre est inférieur à ceux rapportés pour d'autres pays.⁵
- **Plusieurs autres aspects des soins pourraient être améliorés** : Il y a lieu de se préoccuper du faible taux de tests de la déglutition (50 %) documentés selon les dossiers des patients afin de dépister la dysphagie et du fait que 22 % seulement des hôpitaux inclus dans la vérification disaient être affiliés à une clinique de prévention secondaire.

¹ Statistique Canada, CANSIM Tableau 102-0529 : Décès, selon la cause, Chapitre IX : Maladies de l'appareil circulatoire (I00 à I99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (Nombre), 2000 à 2006. Date de diffusion : 4 mai 2010.

² Hootman J, Helmick CG, Theis KA, Brault MW, Armour BS. Prevalence and most common causes of disability among adults—United States, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2009;58:421–426.

³ 2009 *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, Agence de la santé publique du Canada

⁴ Une initiative conjointe du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et de la Fondation des maladies du cœur du Canada

⁵ Selon un rapport australien sur l'AVC, 50 % des patients étaient soignés dans une unité d'AVC en 2009/2010; le Sentinel Report (R.-U., 2010) avance le chiffre de 74 %.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

- **L'accès à une réadaptation appropriée est crucial, mais mal surveillé** : Les patients victimes d'un AVC modéré à grave (30 à 40 % de tous les cas) bénéficient le plus des soins de réadaptation dans des établissements spécialisés. Seulement 37 % des cas d'AVC modéré à grave, toutefois, sont transférés dans un établissement de réadaptation. Les renseignements sur la qualité des soins de réadaptation fournis aux patients hospitalisés et ambulants sont, règle générale, déficients..
- **Le Canada doit améliorer ses services pour l'AVC afin de réduire les décès, les handicaps et les coûts des soins de santé** : L'analyse économique réalisée en parallèle au rapport estime que des améliorations dans quatre domaines clés (prévention secondaire, thrombolyse, unités d'AVC et congé précoce avec soutien) éviteraient des coûts totaux cumulatifs de 36,1 milliards de dollars (15,4 en coûts directs et 20,7 en coûts indirects)⁶ de 2010 à 2031.⁷

RECOMMANDATIONS CLÉS :

Patients/Public :

- Réduisez vos risques d'AVC par un moins grand apport de sel dans vos aliments, la consommation régulière de fruits et de légumes, moins de gras dans votre alimentation, l'abandon du tabac et l'adoption d'un mode de vie actif.
- Connaissez les signes avant-coureurs et les symptômes de l'AVC : faiblesse soudaine, problèmes d'élocution soudains, problème de vision soudain, mal de tête soudain et intense, étourdissement soudain, particulièrement s'ils s'accompagnent d'autres symptômes. Si vous pensez être victime d'un AVC, APPELEZ le 9-1-1 et faites-vous conduire IMMÉDIATEMENT à l'hôpital en ambulance.
- Sachez à quoi vous attendre et quelles questions poser lors de votre séjour à l'hôpital et après. Le *Guide du patient sur les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* pourrait vous être très utile à cet égard (www.pratiquesoptimalesavc.ca).

Fournisseurs de soins :

- Mesurez la tension artérielle de vos patients régulièrement à chaque visite. Encouragez et soutenez vos patients dans l'adoption de modes de vie plus sains et faites un suivi périodique. Utilisez des outils d'évaluation du risque pour sensibiliser vos patients à leur risque d'être victime d'un AVC.
- Veillez à ce que des protocoles d'urgence pour l'AVC soient en place dans votre région sanitaire et organisez l'urgence pour qu'il soit possible d'atteindre un délai porte-à-aiguille de moins d'une heure pour les patients admissibles au tPA.
- Prenez avantage des initiatives de TéléAVC existantes dans votre province ou région sanitaire. Si la technologie existe, utilisez-la.
- Assurez-vous que tous les hôpitaux qui administrent le tPA disposent d'une unité d'AVC. S'il existe une unité d'AVC, veillez à ce qu'elle ait la capacité nécessaire pour traiter le volume d'AVC dans l'hôpital ou la région.
- Dressez avec vos patients leurs plans de réadaptation individuels. Documentez les approches suivies, y compris l'opportunité des soins et le type de réadaptation offert. Sachez quels services sont disponibles dans la communauté.
- Faites évaluer votre hôpital par Agrément Canada en vue d'obtenir son agrément de distinction pour vos services aux patients d'AVC, basés sur les pratiques optimales et des normes de soins définies.

⁶ Cost-Avoidance Associated with Optimal Care in Canada, May 2011, H. Krueger & Associates Inc.

⁷ L'échéancier 2010-2031 a été choisi parce que les projections de la population de Statistique Canada ne vont que jusqu'en 2031.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Décideurs :

- Continuez à encourager les modes de vie plus sains et la réduction des facteurs de risque par des politiques qui favorisent des choix alimentaires sains, un environnement sans tabac et l'activité physique.
- Mettez en œuvre périodiquement des campagnes de sensibilisation du public portant sur la connaissance des signes avant-coureurs de l'AVC, la réaction qu'il faut avoir à ces signes et le besoin de traiter l'AVC comme une urgence médicale.
- Appuyez la mise en œuvre à l'échelle nationale de la TéléAVC en éliminant les barrières qui entravent les consultations transprovinciales. Encouragez l'utilisation des réseaux de TéléAVC et utilisez ceux qui existent comme autant d'études de cas.
- Surveillez régulièrement la qualité des soins en vous servant des données de *La qualité des soins de l'AVC au Canada* comme repères.

Les Canadiens devraient être bien moins nombreux à mourir ou à être handicapés en raison d'un AVC puisque nous savons ce qu'il faut faire pour prévenir et traiter la maladie et assurer une meilleure récupération du patient. Ces connaissances existent, appliquons-les.



La qualité des soins de l'AVC au Canada

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Chapitre 1 : Introduction et objectifs	
1.1 Objectifs de <i>La qualité des soins de l'AVC au Canada</i>	8
1.2 Qu'entend-on par un AVC?	8
1.3 Stratégie canadienne de l'AVC	9
1.4 Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales	10
Chapitre 2 : Méthodologie	
2.1 Sources de données	12
2.2 Envergure de la vérification	12
2.3 Collecte de données	13
2.4 Analyse des données	13
2.5 Limites de la vérification	14
Chapitre 3 : Caractéristiques des hôpitaux et des patients inclus dans la vérification	
3.1 Caractéristiques des hôpitaux	16
3.2 Caractéristiques des patients	17
Chapitre 4 : Pratiques actuelles c. pratiques optimales : Soins préhospitaliers	20
Chapitre 5 : Pratiques actuelles c. pratiques optimales : Évaluation et soins précoces	
5.1 Évaluation à l'urgence et imagerie diagnostique	22
5.2 Thrombolyse en phase aiguë	23
5.3 Thérapie antiplaquettaire	24
5.4 TéléAVC	25
Chapitre 6 : Pratiques actuelles c. pratiques optimales : Prise en charge en phase aiguë	
6.1 Unités d'AVC	26
6.2 Dépistage de la dysphagie	28
6.3 Prévention secondaire	29
Chapitre 7 : Pratiques actuelles c. pratiques optimales : Réadaptation post-AVC	32
Chapitre 8 : Messages et recommandations clés	34
Annexe A : Renseignements provinciaux	
Annexe B : Analyse économique	
Glossaire	



La qualité des soins de l'AVC au Canada

Chapitre 1 INTRODUCTION ET OBJECTIFS

1.1 Objectifs de *La qualité des soins de l'AVC au Canada*

L'AVC est une des principales causes de décès⁸ et d'handicap chez les adultes.⁹ Il a de graves incidences pour l'individu atteint, sa famille et la société. Au Canada, 7,1 % des 65 à 74 ans vivent avec les séquelles d'un AVC.¹⁰ Chaque année, les patients d'AVC passent plus de 639 000 jours dans un hôpital de soins actifs et 4,5 millions de jours dans un établissement de soins pour bénéficiaires internes. Malgré le déclin des taux d'hospitalisation pour un AVC aigu constaté ces 10 dernières années, le vieillissement de la population et la prévalence accrue des facteurs de risque d'AVC laissent présager une croissance du nombre absolu d'accidents vasculaires cérébraux au cours de 20 prochaines années.¹¹

Nonobstant l'impact de l'AVC, il n'y a jamais eu d'étude exhaustive de la qualité des soins de l'AVC au Canada. C'est à cela qu'a voulu remédier le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires en procédant à une vérification d'un échantillon aléatoire représentatif de dossiers médicaux de patients d'AVC hospitalisés, enrichie de données tirées des banques nationales sur la santé, en vue de produire le premier rapport sur *La qualité des soins de l'AVC au Canada*. Les buts poursuivis sont :

- de comparer les pratiques actuelles aux *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*;
- de déterminer les écarts dans les soins de l'AVC, y compris au chapitre de leur coordination;
- de souligner l'impact économique et social qu'a une prestation améliorée de soins pour l'AVC et
- de formuler des recommandations visant à améliorer les soins de l'AVC.

1.2 Qu'entend-on par un AVC?

L'AVC est causé soit par l'interruption de l'approvisionnement en sang du cerveau (l'AVC ischémique), soit par la rupture d'une artère suivie d'un épanchement de sang dans le cerveau ou autour du cerveau (l'AVC hémorragique intracérébral ou subarachnoïdien, HI ou HS). Environ 80 % des AVC sont ischémiques.¹²

Souvent les symptômes passagers d'un accident ischémique transitoire (l'AIT) précèdent un AVC grave. Une personne qui a subi un ou plusieurs AIT est presque 10 fois plus à risque d'un AVC qu'une personne du même sexe et du même âge qui n'a pas éprouvé les mêmes symptômes.¹³ Malheureusement les AIT

⁸ Statistique Canada, CANSIM Tableau 102-0529 : Décès, selon la cause, Chapitre IX : Maladies de l'appareil circulatoire (I00 à I99), le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel (Nombre), 2000 à 2006. Date de diffusion : 4 mai 2010.

⁹ Hootman J, Helmick CG, Theis KA, Brault MW, Armour BS. Prevalence and most common causes of disability among adults—United States, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2009;58:421–426.

¹⁰ 2009 *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, Agence de la santé publique du Canada

¹¹ 2009 *Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*, Agence de la santé publique du Canada :

« Chez les adultes (plus de 20 ans), neuf personnes sur dix présentent au moins un des facteurs de risque suivants : tabagisme, inactivité physique, consommation de légumes et de fruits inférieure aux apports quotidiens recommandés, stress, surcharge pondérale ou obésité, hypertension artérielle et diabète. Deux adultes sur cinq présentent au moins trois de ces facteurs de risque. »

¹² Source : Fondation des maladies du cœur du Canada

¹³ American Stroke Association www.strokeassociation.org

La qualité des soins de l'AVC au Canada

ne sont souvent ni diagnostiqués ni signalés. Des études canadiennes démontrent qu'une évaluation et un suivi rapides de l'AIT peuvent prévenir un AVC majeur.¹⁴

Aucune thérapie efficace pour l'AVC ischémique en phase aiguë n'existait avant la fin des années 1990. Ce n'est qu'en 1999 qu'était approuvé au Canada un médicament thrombolytique (qui dissout les caillots sanguins) : l'activateur tissulaire du plasminogène (tPA). Ce dernier permettait pour la première fois d'envisager l'AVC ischémique comme une urgence potentiellement traitable. Aussitôt l'accent a été mis sur l'arrivée rapide des patients à l'hôpital pour qu'une tomodensitométrie du cerveau permette d'établir si l'administration de tPA était indiquée. Le médicament, quant à lui, doit être administré par des professionnels qui ont reçu une formation appropriée, car il n'est pas sans risques. Par exemple, une préoccupation importante est la survenue possible d'un épanchement de sang dans le cerveau après l'AVC ischémique (c'est-à-dire d'une hémorragie intracérébrale après l'administration du tPA). Les premières lignes directrices recommandaient un créneau favorable maximal de trois heures après l'apparition des symptômes pour l'administration du tPA. Des études récentes ont élargi la période propice pour le tPA jusqu'à 4,5 heures.¹⁵ Par ailleurs, des études ont aussi indiqué que l'efficacité du tPA baisse en fonction du délai et que plus il est administré précocement, mieux cela vaut.¹⁶

Selon les recherches sur la prise en charge optimale des patients après la phase aiguë de l'AVC, les patients soignés dans une unité d'AVC spécialisée sont significativement plus susceptibles de survivre et d'obtenir de meilleurs résultats de santé que ceux soignés dans une unité de médecine générale.¹⁷ La gravité de l'AVC et les besoins précoces en réadaptation de tous les patients d'AVC devraient être évalués, car il faudrait dès que possible procéder à la réadaptation dans un cadre actif et stimulant. Les patients d'AVC qui ont reçu leur congé de l'hôpital devraient avoir accès à des soins spécialisés et à des services de réadaptation à la hauteur de leurs besoins. Puisque la majorité d'entre eux retourneront chez eux, leurs familles et aidants doivent être informés, formés et soutenus émotionnellement, et aussi, avoir accès à des ressources communautaires.¹⁸

1.3 Stratégie canadienne de l'AVC

Le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et la Fondation des maladies du cœur du Canada ont lancé une initiative visant à améliorer les soins de l'AVC en 2005. Inspirée de l'initiative fort réussie entreprise en Ontario, la Stratégie canadienne de l'AVC a mobilisé les intervenants clés dans chaque province afin que les résultats probants de la recherche soient adoptés dans la pratique clinique et intégrés dans le système de santé.

Des groupes de travail œuvrant au niveau national ont préparé des outils et des programmes qui pouvaient être utilisés à l'échelle du Canada. Ceci a mené à la création des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (voir ci-dessous), de nouveaux programmes de formation pour les professionnels de la santé, d'indicateurs de rendement pour surveiller la qualité des soins et de campagnes de sensibilisation aux signes avant-coureurs et symptômes de l'AVC.

À l'aide de ces ressources, chaque province et territoire a déterminé ses priorités et son approche unique ainsi que créé ses ressources individuelles. L'Annexe A résume les réalisations dans chaque province et

¹⁴ Source : Stroke Trials Registry (www.strokecenter.org/trials): *Fast Assessment of Stroke and Transient ischemic attack to prevent Early Recurrence - Pilot Study*

¹⁵ Thrombolytic therapy for acute ischemic stroke beyond three hours. *J Emerg Med.* 2011 Jan;40(1):82-92. Epub 2010 Jun 25.

¹⁶ Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. *Lancet.* 2010 May 15;375(9727):1695-703.

¹⁷ Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD000197.

¹⁸ *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC 2010*

La qualité des soins de l'AVC au Canada

les priorités pour les années à venir. Malgré les progrès importants au chapitre de l'amélioration des soins de l'AVC accomplis au Canada, beaucoup reste à faire. *La qualité des soins de l'AVC au Canada* arrive donc à point nommé. Il faut espérer qu'il servira à déterminer les priorités pour des investissements dans les soins de l'AVC et à confirmer l'importance que revêt la surveillance de la qualité de ces soins pour le bénéfice de tous les Canadiens.

1.4 Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC

Les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (www.pratiquesoptimalesavc.ca) décrivent les pratiques reconnues comme étant en mesure de réduire les décès et les handicaps ainsi que les coûts des soins de santé.

Elles présentent un ensemble de pratiques fondées sur l'expérience clinique pour la prévention et les soins médicaux de l'AVC et la réadaptation et la récupération post-AVC. Elles ont été formulées par un groupe national de spécialistes du domaine et traitent de sujets tels que la prise en charge de la tension artérielle, l'imagerie du cerveau, la réadaptation du patient hospitalisé, parmi d'autres.

Les recommandations initiales ont vu le jour en 2006, puis ont été mises à jour en 2008 et à nouveau en 2010, alors que pour la première fois un site Web conçu expressément permet un accès convivial aux dernières données probantes revues par les pairs et des mises à jour plus opportunes.

Les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* sont maintenant utilisées à l'échelle du pays. En 2010, Agrément Canada et le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires annonçaient un agrément de distinction pour les services de soins pour l'AVC attribué aux établissements de santé qui se conforment aux recommandations.

Aux fins de *La qualité des soins de l'AVC au Canada*, les pratiques actuelles au Canada ont été évaluées à l'aune des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*.



La qualité des soins de l'AVC au Canada

CHAPITRE 2 MÉTHODOLOGIE

2.1 Sources de données

La qualité des soins de l'AVC au Canada s'appuie sur trois principales sources de données :

1. **Un examen à l'échelle nationale (ou « vérification ») des dossiers médicaux de patients admis à l'hôpital en raison d'un AVC**, soit une collecte de données à partir d'un échantillon aléatoire de patients d'AVC adultes admis dans un hôpital de soins actifs entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2009 (voir plus de détails dans les sections 2.2 à 2.5).
2. **L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)** et notamment des données tirées de sa Base de données sur les congés des patients (BDGP) et son Système national d'information sur la réadaptation de patients hospitalisés (SNIR) ont servi à la préparation de *La qualité des soins de l'AVC au Canada*. L'ICIS est une société sans but lucratif autonome qui fournit des renseignements essentiels sur le système de santé canadien et la santé des Canadiens.
3. **Une analyse économique d'évitement des coûts**, réalisée par Hans Krueger de la firme H. Krueger & Associates Inc. afin d'évaluer l'impact économique d'une prestation optimale de certains aspects des soins de l'AVC, est mentionnée d'un bout à l'autre du rapport (voir le résumé en Annexe B).

La majorité des données qui figurent dans *La qualité des soins de l'AVC au Canada* sont issues de la vérification de dossiers médicaux de patients d'AVC. Lorsqu'elles proviennent d'autres sources, ces dernières sont indiquées. Par exemple, puisque la vérification ciblait principalement les soins actifs, certains renseignements en matière de réadaptation (voir le chapitre 7) sont tirés du SNIR.

2.2 Envergure de la vérification

La vérification nationale portait sur un échantillon aléatoire de patients d'AVC adultes (18 ans et plus) admis en raison d'un AVC ou AIT dans un hôpital de soins actifs entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2009. Pour déterminer l'échantillon, chaque ministère de la Santé a fourni une liste complète des hôpitaux et du volume de patients d'AVC admis dans ces hôpitaux en 2008-2009. Les hôpitaux ayant admis moins de 20 cas d'AVC en une année tout comme les hôpitaux spécialisés en pédiatrie et santé mentale ont été exclus de la vérification. Les hôpitaux des trois territoires n'ont pas été inclus à cause du faible nombre de patients d'AVC admis.

Un échantillon aléatoire simple d'environ 20 % des patients d'AVC a été établi pour chaque hôpital participant. Dans les hôpitaux plus petits on a procédé au suréchantillonnage afin qu'au moins 10 dossiers soient vérifiés dans n'importe quel hôpital. Dans les provinces où le volume d'admission provincial annuel était inférieur à 1 500 cas d'AVC, tous les dossiers de patients admissibles ont été vérifiés.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

2.3 Collecte de données

La collecte des données pour la vérification a été réalisée par 51 fournisseurs de soins de santé ayant reçu une formation à cette fin, principalement des infirmières et des professionnels de la réadaptation qui avaient déjà travaillé avec des patients souffrant d'AVC. Les personnes chargées d'extraire les données n'ont vérifié que des dossiers de la province dans laquelle elles résident.

Les données recueillies avaient précisément pour but de calculer les indicateurs de rendement établis par la Stratégie canadienne de l'AVC, notamment l'heure de l'apparition des symptômes, la rapidité de l'intervention des services médicaux d'urgence, les soins reçus à l'urgence, les soins donnés aux patients d'AVC aigu hospitalisés et les renseignements relatifs au congé de l'hôpital de soins actifs.

Les données étaient saisies à l'aide d'un logiciel de vérification Microsoft Access conçu à cet effet par le Registre du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires (www.rcsn.org). La validité des données est assurée par les vérifications des limites et de la logique incorporées dans le logiciel. Les données ont été anonymisées et chiffrées avant d'être transmises électroniquement à un serveur au bureau national du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires.

Afin que la vérification soit conforme à la réglementation applicable en matière d'éthique de la recherche et de protection des renseignements personnels, les approbations provinciales, régionales et locales afférentes ont été obtenues pour tous les hôpitaux participants. Dans chaque province, région sanitaire et, parfois, hôpital participant, une évaluation des facteurs relatifs à la vie privée a été effectuée dans le but d'assurer que la vérification respecte les exigences des autorités en la matière.

2.4 Analyse des données

Dans chaque province, un échantillon aléatoire d'au moins 10 dossiers médicaux a été réintroduit afin d'évaluer la précision de la saisie. Les cas où plus de 30 % des données faisaient défaut ont été éliminés tout comme ceux pour lesquels le diagnostic de la cause la plus responsable n'était pas documenté. Après cette étape, 9 588 cas parmi les 10 130 originaux restaient disponibles pour l'analyse.

On a calculé tant des mesures nationales de la qualité des soins que des taux et des proportions d'ensemble. Les mesures de rendement clés ont été calculées pour les provinces, sans effectuer des comparaisons entre les statistiques des provinces (voir l'explication en Annexe A). Les analyses provinciales étaient fondées sur l'emplacement de l'établissement traitant et non sur la province de résidence des patients.

Un ajustement statistiquement pondéré a été appliqué aux résultats de la vérification en fonction du volume de cas et du nombre de dossiers de patients dans l'échantillon. Le poids attribué à un dossier médical était inversement proportionnel à la probabilité que ce dossier soit choisi pour être inclus dans l'étude. Cette pondération avait pour but d'éviter le biais possible dû à un échantillonnage inégal et d'assurer que les résultats étaient représentatifs des soins de l'AVC à l'échelle des hôpitaux.

Les analyses ont toutes été effectuées à l'aide du logiciel SAS, version 9.2.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

2.5 Limites de la vérification

- Les données de la vérification et celles acquises de l'ICIS portent sur les patients d'AVC admis dans les hôpitaux. Ceci risque de sous-estimer considérablement l'incidence véritable de l'AVC et de l'AIT au Canada, puisque de nombreux patients présentant soit une AIT ou un AVC mineur peuvent avoir été vus à l'urgence ou aiguillés vers des services de santé communautaire sans avoir été admis dans un hôpital.
- Au Manitoba, seules deux des 11 régions sanitaires ont participé à la vérification, soit celles de Winnipeg et de Brandon. Les résultats de la vérification en ce qui concerne le Manitoba sous-estiment le nombre de patients d'AVC soignés et doivent, pour la plupart, être interprétés avec circonspection puisque les données incluses proviennent uniquement des plus grands établissements régionaux universitaires.
- Puisque seuls les hôpitaux qui avaient admis en une année au moins 20 cas d'AVC figurent dans la vérification, la qualité des soins fournis pour l'AVC dans les hôpitaux plus petits en milieu rural et éloigné n'a pu être évaluée dans cette étude.
- Les cas d'AVC pédiatrique n'ont pas été inclus dans la vérification.
- Comme il s'agit de la première vérification de l'AVC réalisée à l'échelle nationale, il n'existe pas de données historiques permettant d'effectuer des comparaisons. Nous osons espérer que les résultats présentés ici serviront de données de référence à de futures initiatives de surveillance et de mesure de l'amélioration de la qualité des soins pour l'AVC au Canada.



La qualité des soins de l'AVC au Canada

Chapitre 3

CARACTÉRISTIQUES DES HÔPITAUX ET DES PATIENTS INCLUS DANS LA VÉRIFICATION

3.1 Caractéristiques des hôpitaux inclus dans la vérification

Des 624 hôpitaux potentiellement admissibles (soit ceux ayant admis des patients d'AVC en 2008-2009), 295 ont participé à la vérification (Tableau 1). La raison pour laquelle la plupart des hôpitaux ont été exclus était le faible volume de patients. Il y a lieu de rappeler que neuf hôpitaux admissibles au Manitoba n'ont pas participé puisque la collecte de données dans la province était limitée à deux régions sanitaires.

Les 624 hôpitaux admissibles ont admis 43 651 patients d'AVC en 2008-2009. Parmi ces patients, 22 % (9 588 patients) faisaient partie de l'échantillon vérifié. Après pondération, l'échantillon représentait 38 210 cas (88 % de tous les cas d'AVC au Canada).¹⁹

Tableau 1. Nombre d'hôpitaux ayant admis des cas d'AVC en 2008-2009, d'hôpitaux participants et de dossiers de patients inclus dans la vérification, par province

	Nombre total d'hôpitaux ayant admis des patients d'AVC	Nombre d'hôpitaux participant à la vérification	Échantillon pondéré de patients d'AVC inclus dans la vérification
BC	81	46	5 446
AB	88	22	3 194
SK	61	13	1 385
MB ²⁰	57	7	1 030
ON	145	103	15 076
QC	101	66	8 773
NB	22	12	1 293
NS	32	12	1 108
PE	7	4	239
NL	30	10	666
Total	624	295	38 210

Aux fins de la vérification, les hôpitaux ont été classés Centre de soins complets de l'AVC et Centre de soins incomplets de l'AVC. Un Centre complet de soins de l'AVC est défini comme étant un centre qui dispose des trois moyens suivants :

1. imagerie du cerveau,²¹
2. tPA et
3. unité d'AVC.

¹⁹ Une pondération statistique a été appliquée pour éviter le biais possible d'un échantillonnage inégal et assurer que les estimations sont représentatives de la population canadienne.

²⁰ Nota : neuf hôpitaux admissibles au Manitoba n'ont pas participé à la vérification.

²¹ Tomodensitométrie (TDM) ou imagerie par résonance magnétique (IRM)

La qualité des soins de l'AVC au Canada

L'hôpital auquel il manque un de ces services était catalogué Centre de soins incomplets de l'AVC. Parmi les hôpitaux inclus dans la vérification, 52 (18 %) étaient des Centres de soins complets de l'AVC (Tableau 2). Globalement, 41 % des patients inclus dans la vérification étaient admis dans un Centre de soins complets de l'AVC (Tableau 2).

Tableau 2. Nombre de Centres de soins complets de l'AVC et pourcentage des patients inclus dans la vérification admis dans de tels centres, par province, en 2008-2009

	Nombre d'hôpitaux vérifiés	Nombre de Centres de soins complets de l'AVC parmi les hôpitaux vérifiés	% des patients vérifiés admis dans des Centres de soins complets de l'AVC
BC	46	6	33 %
AB	22	6	75 %
SK	13	1	23 %
MB ²²	7	0	0 %
ON	103	23	48 %
QC	66	7	28 %
NB	12	4	62 %
NS	12	4	56 %
PE	4	0	0 %
NL	10	1	15 %
Total	295	52 (18 %)	41 %

3.2 Caractéristiques des patients inclus dans la vérification

L'échantillon de patients était également réparti selon le sexe (Tableau 3) et également quant aux différents types d'AVC selon le sexe, sauf pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne, plus fréquente chez les femmes (60 % c. 40 %). Les deux tiers des AVC étaient subis par des personnes ayant plus de 70 ans, et apparaissaient plus tôt chez les hommes (Figure 1). Les personnes ayant plus de 60 ans étaient plus susceptibles d'avoir un AIT (Figure 1). Près des deux tiers (63 %) des patients dans l'échantillon étaient victimes d'un AVC ischémique (Tableau 4). Dans un petit nombre de cas (4 %) il s'est avéré impossible de déterminer le type d'AVC à partir du dossier médical du patient.

Tableau 3. Type d'AVC par sexe du patient inclus dans la vérification, Canada 2008-2009

	AVC ischémique	AIT	Hémorragie intracérébrale	Hémorragie sous-arachnoïdienne	AVC non déterminé	Total
Nombre de patients	24 191	6 510	4 035	1 944	1 530	38 210
% des AVC totaux	63 %	17 %	11 %	5 %	4 %	100 %
% chez les femmes	49 %	51 %	47 %	60 %	51 %	50 %
% chez les hommes	51 %	49 %	53 %	40 %	49 %	50 %

²² Nota : neuf hôpitaux admissibles au Manitoba n'ont pas participé à la vérification.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Figure 1. Incidence de l'AVC chez les patients inclus dans la vérification, par âge et sexe, Canada 2008-2009

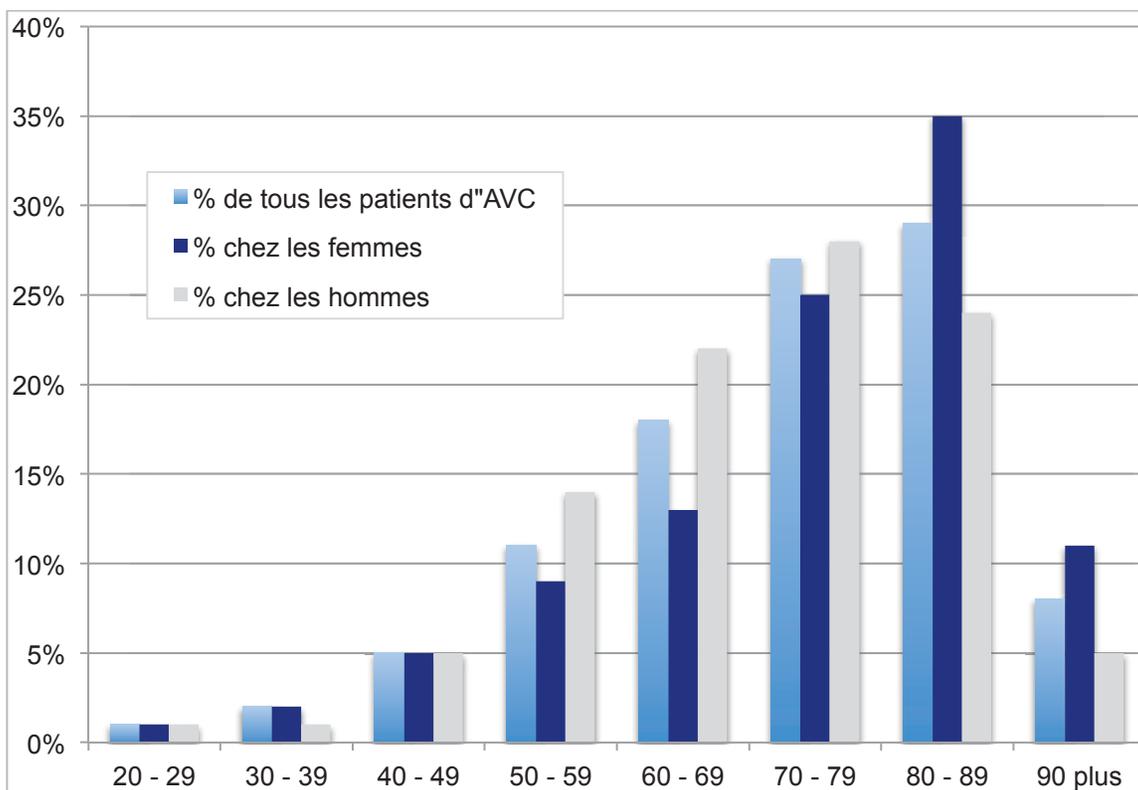


Tableau 4. Incidence de l'AVC chez les patients inclus dans la vérification par âge et type d'AVC, Canada 2008-2009

Type d'AVC	Groupe d'âge								
	Total	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90+
AVC ischémique	63 %	56 %	54 %	54 %	56 %	61 %	66 %	66 %	68 %
AIT	17 %	7 %	7 %	12 %	14 %	17 %	18 %	19 %	18 %
Hémorragie intracérébrale	11 %	17 %	16 %	11 %	12 %	12 %	10 %	10 %	7 %
Hémorragie subarachnoïdienne	5 %	16 %	19 %	20 %	15 %	6 %	2 %	1 %	1 %
Non déterminé	4 %	4 %	4 %	3 %	3 %	4 %	4 %	4 %	6 %
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Le dossier médical documentait une hypertension artérielle chez la majorité des patients inclus dans la vérification, alors que plus d'un quart étaient des fumeurs, près d'un quart étaient atteints de diabète et plus d'un tiers avaient subi un AVC ou un AIT antérieur (Tableau 5).

Tableau 5. Antécédents médicaux des patients inclus dans la vérification, Canada 2008-2009

Antécédents médicaux	% des patients inclus dans la vérification présentant le facteur de risque
AVC antérieur	22 %
AIT antérieur	13 %
Hypertension	64 %
Diabète	24 %
Usage actuel et à vie de tabac ²³	27 %
Fibrillation auriculaire	16 %
Coronaropathie	25 %

²³ Il y a lieu de noter que les renseignements sur la consommation de tabac ne figuraient pas au dossier de 25 % des patients; ce facteur de risque est souvent sous-déclaré.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Chapitre 4

Pratiques actuelles c. pratiques optimales : SOINS PRÉHOSPITALIERS

PRINCIPALES CONSTATATIONS

30 % des patients d'AVC n'arrivent pas à l'hôpital en ambulance.

39 % de tous les patients avec AVC sont arrivés à l'hôpital plus de 12 heures après l'apparition des symptômes.

Les deux tiers des patients avec AVC ischémique sont admis trop tard à l'hôpital pour recevoir les soins optimaux.

PRATIQUES OPTIMALES

Les Canadiens doivent être sensibilisés aux signes avant-coureurs et symptômes de l'AVC. Un AVC est une attaque cérébrale. Il se manifeste soudainement et ses symptômes peuvent être passagers. Les principaux signes avant-coureurs sont l'apparition soudaine (1) de difficultés d'élocution ou la perte de la parole; (2) la perte soudaine de la vision dans un œil ou d'un côté du champ visuel et (3) une soudaine faiblesse ou perte de la force des muscles du visage, du bras ou de la jambe. Parmi d'autres symptômes, mentionnons une perte de la sensibilité du visage, du bras ou de la jambe, un mal de tête soudain et inhabituel et la perte de l'équilibre ou une sensation de vertige, particulièrement si ces derniers sont accompagnés d'un des trois autres signes avant-coureurs.

La gravité des lésions est fonction du temps qui s'est écoulé depuis la survenue de l'AVC. Le temps écoulé correspond à une perte de fonction cérébrale. Le créneau favorable à un traitement efficace en vue de réduire les lésions au cerveau est bref : 4,5 heures après les premiers signes. Durant ce créneau, l'efficacité potentielle du traitement décroît au fur et à mesure que le temps s'écoule.

Les personnes qui éprouvent soudainement les signes avant-coureurs d'un AVC devraient les considérer comme annonçant une urgence médicale. Ils devraient immédiatement appeler le 9-1-1. Ils ne devraient pas attendre de voir un médecin de famille, se coucher en espérant que cela passera ou conduire leur auto pour se rendre à l'hôpital. Un appel aux Services médicaux d'urgence s'impose puisque cela peut accélérer l'arrivée à l'hôpital. Par ailleurs, le transport par ambulance augmente les chances que le patient soit conduit à un hôpital qui est en mesure de fournir des soins d'urgence pour l'AVC (notamment l'imagerie requise et le tPA) et que l'hôpital soit averti de l'arrivée du patient et se prépare à l'accueillir.

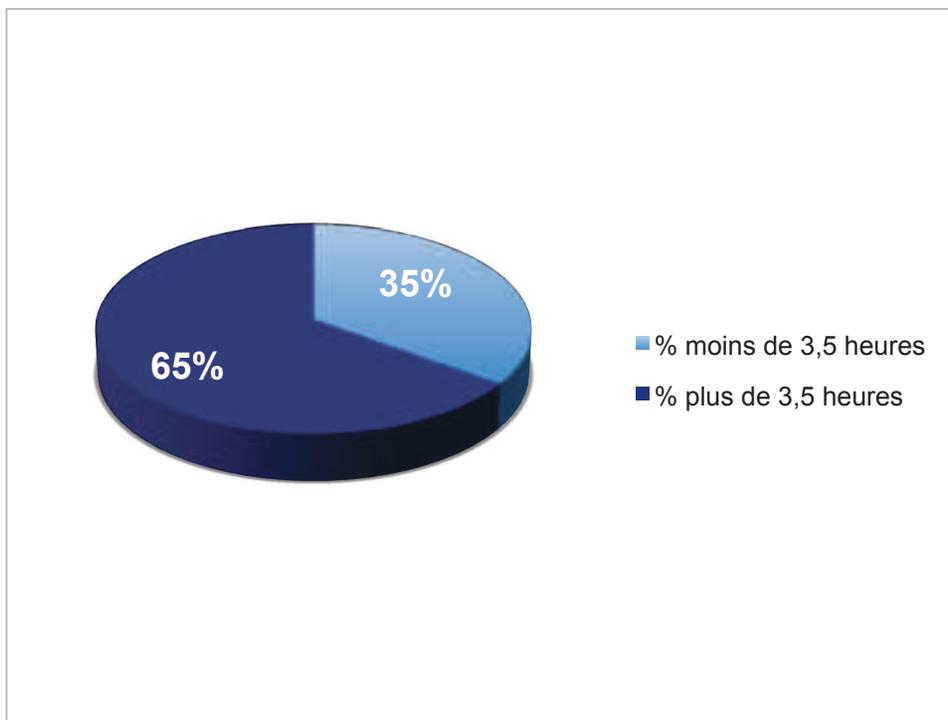
PRATIQUES ACTUELLES

Globalement parlant, 70 % des patients avec AVC arrivent en ambulance à l'hôpital ce qui signifie que 30 % n'ont pas bénéficié des protocoles d'urgence possibles les dirigeant vers l'établissement de soins approprié.

Le délai médian avant l'arrivée à l'hôpital était de 7 heures après l'apparition des symptômes. La plupart n'arrivent donc pas dans le créneau favorable à l'administration des soins. En fait, 39 % de tous les patients avec AVC arrivent à l'hôpital plus de 12 heures après l'apparition des symptômes. Seuls 35 % arrivent en moins de 3,5 heures (Figure 2).

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Figure 2. Délai entre l'apparition des symptômes et l'arrivée à l'hôpital des patients inclus dans la vérification (n=38 210), Canada 2008-2009



La qualité des soins de l'AVC au Canada

Chapitre 5

Pratiques actuelles c. pratiques optimales : ÉVALUATION ET SOINS PRÉCOCES

5.1 Évaluation à l'urgence et imagerie diagnostique

PRINCIPALES CONSTATATIONS

Seuls 22 % de tous les patients avec AVC sont soumis à une tomodensitométrie dans l'heure de leur arrivée.

Parmi les patients arrivant moins de 3,5 heures après l'apparition des symptômes, 40 % ont été soumis à une TDM en moins d'une heure.

PRATIQUES OPTIMALES

À son arrivée à l'urgence, le patient devrait rapidement être évalué et subir une imagerie du cerveau (IRM ou TDM) afin de déterminer le type et la nature de l'AVC et le traitement approprié, y compris l'admissibilité au tPA.²⁴ Cette démarche devrait être terminée moins de 60 minutes après l'arrivée.

PRATIQUES ACTUELLES

Globalement parlant, 22 % des patients sont soumis à une imagerie du cerveau dans l'heure de leur arrivée à l'hôpital (Tableau 6). Parmi les patients arrivant en moins de 3,5 heures de l'apparition des symptômes (n=13 533), pour lesquels l'imagerie du cerveau est d'une importance cruciale, 40 % seulement étaient soumis à une IRM ou TDM moins d'une heure après leur arrivée à l'hôpital.

Dans les premières 24 heures, environ le tiers des patients n'avaient pas été soumis à une imagerie du cerveau et seulement 45 % de ceux qui avaient eu une hémorragie sous-arachnoïdienne avaient été soumis à une imagerie du cerveau (Tableau 6). Ces soins sous-optimaux surprennent au Canada où l'IRM et la TDM sont largement disponibles dans les grands hôpitaux. Cela s'expliquerait si l'heure de l'imagerie était mal documentée ou par des délais avant d'envisager cet outil diagnostique. Il y a lieu de noter qu'au congé presque tous les patients (97 %) avaient été soumis à une imagerie du cerveau.

Tableau 6. Délai entre l'arrivée à l'hôpital et la TDM ou l'IRM des patients inclus dans la vérification, Canada 2008-2009

	Imagerie en moins d'une heure de l'arrivée à l'hôpital	Imagerie en moins de 24 heures de l'arrivée à l'hôpital	Imagerie avant le congé de l'hôpital
Tous les patients avec AVC ou AIT	22 %	69 %	97 %
AVC ischémique	25 %	72 %	99 %
Hémorragie intracérébrale	29 %	69 %	99 %
Hémorragie sous-arachnoïdienne	16 %	45 %	99 %
Accident ischémique transitoire	13 %	69 %	94 %

²⁴ IRM = imagerie par résonance magnétique ; TDM = tomodensitométrie

La qualité des soins de l'AVC au Canada

5.2 Thrombolyse en phase aiguë

PRINCIPALES CONSTATATIONS

8 % des patients avec AVC ischémique ont reçu du tPA.

30 % des patients avec AVC ischémique ont été admis dans des hôpitaux n'administrant pas le tPA.

12 % des patients avec AVC ischémique admis dans un hôpital en mesure d'offrir le tPA en ont reçu.

Dans deux tiers des cas, cela a pris plus d'une heure après l'arrivée à l'hôpital pour administrer le tPA.

PRATIQUES OPTIMALES

Après l'évaluation initiale, les patients avec AVC ischémique qui peuvent être soignés en moins de 4,5 heures après l'apparition des symptômes devraient être évalués afin de déterminer s'ils sont des candidats à l'administration du tPA.²⁵ Il y a lieu de noter que certains patients seront jugés inadmissibles à cause d'autres considérations cliniques, par exemple la prise de certains médicaments.

PRATIQUES ACTUELLES

Globalement parlant, 8 % des patients diagnostiqués victimes d'un AVC ischémique ont reçu du tPA tout comme 22 % d'entre eux qui sont arrivés à l'hôpital moins de 3,5 heures après l'apparition des symptômes (34 % des patients avec AVC ischémique).

Parmi les hôpitaux inclus dans la vérification, 151 (51 %) offrent le tPA. Ces hôpitaux ont admis 70 % des patients avec AVC ischémique et ont administré du tPA à 11,8 % d'entre eux.

Quant aux patients qui ont reçu du tPA, la grande majorité l'ont reçu dans le créneau recommandé de 4,5 heures après l'apparition des symptômes (Figure 3). Les taux de complications sont comparables à ceux rapportés dans la littérature.

Le délai porte-à-aiguille (arrivée à administration) dans les deux tiers des cas traités au tPA était supérieur à une heure; délai médian : 72 minutes (Tableau 7).

Selon l'analyse économique un meilleur taux de thrombolyse réduirait le nombre des hospitalisations ce qui se traduit par un évitement annuel de coûts directs de 13,6 millions de dollars et une épargne indirecte de 5,2 millions de dollars.

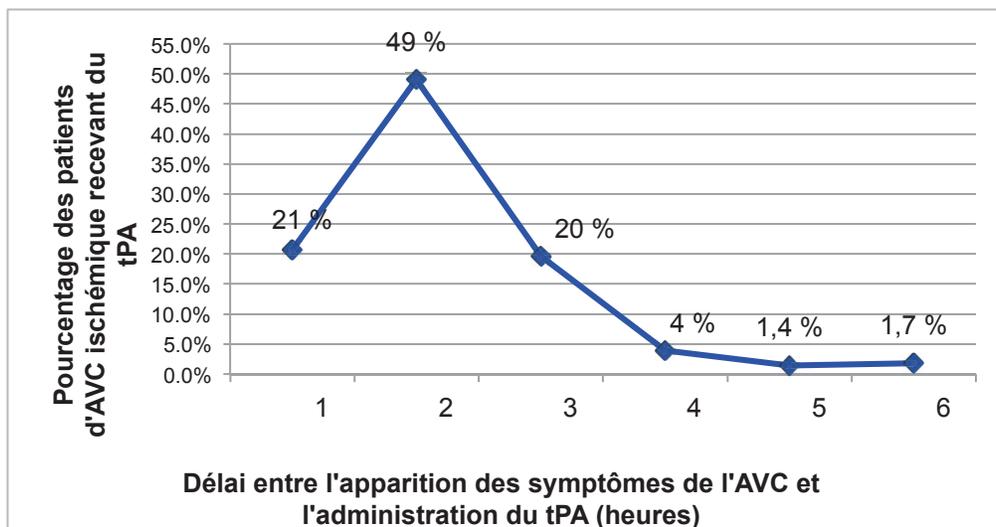
Tableau 7. Délai porte (arrivée) à aiguille (administration du tPA) pour les patients avec AVC ischémique inclus dans la vérification qui ont reçu du tPA, Canada 2008-2009

Porte-à-aiguille	% des patients traités (n=2 009)
≤ 1 heure	34 %
> 1 heure	66 %
Délai médian (minutes)	72

²⁵ L'administration du tPA inclut la thrombolyse de tout type, par dispositif intra-artériel ou d'injection ou par intraveineuse.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Figure 3. Délai entre l'apparition des symptômes d'AVC et l'administration du tPA chez les patients avec AVC ischémique inclus dans la vérification qui ont reçu du tPA (n=2 009)



5.3 Thérapie antiplaquettaire

PRINCIPALES CONSTATATIONS

Près du tiers des patients avec AVC ischémique et AIT diagnostiqués ne reçoivent pas d'antiplaquetitaires.

PRATIQUES OPTIMALES

Tous les patients avec AVC ischémique aigu et AIT devraient recevoir des antiplaquetitaires (habituellement de l'acide acétylsalicylique - AAS ou Aspirine^{MC} - ou du PLAVIX^{MC}) immédiatement après l'apparition des symptômes, lorsque l'imagerie du cerveau a exclu la présence d'hémorragie intracrânienne. Il est recommandé d'administrer des antiplaquetitaires en moins de 48 heures après l'apparition des symptômes pour réduire le risque de récurrence. À long terme, un traitement aux antiplaquetitaires réduit le risque d'AVC ischémique, d'infarctus du myocarde et de décès d'origine vasculaire.

PRATIQUES ACTUELLES

Une thérapie antiplaquettaire a été prescrite à 70 % des patients victimes d'un épisode ischémique moins de 24 heures après l'arrivée à l'hôpital (Tableau 8). Il faut se rappeler que seulement 69 % des patients ont subi une imagerie du cerveau après 24 heures et qu'une IRM/TDM est recommandée avant l'administration d'antiplaquetitaires. Cela pourrait expliquer en partie pourquoi tous les patients avec AVC ischémique n'ont pas reçu des antiplaquetitaires au cours des deux premiers jours après leur arrivée à l'hôpital.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Tableau 8. Patients inclus dans la vérification recevant des antiplaquettaires moins de 48 heures après leur arrivée à l'hôpital, Canada 2008-2009

	% recevant des antiplaquettaires moins de 48 heures après l'arrivée à l'hôpital
Tous les patients avec AVC ischémique et AIT	70 %
Patients avec AVC ischémique	66 %
Patients avec accident ischémique transitoire	82 %

5.4 TéléAVC

PRINCIPALES CONSTATATIONS

La capacité de fournir des soins par TéléAVC est concentrée en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique.

La consultation par TéléAVC n'a été utilisée que pour moins de 1 % des patients inclus dans la vérification, cette technologie est manifestement sous-utilisée.

PRATIQUES OPTIMALES

Par TéléAVC il faut entendre l'utilisation des télécommunications pour relier l'établissement traitant avec un centre de soins de santé consulté afin d'effectuer en temps réel l'évaluation d'un patient avec AVC et de décider de sa prise en charge. Cette technologie est utilisée principalement afin d'élargir l'accès à la thrombolyse à des établissements de soins de santé qui ne disposent pas d'expertise en AVC 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il faudrait mettre en place des réseaux de TéléAVC partout où des établissements de soins actifs ne disposent pas de l'expertise requise pour permettre en tout temps d'évaluer les patients avec AVC en phase aiguë et d'administrer du tPA conformément aux lignes directrices actuelles. La TéléAVC peut également être utilisée dans la phase post-aiguë pour accéder à d'autres spécialistes tels les professionnels de la réadaptation.

PRATIQUES ACTUELLES

Parmi les hôpitaux inclus dans la vérification, 24 % (72 des 295) ont indiqué disposer de capacité de TéléAVC; la grande majorité (59 hôpitaux) sont situés en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique. Ayant été un précurseur de l'utilisation de la TéléAVC en l'adoptant en 2002, l'Ontario a franchi le cap du 1 000^e patient soigné par TéléAVC en juin 2009. Dans l'échantillon de la vérification, seuls 0,9 % (n=343) des patients admis ont bénéficié d'une consultation par TéléAVC en phase aiguë; 91 % d'entre eux en Ontario ou en Alberta.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Chapitre 6

Pratiques actuelles c. pratiques optimales : PRISE EN CHARGE EN PHASE AIGUË

6.1 Unités d'AVC

PRINCIPALES CONSTATATIONS

77 % des patients avec AVC ne sont pas soignés dans une unité d'AVC.

Même dans les centres disposant d'unités d'AVC, 47 % des patients avec AVC ne sont pas admis dans l'unité d'AVC.

L'utilisation optimale des unités d'AVC pourrait permettre d'éviter des coûts annuels de 216,7 millions de dollars.

PRATIQUES OPTIMALES

Il est important que le patient avec AVC admis à l'hôpital reçoive des soins qui visent sa récupération, évitent les complications et préviennent une récurrence. Un moyen efficace pour obtenir ces résultats consiste à fournir les soins dans une unité d'AVC qui est dotée d'une équipe interprofessionnelle de spécialistes en AVC. Une unité d'AVC est une unité d'hôpital géographiquement définie et spécialisée dans la prise en charge de patients avec AVC. Les soins en unité d'AVC réduisent la probabilité de décès et d'handicap jusqu'à 30 % chez les patients victimes d'un AVC léger, modéré ou grave.²⁶

PRATIQUES ACTUELLES

Seuls 23 % des patients avec AVC ont été admis dans une unité d'AVC à n'importe quel moment durant leur séjour à l'hôpital (Tableau 10). Dans les Centres de soins de l'AVC (qui disposent par définition d'une unité d'AVC), seuls 53 % des patients étaient admis dans une unité d'AVC. Parmi ces derniers, 77 % étaient victimes d'un AVC ischémique (IC), 10 % d'une hémorragie intracérébrale (HI) et 13 % d'un accident ischémique transitoire (AIT). Les patients avec hémorragie sous-arachnoïdienne (HS) étaient, règle générale, admis dans un service de neurochirurgie ou une unité de soins intensifs.

L'analyse économique révèle que si 80 % des patients d'AVC au Canada avaient accès à une unité d'AVC, les jours en soins actifs diminueraient de 79 000 et ceux en établissement de soins pour bénéficiaires internes de 132 000. Les coûts directs évités par une telle augmentation dans l'utilisation des unités d'AVC seraient annuellement de 117,7 millions de dollars, tandis que les coûts indirects évités seraient de 99 millions de dollars.²⁷

La durée médiane du séjour en établissement de soins actifs était de 7 jours pour l'ensemble des patients avec AVC et de 11 jours pour les patients avec hémorragie intracérébrale (Tableau 9). Les taux de mortalité due à l'AVC sont illustrés dans la Figure 4. Il était prévisible que ces taux seraient plus élevés pour les types d'AVC plus graves (HI et HS).

Durant le séjour à l'hôpital, le médecin traitant était souvent (dans 71 % des cas) un omnipraticien ou un spécialiste en médecine interne.²⁸

²⁶ Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev 2007;(4)

²⁷ Cost-Avoidance Associated with Optimal Care in Canada, May 2011, H. Krueger & Associates Inc.

²⁸ Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les congés des patients 2004-2009

La qualité des soins de l'AVC au Canada

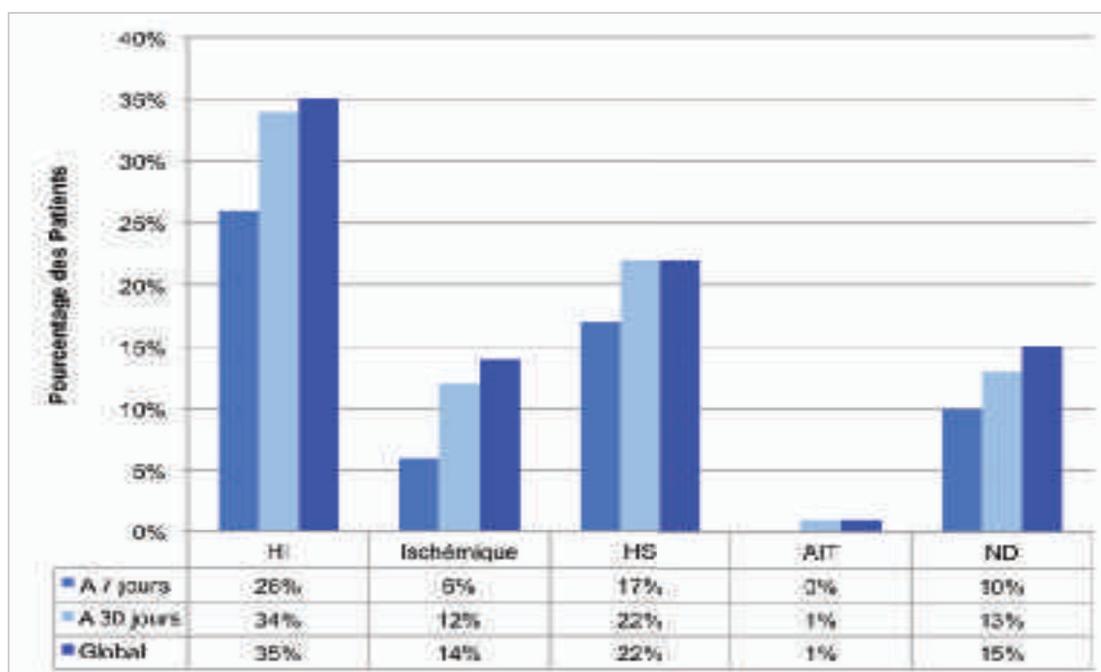
Tableau 9. Durée du séjour en hôpital de soins actifs des patients inclus dans la vérification qui étaient en vie au congé, Canada 2008-2009

	Durée moyenne du séjour (jours)	Durée médiane du séjour (jours)
Tous les patients avec AVC et AIT	16	7
Patients avec AVC ischémique (IC)	18	9
Patients avec hémorragie intracérébrale (HI)	23	11
Patients avec hémorragie sous-arachnoïdienne (HS)	18	11
Patients avec accident ischémique transitoire (AIT)	7	2
AVC non déterminé (ND)	10	2

Tableau 10. Patients admis dans une unité d'AVC par type d'AVC (n=34 735)²⁹, Canada 2008-2009

	% des patients admis dans une unité d'AVC
Tous les patients avec AVC	23 %
Patients avec AVC ischémique	25 %
Patients avec hémorragie intracérébrale	20 %
Patients avec accident ischémique transitoire	16 %

Figure 4. Taux de mortalité à l'hôpital des patients inclus dans la vérification, par type d'AVC, Canada 2008-2009



²⁹ Les patients d'hémorragie sous-arachnoïdienne sont admis habituellement aux soins intensifs sous la supervision de la neurochirurgie.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

6.2 Dépistage de la dysphagie

PRINCIPALES CONSTATATIONS

Chez 50 % seulement des patients le dossier médical indiquait qu'ils avaient subi une épreuve de déglutition afin de dépister la dysphagie.

PRATIQUES OPTIMALES

Après un AVC, 55 % des patients éprouvent des difficultés à avaler.³⁰ Un dépistage précoce de la dysphagie réduit les complications au chapitre de la nutrition et de l'hydratation. La dysphagie peut mener à la pneumonie par aspiration causée en avalant des aliments et des liquides dans les poumons. Les patients avec AVC devraient subir un test de déglutition simple, valide et fiable administré à leur chevet dans le cadre de leur évaluation initiale et avant qu'on entame la prise par voie orale de médicaments, de liquides ou d'aliments.

PRATIQUES ACTUELLES

Les dossiers médicaux des patients inclus dans la vérification indiquaient qu'un test de déglutition n'avait été documenté que dans seulement 50 % des cas (Tableau 11). Il s'agit d'un taux sous-optimal. Cela dit, il est fréquent qu'un élément d'évaluation administré de routine ne soit pas documenté et le taux obtenu pourrait être une sous-estimation de la fréquence du test. Toutefois, il y a lieu de noter que la pneumonie d'aspiration a été diagnostiquée chez 5,7 % des patients avec AVC; un trouble de la santé qui peut être en grande partie évité par une évaluation rigoureuse et la prise en charge de la déglutition.

Tableau 11. Patients inclus dans la vérification pour lesquels un test de déglutition était documenté, Canada 2008-2009

	% des patients dont le dossier médical indique l'administration d'un test de déglutition
Tous les patients avec AVC et AIT	50 %
Patients avec AVC ischémique	59 %
Patients avec hémorragie intracérébrale	43 %
Patients avec hémorragie sousarachnoïdienne	12 %
Patients avec accident ischémique transitoire	29 %

³⁰ Martino R, Foley N, Bhogal S, et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. Stroke 2005;36:2756-63.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

6.3 Prévention secondaire

PRINCIPALES CONSTATATIONS

Le tiers des patients avec AVC ischémique avaient subi un AVC ou AIT antérieur.

L'utilisation optimale de cliniques de prévention éviterait des coûts annuels de 354,8 millions de dollars, mais seulement le quart des hôpitaux sont affiliés à de telles cliniques.

La pratique de prescrire des antithrombotiques aux patients d'AVC ischémique est presque optimale.

PRATIQUES OPTIMALES

Les personnes qui ont vécu un épisode d'AVC ou d'AIT devraient recevoir des soins en temps opportun destinés à réduire le risque de récurrence. C'est ce qu'on entend par prévention secondaire. Il s'agit de la prise en charge des facteurs de risque par des interventions thérapeutiques telles que des modifications du mode de vie, la prise de médicaments ou la chirurgie. Pour éviter une récurrence, les patients avec AVC ischémique ou AIT devraient recevoir une ordonnance d'antithrombotiques afin de prévenir la formation de caillots, à moins que cela ne soit particulièrement contre-indiqué. Le patient avec fibrillation auriculaire, un trouble du rythme cardiaque qui augmente le risque d'un premier d'AVC ou d'une récurrence, devrait recevoir des anticoagulants, telle la warfarine. La prise en charge pharmacothérapeutique de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie est également importante et devrait être abordée avant le congé de l'hôpital. Il est également recommandé que ces patients soient investigués davantage afin de déterminer s'ils sont des candidats à une intervention chirurgicale, l'endartériectomie carotidienne, qui consiste à retirer la plaque qui obstrue partiellement une artère du cou (carotide). L'intervention aide à prévenir un premier AVC ischémique ou réduit le risque de récurrence.

PRATIQUES ACTUELLES

Le tiers des patients avec AVC ischémique inclus dans l'échantillon de vérification avaient déjà subi un AIT ou AVC ischémique dans le passé (Figure 5). Parmi les hôpitaux inclus dans la vérification, 22 % seulement signalaient être affiliés à une clinique de prévention secondaire.

Globalement, 91 % des patients avec AVC ischémique ou AIT recevaient une ordonnance d'antithrombotiques au congé de l'hôpital.³¹ En outre, 72 % recevaient une ordonnance d'antihypertenseurs et 59 % une ordonnance d'anticholestérolémiants (Tableau 12). Seuls 66 % des patients avec fibrillation auriculaire ont reçu une ordonnance d'anticoagulant oral (Tableau 13).

Durant l'admission pour un épisode d'AVC aigu, moins de 1 % des patients avec AVC ischémique et AIT ont subi une endartériectomie de la carotide dans le même hôpital ou durant la même admission. Parmi ces interventions, 60 % étaient effectuées dans un Centre de soins complets de l'AVC. Il s'agit probablement d'une sous-estimation, puisque les patients aiguillés vers un autre établissement ou réadmis plus tard dans le même établissement ne feraient pas partie des données captées par la vérification.

Selon l'analyse économique, si 80 % des personnes ne recevant pas de soins optimaux de prévention secondaire en avaient reçus, les incidences seraient énormes : moins d'hospitalisations et des évitements annuels de coûts directs et indirects de 45,2 et 309,6 millions de dollars, respectivement.³²

³¹ Le taux ne s'applique qu'aux patients admis; il s'avère impossible de savoir s'il est aussi élevé chez les patients non admis (c'est-à-dire ceux qui reçoivent le congé de l'urgence ou d'une clinique de consultations externes).

³² Cost-Avoidance Associated with Optimal Care in Canada, May 2011, H. Krueger & Associates Inc.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Figure 5. Patients avec AVC inclus dans la vérification avec des antécédents d'AVC ischémique ou d'AIT subissant un nouvel AVC, par type d'AVC, Canada 2008-2009

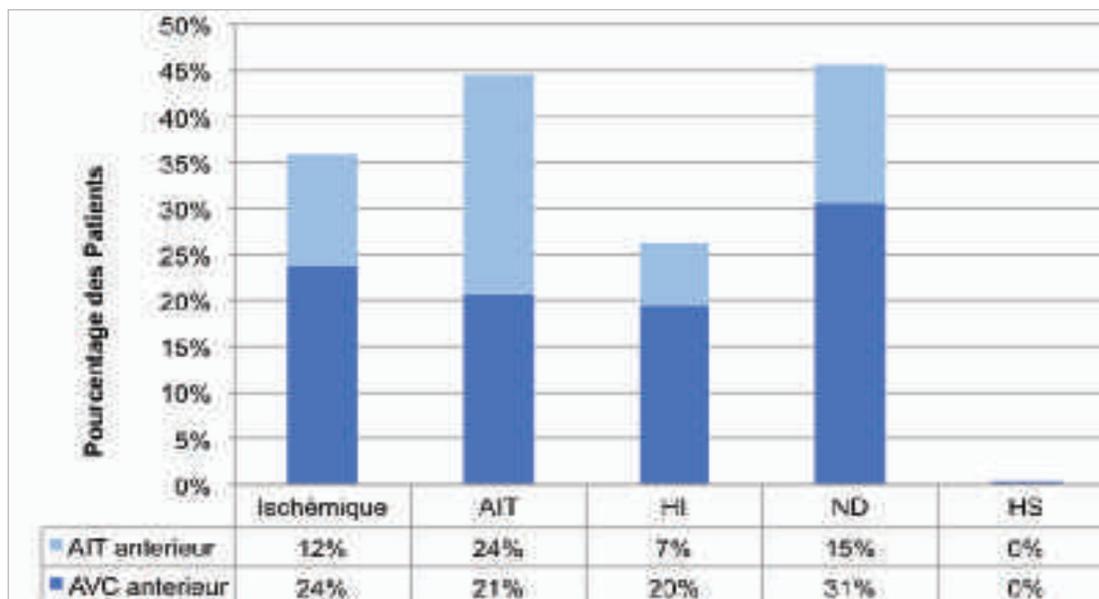


Tableau 12. Ordonnances données au congé aux patients inclus dans la vérification, par type d'AVC, Canada 2008-2009

	% d'antidépresseurs	% d'antihypertenseurs	% d'agents antilipidémiques
Tous les patients avec AVC et AIT	9 %	71 %	59 %
Patients avec AVC ischémique	10 %	76 %	66 %
Patients avec accident ischémique transitoire	10 %	73 %	60 %
Patients avec hémorragie intracérébrale	9 %	68 %	33 %
Patients avec hémorragie sous-arachnoïdienne	0 %	0 %	0 %

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Tableau 13. Ordonnances d'antithrombotiques données aux patients avec AVC ischémique/AIT et de fibrillation auriculaire inclus dans la vérification, Canada 2008-2009

	% des patients d'AVC ischémique/AIT et de fibrillation auriculaire inclus dans la vérification (n=5 229)
% antiplaquettaires	50 %
% anticoagulants	66 %
% les deux	92 %

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Chapitre 7

Pratiques actuelles c. pratiques optimales : RÉADAPTATION POST-AVC ET TRANSITIONS

PRINCIPALES CONSTATATIONS

La majorité des patients (58 %) retournent chez eux au congé de l'hôpital.

19 % sont transférés des soins actifs à un établissement de réadaptation.

L'évaluation des besoins en réadaptation n'était pas bien documentée dans la plupart des cas.

Les patients avec AVC admis en réadaptation pour patients hospitalisés y séjournent 5 à 6 semaines et les deux tiers retournent chez eux, leurs fonctions étant rétablies sensiblement.

PRATIQUES OPTIMALES

Après un AVC, les patients doivent avoir rapidement accès à des programmes, services et établissements de réadaptation. Cela contribue à éviter les complications et améliore les résultats fonctionnels. Le patient devrait être évalué moins de 24 à 48 heures après l'AVC afin de déterminer le type de réadaptation dont il a besoin et le programme ou l'établissement le plus susceptible d'y répondre. Un plan personnalisé tenant compte des besoins et des objectifs de réadaptation devrait être dressé pour chaque patient d'AVC. Les patients admissibles devraient bénéficier d'un congé précoce avec soutiens et de programmes de réadaptation communautaires.

PRATIQUES ACTUELLES

La gravité de l'AVC est le principal déterminant du type de réadaptation requis et du lieu du congé. Cette gravité varie selon le type d'AVC; dans l'ensemble, la majorité des AVC sont de catégorie modérée (Figure 6).

La majorité des patients inclus dans l'échantillon de vérification (58 %) sont retournés chez eux après le congé des soins actifs, tandis que 19 % étaient transférés dans un établissement de réadaptation pour bénéficiaires internes et 10 % dans un établissement de soins de longue durée. Dans les cas d'AVC léger, presque 90 % des patients retournent chez eux au congé des soins actifs. Les patients avec AVC modéré à grave bénéficient le plus de la réadaptation, mais seulement 37 % d'entre eux sont transférés dans un établissement de réadaptation (Figure 7).

La vérification a permis de constater une documentation incomplète des évaluations en vue de la réadaptation. Il est donc difficile de mesurer à quel point les destinations au congé des soins actifs étaient appropriées (Figure 7).

La vérification n'a pas recueilli de renseignements sur les pratiques de réadaptation pour patients hospitalisés et ambulants ni sur les résultats de santé. Toutefois le Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) de l'Institut canadien d'information sur la santé contient des renseignements cliniques sur les patients avec AVC soignés dans des établissements de réadaptation pour patients hospitalisés et révèlent que leur séjour médian y est de 35 jours et qu'ils constatent une récupération cliniquement significative de leurs fonctions durant leur séjour.³³ En effet, 71 % des patients avec AVC retournent chez eux après leur séjour en réadaptation, 30 % sans services et 38 % avec quelques services à domicile.³⁴

³³ Institut canadien d'information sur la santé, Système national d'information sur la réadaptation 2008-2009

³⁴ Institut canadien d'information sur la santé, Système national d'information sur la réadaptation 2008-2009

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Figure 6. Gravité de l'AVC des patients inclus dans la vérification (selon l'échelle neurologique canadienne, CNS), Canada 2008-2009

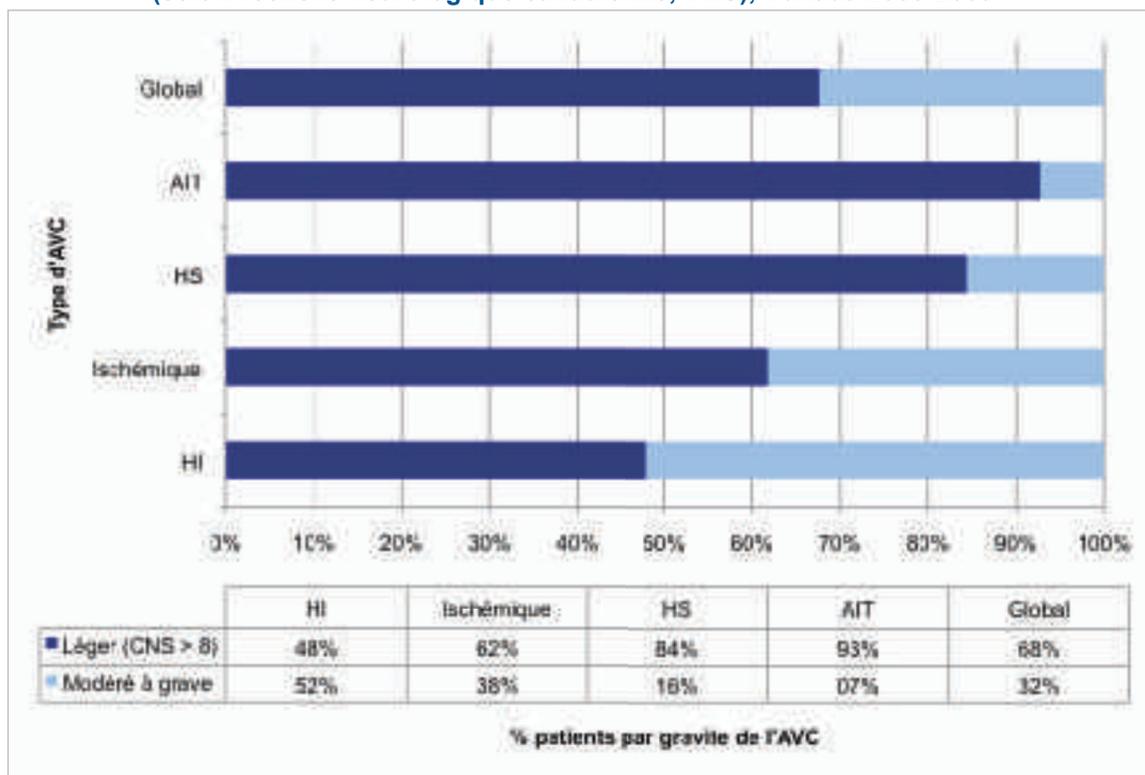
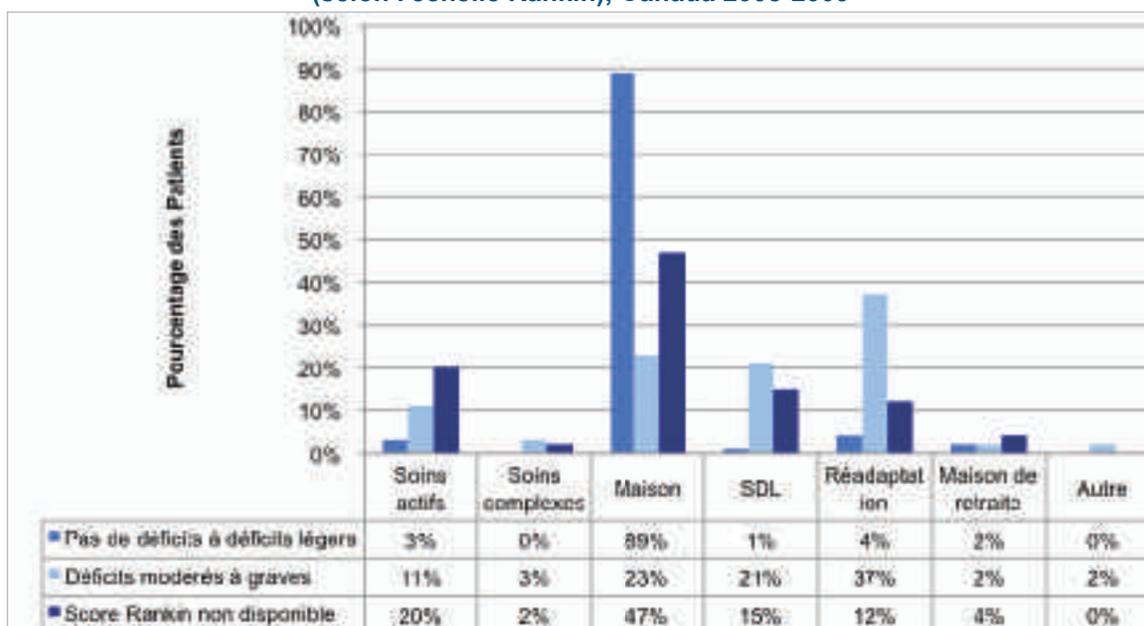


Figure 7. Destination du congé des patients inclus dans la vérification par gravité de l'AVC (selon l'échelle Rankin), Canada 2008-2009



Chapitre 8

MESSAGES ET RECOMMANDATIONS CLÉS

Une meilleure prise en charge des facteurs de risque d'AVC s'impose.

Selon les données de la vérification nationale, 43 651 personnes ont été hospitalisées en raison d'un AVC au Canada en 2008-2009. Ce nombre sous-estime le nombre réel de cas d'AVC au Canada. Il n'inclut pas les personnes victimes d'un AVC qui ne sont pas admises dans un hôpital, notamment celles qui se présentent au bureau de leur médecin ou à l'urgence sans être hospitalisées. *La qualité des soins de l'AVC au Canada* ne fait également pas état des AVC des personnes qui ont moins de 18 ans ou de celles qui sont victimes d'un AVC dit « silencieux ». Pour chaque AVC symptomatique, cliniquement évident, il y aurait cinq AVC silencieux ou asymptomatiques.³⁵ Nombreux sont les patients avec AVC qui ont des antécédents d'hypertension, de tabagisme et de diabète - tous des facteurs de risque d'AVC. Ces facteurs de risque continuent à être pris en charge de manière sous-optimale au Canada. Il faudra adopter des approches au niveau de la population pour en arriver à les réduire, par exemple, par des stratégies de réduction du sodium dans l'approvisionnement alimentaire dans le but de baisser la tension artérielle.

RECOMMANDATIONS

- **Patients/Public** : Apprenez à connaître vos risques d'AVC et les moyens de les réduire : moins de sodium dans vos aliments, consommation régulière de fruits et de légumes, moins de gras dans votre alimentation, abandon du tabac et adoption d'un mode de vie actif.
- **Fournisseurs de soins** : Mesurez la tension artérielle de vos patients régulièrement à chaque visite appropriée. Encouragez et soutenez vos patients dans l'adoption de modes de vie plus sains et faites régulièrement un suivi. Utilisez des outils d'évaluation du risque pour sensibiliser vos patients à leur risque d'être victime d'un AVC.
- **Décideurs** : Continuez à encourager les modes de vie plus sains et la réduction des facteurs de risque par des politiques qui favorisent des choix alimentaires sains, un environnement sans tabac et l'activité physique.

« “Le temps écoulé correspond à une perte de fonction cérébrale“ » Néanmoins beaucoup de gens ne considèrent pas l'AVC comme une urgence médicale.

Les deux tiers des personnes victimes d'un AVC n'arrivent pas à un hôpital adéquatement préparé dans le créneau favorable pour un traitement. L'AVC doit être traité comme une urgence médicale. Le créneau favorable pour une thrombolyse est de moins de 4,5 heures après l'apparition des symptômes d'un AVC ischémique, mais les chances d'une bonne récupération sont meilleures si le traitement est donné plus rapidement. Arriver en ambulance à l'hôpital combine plusieurs avantages outre la rapidité du transport.

³⁵ Prevalence and risk factors of silent brain infarcts in the population-based Rotterdam Scan Study. Vermeer SE, Koudstaal PJ, Oudkerk M, Hofman A, Breteler MM. Stroke. 2002 Jan;33(1):21-5.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Cela permet aux ambulanciers de choisir l'hôpital qui est bien équipé pour l'AVC, de procéder aux premiers soins et évaluations et d'avertir l'hôpital de l'arrivée du patient. Même si les symptômes de l'AVC disparaissent en route, la situation demeure urgente. Même les patients avec un AIT doivent être évalués le jour même et recevoir les soins qui éviteront un AVC majeur dans les heures et les jours qui suivent. Selon les données recueillies par la vérification, les patients qui arrivent en ambulance sont plus susceptibles de bénéficier d'une imagerie du cerveau en temps opportun. Malgré ces avantages, 30 % des patients avec AVC se véhiculent eux-mêmes et également 30 % sont soignés dans des hôpitaux qui n'ont pas la capacité nécessaire pour administrer du tPA. Il faut donc de toute urgence sensibiliser le public non seulement aux signes avant-coureurs et aux symptômes de l'AVC, mais également aux gestes appropriés à poser lorsque ces signes se manifestent. Des campagnes de sensibilisation régulières, énergiques et novatrices s'imposent pour obtenir les changements nécessaires aux niveaux des perceptions et des comportements.

RECOMMANDATIONS

- **Patients/Public** : Connaissez les signes avant-coureurs et les symptômes de l'AVC : faiblesse soudaine, problèmes d'élocution soudains, problème de vision soudain, mal de tête soudain et intense, étourdissement soudain, particulièrement s'ils s'accompagnent d'autres symptômes. Si vous pensez être victime d'un AVC, APPELEZ le 9-1-1 et faites-vous conduire IMMÉDIATEMENT à l'hôpital en ambulance.
- **Fournisseurs de soins** : Veiller à ce que des protocoles d'urgence pour l'AVC soient en place dans votre région sanitaire, y compris les préavis et l'accès prioritaire au IRM/TDM pour tous les patients avec AVC.
- **Décideurs** : Mettez en œuvre périodiquement des campagnes de sensibilisation du public portant sur la connaissance des signes avant-coureurs de l'AVC, la réaction qu'il faut avoir à ces signes et le besoin de traiter l'AVC comme une urgence médicale.

Quand les patients arrivent à l'hôpital, ils ne sont pas traités assez rapidement.

Le fardeau du traitement en temps opportun de l'AVC ne repose pas uniquement sur la rapidité de la réponse du patient, mais aussi sur la rapidité avec laquelle le système de santé le traite à son arrivée à l'hôpital. Le patient doit être évalué et soigné aussi vite que possible, particulièrement s'il arrive à l'hôpital dans le créneau thérapeutique favorable à l'administration du tPA. Ce ne sont toutefois que 40 % des patients arrivés en moins de 3,5 heures de l'apparition des symptômes qui sont soumis à une IRM ou TDM moins d'une heure après leur arrivée. Le délai médian porte-à-aiguille (arrivée à administration) pour le tPA selon la vérification était de 72 minutes. Cela, il est clair, n'est pas acceptable et doit être amélioré d'urgence. Malgré ces défis, les taux d'administration du tPA au Canada (8 % des patients avec AVC ischémique et 22 % de ceux arrivant dans le créneau de 3,5 heures) sont relativement élevés en comparaison avec d'autres pays.³⁶ On ne s'attendra jamais à ce que ce taux soit de 100 %, mais l'écart est considérable avec la cible, si l'on se base sur le taux dans les centres les plus performants, qui est de 20 % pour tous les AVC ischémiques et de 50 % pour les victimes d'un AVC ischémique arrivant dans le créneau de 3,5 heures. En plus de l'arrivée et de l'évaluation en temps opportun des patients, il faudra également se pencher sur les besoins de formation professionnelle du personnel infirmier et des urgentologues pour qu'ils se sentent à l'aise d'administrer ce traitement.

³⁶ Selon un rapport australien sur l'AVC, le taux d'administration du tPA pour tous les patients d'AVC ischémique en Australie était de 3 % en 2009/2010; le Paul Coverdell Registry (États-Unis) signale un taux de 2,4 % en 2009.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

RECOMMANDATIONS

- **Patients/Public** : Sachez qu'à votre arrivée à l'hôpital vous devriez être évalué pour déterminer la nature de votre AVC. Cela veut dire subir une imagerie du cerveau en moins de 60 minutes.
- **Fournisseurs de soins de santé** : Organisez l'urgence pour qu'il soit possible d'atteindre un délai porte-à-aiguille de moins d'une heure pour les patients admissibles au tPA. Assurez-vous que les professionnels de la santé à l'urgence ont reçu la formation requise pour la prise en charge de l'AVC en phase aiguë.
- **Décideurs** : Surveillez les taux d'administration du tPA et les autres indicateurs clés dans les systèmes administratifs actuels et les futures vérifications de l'AVC.

La TéléAVC pourrait sauver des vies, mais son utilisation n'est pas assez répandue.

La TéléAVC est une technologie prometteuse en milieu rural et là où les hôpitaux sont plus petits. Néanmoins moins de 1 % des patients avec AVC ont l'occasion d'en prendre avantage. La TéléAVC peut aussi efficacement être utilisée pour les consultations en soins actifs qu'en réadaptation. Les provinces où des réseaux de TéléAVC sont établis (l'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta) pourraient servir de modèles en vue de l'élargissement de ce service à l'échelle du Canada. Les questions entourant les consultations transprovinciales, le remboursement des médecins, les interfaces et la disponibilité de l'imagerie diagnostique dans les petits hôpitaux devraient être examinées du point de vue national afin de créer un réseau pancanadien de TéléAVC.

RECOMMANDATIONS

- **Fournisseurs de soins** : Prenez avantage des initiatives de TéléAVC existantes dans votre province ou région sanitaire. Si la technologie existe, utilisez-la.
- **Décideurs** : Appuyez la mise en œuvre à l'échelle nationale de la TéléAVC en éliminant les barrières qui entravent les consultations transprovinciales. Encouragez l'utilisation des réseaux de TéléAVC et utilisez ceux qui existent comme autant d'études de cas.

Les patients doivent avoir un plus grand accès à des unités d'AVC.

Selon les pratiques optimales, à son admission le patient devrait être dirigé vers une unité d'AVC disposant d'une équipe interdisciplinaire. La vérification indique que cela n'est le cas que pour 23 % des patients avec AVC au Canada; ce chiffre est inférieur à ceux rapportés pour d'autres pays.³⁷ Il y a lieu de rappeler que seulement 18 % des hôpitaux inclus dans la vérification étaient catalogués comme des Centres de soins complets de l'AVC qui offrent l'imagerie du cerveau, la thrombolyse et une unité d'AVC. Dans les hôpitaux qui comptent une unité d'AVC, 53 % des patients avec AVC seulement sont admis dans l'unité d'AVC. Ces chiffres évoquent deux besoins : celui de créer plus d'unités d'AVC au Canada et celui d'une capacité accrue et/ou d'une meilleure utilisation des unités d'AVC existantes.

³⁷ Selon un rapport australien sur l'AVC, 50 % des patients étaient soignés dans une unité d'AVC en 2009/2010; le Sentinel Report (R.-U., 2010) avance le chiffre de 74 %.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

RECOMMANDATIONS

- **Patients/Public** : À bord de l'ambulance, demandez d'être conduit à un Centre de soins complets de l'AVC. À votre admission à l'hôpital demandez s'il y a une unité d'AVC.
- **Fournisseurs de soins** : Assurez-vous que tous les hôpitaux qui administrent le tPA disposent d'une unité d'AVC. S'il existe une unité d'AVC, veillez à ce qu'elle ait la capacité nécessaire pour traiter le volume d'AVC dans l'hôpital ou la région.
- **Décideurs** : Continuez à surveiller la disponibilité d'unités d'AVC et l'accès des patients d'AVC à ces unités. Le Canada devrait viser à obtenir un taux d'admission aux unités d'AVC comparable à celui d'autres pays (c'est-à-dire de 50 à 70% de tous les patients d'AVC).

Les patients reçoivent de bons soins dans les hôpitaux, mais plusieurs aspects des soins pourraient être améliorés.

La durée médiane du séjour à l'hôpital des patients avec AVC est de sept jours. Toutefois la durée moyenne est de 16 jours, soit presque le double du séjour moyen à l'hôpital pour tous les troubles de la santé.³⁸ La majorité des patients avec AVC sont suivis principalement à l'hôpital par un omnipraticien ou un spécialiste en médecine interne. Il s'avère donc de la plus haute importance que ces fournisseurs de soins bénéficient de la formation continue appropriée dans le domaine de l'AVC. Lors de leur séjour à l'hôpital, la grande majorité des patients avec AVC reçoivent les médicaments appropriés, tels que les antithrombotiques et les antihypertenseurs. Il y a lieu toutefois de se préoccuper du faible taux de tests de la déglutition (50 %) documentés selon les dossiers des patients afin de dépister la dysphagie. L'application de mesures de prévention secondaire est un moyen efficace d'éviter les récives. La plupart des patients reçoivent les ordonnances appropriées au congé. Il faudrait également des formalités de surveillance permettant de suivre les patients après le congé. Certaines provinces ont mis sur pied des cliniques de prévention secondaire à titre de pilotes ou de services établis. Néanmoins, au moment de la réalisation de la présente vérification, 22 % seulement des hôpitaux inclus dans la vérification disaient être affiliés à une clinique de prévention secondaire.

RECOMMANDATIONS

- **Patients/Public** : Sachez à quoi vous attendre et quelles questions poser lors de votre séjour à l'hôpital et après. Le *Guide du patient sur les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* pourrait vous être très utile à cet égard (www.pratiquesoptimalesavc.ca).
- **Fournisseurs de soins** : Suivez les recommandations cliniques des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC 2010* et utilisez les outils de mise en œuvre connexes afin que tous les membres de l'équipe de soins de l'AVC soient informés des pratiques les plus pointues (www.pratiquesoptimalesavc.ca).
- **Décideurs** : Surveillez régulièrement la qualité des soins en vous servant des indicateurs clés de rendement de *La qualité des soins de l'AVC au Canada*. Employez les données nationales du présent rapport comme références pour mesurer les améliorations.

³⁸ La durée moyenne du séjour dans un hôpital canadien est de 7 jours selon un rapport pour 2004-2005 de l'Institut canadien d'information sur la santé.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

L'accès à une réadaptation appropriée est crucial, mais mal surveillé.

Les soins spécialisés fournis par une équipe interdisciplinaire de réadaptation en milieu hospitalier peuvent contribuer considérablement à la récupération post-AVC. Les patients victimes d'un AVC modéré à grave (30 à 40 % de tous les cas) bénéficient le plus des soins de réadaptation dans des établissements spécialisés. Seulement 37 % des cas d'AVC modéré à grave, toutefois, sont transférés à un établissement de réadaptation. Les deux tiers de ceux et celles qui ont reçu des soins de réadaptation à titre de patients hospitalisés retournent chez eux ayant récupéré des fonctions à un niveau cliniquement significatif. La moitié des patients avec AVC nécessitent, après leur retour à la maison, des soins continus ou des services à domicile. Malgré cela, les renseignements sur l'évaluation des besoins de réadaptation réalisée en phase aiguë et sur la qualité des soins de réadaptation fournis aux patients hospitalisés et ambulants sont lacunaires. Ces données sont, règle générale, documentées de manière incohérente ou ne sont pas recueillies du tout. L'impact potentiel que peut avoir une réadaptation appropriée sur les résultats fonctionnels et le grand nombre de cas d'AVC qui pourraient en bénéficier militent en faveur de mesures pour combler ces lacunes afin qu'il soit possible d'évaluer avec précision quels sont les modèles de prestation de services qui sont les plus efficaces et efficaces.

RECOMMANDATIONS

- **Patients/Public** : Votre équipe de réadaptation devrait vous donner l'occasion de prendre part aux décisions quant au type de soins requis et dresser un plan à votre mesure. Sachez quels sont vos besoins continus de réadaptation et impliquez-vous.
- **Fournisseurs de soins** : Dressez avec vos patients leurs plans de réadaptation individuels. Documentez les approches suivies, y compris l'opportunité des soins et le type de réadaptation offert. Sachez quels services sont disponibles dans la communauté.
- **Décideurs** : Obtenez des données plus robustes sur la réadaptation post-AVC. Les bases de données de l'Institut canadien d'information sur la santé doivent être amplifiées pour qu'elles captent des indicateurs sur la réadaptation des patients hospitalisés et ambulants.

Le Canada doit améliorer ses services pour l'AVC; il en tirerait d'importants bénéfices.

Tout au long du continuum des soins de l'AVC il y a manifestement lieu d'apporter des améliorations. Le Canada dépasse certains autres pays quant à certains aspects de la prestation des soins. Néanmoins la qualité des services fournis à l'échelle du Canada n'est pas égale. L'analyse économique réalisée en parallèle à la présente vérification estime que des améliorations dans quatre domaines clés (prévention secondaire, thrombolyse, unités d'AVC et congé précoce avec soutien) éviteraient des coûts totaux cumulatifs de 36,1 milliards de dollars (15,4 en coûts directs et 20,7 en coûts indirects)³⁹ de 2010 à 2031.⁴⁰

³⁹ Cost-Avoidance Associated with Optimal Care in Canada, May 2011, H. Krueger & Associates Inc.

⁴⁰ L'échéancier 2010-2031 a été choisi parce que les projections de la population de Statistique Canada ne vont que jusqu'en 2031.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

RECOMMANDATIONS

- **Patients/Public** : Exigez que tous les Canadiens puissent bénéficier d'un accès égal à d'excellents soins de l'AVC.
- **Fournisseurs de soins** : Faites évaluer votre hôpital par Agrément Canada en vue d'obtenir son agrément de distinction pour vos services aux patients d'AVC. Cet agrément est basé sur les pratiques optimales et des normes de soins définies. Militez en vue de l'amélioration des soins, allant de la prévention jusqu'à la réadaptation, dans votre hôpital ou région sanitaire. Prenez part aux initiatives provinciales qui ciblent l'amélioration du système.
- **Décideurs** : Veillez à ce que tous les Canadiens disposent des meilleurs soins pour l'AVC possibles n'importe où ils se trouvent. Continuez à surveiller la qualité des soins de l'AVC au Canada en vous servant de *La qualité des soins de l'AVC au Canada* comme étalon.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Annexe A

RENSEIGNEMENTS PROVINCIAUX

La Stratégie canadienne de l'AVC avait comme but de soutenir les approches intégrées de prévention et de soins de l'AVC dans chacune des provinces et de veiller à ce que les Canadiens puissent compter sur les meilleurs services possibles à cet égard, où qu'ils soient. En partageant et en adaptant une panoplie d'outils de la stratégie – programmes de formation et de perfectionnement, pratiques optimales, initiatives de sensibilisation et systèmes d'évaluation et de surveillance – les provinces ont élaboré leurs approches uniques d'amélioration des services offerts pour l'AVC. Les progrès remarquables obtenus dans chaque province ne doivent pas nous faire oublier qu'il y a encore tant à faire. Aux fins de ce chapitre, les provinces nous ont indiqué leurs cinq réalisations clés à ce jour ainsi que les trois priorités des priorités qu'elles se sont fixées pour l'avenir. Ces renseignements nous ont été transmis par les membres de la table ronde provinciale-territoriale. Les indicateurs de rendement clés pour chaque province complètent ces portraits provinciaux.

RÉALISATIONS CLÉS ET PRIORITÉS DES PRIORITÉS

Colombie-Britannique

Population : 4,4 millions

Depuis 2006, le gouvernement provincial a investi 5 millions \$ dans la Stratégie de l'AVC de la Colombie-Britannique.

RÉALISATIONS CLÉS

- Élaboration, diffusion et renforcement des lignes directrices cliniques destinées aux médecins de premier recours afin d'améliorer la prévention et la prise en charge de l'AVC.
- Accès accru à l'évaluation rapide de l'AIT par la mise sur pied de nouvelles cliniques (et en ajoutant de la capacité aux cliniques existantes) dans chaque région sanitaire.
- Mise en œuvre de deux systèmes de TéléAVC (sur l'île de Vancouver et dans le « Lower Mainland ») pour faciliter le diagnostic et les soins des patients d'AVC.
- Élaboration d'un registre complet de l'AVC/AIT et d'un modèle d'évitement de coûts.
- Protocoles intégrés pour l'AVC/AIT dans les services d'urgence, une priorité stratégique à long terme du gouvernement provincial.

PRIORITÉS DES PRIORITÉS

1. Évaluation rapide de l'AIT : augmenter encore la capacité et améliorer le rendement des cliniques afin que les patients soient vus dans une clinique de prévention secondaire en moins de 48 heures.
2. AVC en phase hyperaiguë : améliorer les soins fournis en moins de 48 heures par la désignation d'hôpitaux, les protocoles de contournement pour les SMU, les protocoles à l'urgence, la formation des ambulanciers, la TéléAVC, le tPA, les cheminements, cliniques, les unités d'AVC, etc.
3. Formation et mesure : offrir une formation continue en *Pratiques optimales* aux fournisseurs de soins; mesurer, évaluer et faire rapport à l'aide d'indicateurs de rendement, de systèmes de collecte de données normalisés, de plans d'amélioration de la qualité et de processus de production de rapport révélant les progrès.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Alberta

Population : 3,7 millions

L'Alberta s'est engagée en 2005 à fournir 20 millions de dollars sur deux ans à la Stratégie albertaine de l'AVC et a renouvelé son engagement d'améliorer les soins pour l'AVC en fournissant 22,5 millions de dollars de plus au cours des trois prochaines années.

La stratégie provinciale est un réseau robuste de services, de diffusion du savoir et de partage de l'information.

RÉALISATIONS CLÉS

- Le pourcentage de patients avec AVC ischémique recevant du tPA est passé de 8,6 % en 2004-2005 à 11,3 % en 2007-2008.
- Le pourcentage de patients soignés dans une unité d'AVC a augmenté de 16 % en chiffres absolus de 2004-2005 à 2007-2008.
- Le nombre de centres de soins complets de l'AVC en mesure d'administrer du tPA est passé de 5 en 2005 à 16 en 2010.
- Le nombre de cliniques de prévention secondaire est passé de 3 en 2005 à 12 en 2010. Plus de 15 000 patients s'y sont présentés depuis la mi-2007, soit depuis le début de la collecte de cette donnée.

- Le taux de mortalité à l'hôpital à 30 jours a baissé de 27 % pour ce qui est des AVC ischémiques et de 28 % pour les AVC hémorragiques de 2004-2005 à 2008-2009.

PRIORITÉS DES PRIORITÉS

1. Accroître davantage le nombre de patients soignés en unité d'AVC.
2. Accroître davantage l'utilisation du tPA et réduire le délai porte-à-aiguille à moins d'une heure à l'échelle de la province.
3. Augmenter les initiatives provinciales promouvant la prévention primaire et utiliser à pleine capacité les services de prévention secondaire afin de réduire l'incidence de l'AVC.

Saskatchewan

Population : 1 million

L'évaluation d'un projet pilote est en cours. Lorsqu'elle sera terminée en février 2012, il est prévu de procéder à la mise sur pied d'une stratégie provinciale de l'AVC à capitalisation entière.

RÉALISATIONS CLÉS

- Nouveau protocole de transport direct du ministère de la Santé mis en œuvre dans les régions sanitaires.
- Clinique de prévention de l'AVC rurale avec soutien neurologique par TéléAVC de Regina, dans le cadre d'un projet pilote rural de 1,7 M\$.
- Infirmière clinicienne coordonnant la physiothérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie et une travailleuse sociale pour les patients hospitalisés et ambulants en réadaptation dans le projet pilote rural.
- Clinique de prévention de l'AVC mise sur pied à Saskatoon.

- Priorité de Télésanté Saskatchewan accordée à la TéléAVC pour les soins allant de l'urgence à la réadaptation.

PRIORITÉS DES PRIORITÉS

1. Mise en œuvre de la Stratégie intégrée de l'AVC à capitalisation entière à l'échelle provinciale après l'évaluation du projet pilote en février 2012.
2. Désignation du ministère de la Santé pour diriger la mise en œuvre et l'intégration de la stratégie dans et entre les régions.
3. Financement permettant au Comité directeur de la Stratégie intégrée de l'AVC de poursuivre son rôle de leadership.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Manitoba

Population : 1,2 million

Le Manitoba a élaboré une Stratégie provinciale de l'AVC préliminaire complète sur cinq ans, mais le financement n'a pas encore été obtenu pour permettre de réaliser toutes les activités requises.

RÉALISATIONS CLÉS

- Financement d'un poste d'éducateur pour la Stratégie de l'AVC ainsi que pour la formation professionnelle et des conférences.
- Unité de 30 lits en réadaptation de l'AVC créée à Winnipeg en 2006 et un Service communautaire de soins à domicile pour la région sanitaire de Winnipeg créé en 2005 : coordination des cas, réadaptation à domicile et soutien des soins à domicile.
- Campagne de sensibilisation aux signes avant-coureurs de l'AVC et au besoin d'une attention médicale immédiate par la Fondation des maladies du cœur du Manitoba, y compris un volet ciblant la population autochtone; selon un sondage, 76 % des Manitobains peuvent citer au moins 2 symptômes d'AVC.
- Quatre cliniques de prévention de l'AVC mises sur pied dont une dans chaque hôpital d'enseignement de Winnipeg et deux dans des hôpitaux ruraux; durant la première année d'activité, celle de Steinbach a organisé 85 cliniques et 862 visites de patients et vu 626 nouveaux clients; celle de Brandon recevait l'an dernier 532 patients et 315 nouveaux renvois.

- Quatre nouveaux coordonnateurs régionaux de l'AVC en poste pour secondar les autorités sanitaires régionales.

PRIORITÉS DES PRIORITÉS

Mise en œuvre de la Stratégie de l'AVC du Manitoba sur cinq ans en :

1. Appuyant le renforcement des capacités chez les autorités sanitaires régionales, permettant l'expansion des sites de soins actifs de l'AVC dans le Nord et le Manitoba rural.
2. Améliorant l'accès et la prestation de services de premier recours pour la prévention de l'AVC et la prise en charge de l'AIT.
3. Élaborant des modèles novateurs de soins de réadaptation visant à améliorer la prestation de soins à l'échelle de la province.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Ontario

Population : 13 millions

La première stratégie provinciale de l'AVC a été créée en 2000 par l'Ontario en partenariat avec la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario; un investissement annuel de 30 millions de dollars. La stratégie est devenue le Réseau ontarien de lutte contre l'AVC. Des progrès importants ont été le fruit d'une combinaison de changements systémiques, de recherche, d'évaluation et de gestion du savoir. Parmi les faits saillants figurent ses vastes campagnes de sensibilisation, ses protocoles et procédures de réacheminement pour les SMU, ses services de TéléAVC élargissant l'accès aux soins en phase aiguë en milieu rural et éloigné. La province compte 17 sites de TéléAVC à l'échelle de son territoire.

PRINCIPALES RÉALISATIONS

- Le tPA est administré en 2008-09 à 8,4 % des patients d'AVC ischémique; une augmentation importante par rapport au 3,2 % en 2002-2003.
- Comparées aux chiffres de 2003, les admissions en raison d'un AVC ont baissé de 23 %, le taux de mortalité à l'hôpital a été significativement réduit et les délais d'attente d'une chirurgie réduits de 41 à 15 jours; le pourcentage de patients recevant au congé une ordonnance d'antithrombotiques ou d'anticoagulants, d'antihypertenseurs et d'antilipidémiques a augmenté de 19,9 % en 2002-2003 à 52,1 % en 2008-2009.
- En 2008-2009, 26 des 142 hôpitaux de soins actifs de l'Ontario disposaient d'une unité d'AVC et la proportion des patients d'AVC ou d'AIT admis dans ces unités a été multipliée par huit depuis 2002-2003. Plus de patients reçoivent des soins de réadaptation à titre de patients hospitalisés et moins sont admis dans les établissements de soins de longue durée.
- Le nombre des cliniques de prévention de l'AVC est passé de sept en 2002-2003 à 34 en 2008-2009. Parmi les patients vus à l'urgence 57 % ont été aiguillés vers ces cliniques en 2008-2009, 14 % l'étaient en 2002-2003.

- En réponse aux besoins des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), des fiches de rendement ont été élaborées et mises en application.

PRIORITÉS DES PRIORITÉS

1. Réadaptation : en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS (initiative « SU/ANS ») élaboration de normes de soins et soutien à la mise en œuvre.
2. Stratégie de santé vasculaire : la Fondation des maladies du cœur, le Réseau des soins cardiaques et le Réseau de lutte contre les AVC de l'Ontario ont constitué un groupe de travail tripartite qui agira de catalyseur en vue de la création d'une Stratégie de santé vasculaire pour la province. Cette stratégie vise à réduire l'incidence, la prévalence et les conséquences de la maladie vasculaire.
3. Durabilité du programme : assurer la durabilité du programme de lutte contre l'AVC de l'Ontario aux niveaux provincial et régional et en particulier la durabilité de la stratégie, du financement de soutien aux centres de l'AVC, de la TéléAVC et des programmes d'évaluation et de recherche.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Québec

Population : 7,8 millions

La préparation d'une stratégie de l'AVC est enclenchée en janvier 2005 lors d'un exercice de remue-méninges auquel participaient des représentants de la Fondation des maladies du cœur du Québec et du gouvernement provincial.

En 2010, le ministre de la Santé annonçait quatre centres de soins tertiaires de l'AVC.

PRINCIPALES RÉALISATIONS

- La FMCQ a organisé trois sommets de l'AVC (en septembre 2008, 2009 et 2010) afin de déterminer dans quels secteurs apporter des améliorations aux services pour l'AVC au Québec et pour sensibiliser les professionnels de la santé aux améliorations requises.
- La FMCQ a organisé trois jours de sensibilisation à l'Assemblée nationale (en mai 2009 et 2010 et en avril 2011) pour mieux faire connaître les enjeux de l'AVC aux députés.
- Le ministre de la Santé a endossé les recommandations des spécialistes de l'AVC relatives à la mise en œuvre d'une stratégie provinciale de l'AVC. Un comité de mise en œuvre y travaille depuis deux ans.
- La FMCQ a préparé une brochure de 80 pages destinée aux survivants d'un AVC, expliquant la maladie, ses répercussions, la réadaptation et la vie post-AVC.
- Des séances de formation ont été organisées pour les professionnels de santé et le personnel infirmier en particulier afin de leur faire connaître les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*.

PRIORITÉS DES PRIORITÉS

1. Mise en œuvre de la stratégie québécoise dans le continuum des soins :
 - poursuite des travaux du comité consultatif; il en est résulté le document « AVC 1 » de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESS)
 - création et évaluation de quatre centres de soins tertiaires, un par Réseau universitaire intégré de santé (RUIS)
 - création d'un Registre de l'AVC du Québec
 - amélioration du processus de transition entre niveaux de soins
 - 5 partenaires : universités (facultés de médecine, soins infirmiers et autres professions), collèges et associations professionnels, agences de la santé et des services sociaux, 4 RUIS
2. Élaboration d'un tableau de présentation sur les facteurs de risque de l'AVC à utiliser par les professionnels de la santé avec leurs patients.
3. Un 4^e Sommet de l'AVC en collaboration avec la Société des sciences vasculaires du Québec afin de poursuivre l'éducation des professionnels sur l'AVC et ses soins.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Nouveau-Brunswick

Population : 752 000

Après la diffusion en 2006 de sa Stratégie intégrée de l'AVC, le Réseau de l'AVC du Nouveau-Brunswick a été mis sur pied ensemble avec des réseaux régionaux afin de rehausser les soins de l'AVC dans chaque région sanitaire.

PRINCIPALES RÉALISATIONS

- Adoption des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* à titre de normes provinciales.
- Campagne de sensibilisation sur les signes et symptômes de l'AVC et l'importance d'appeler le 9-1-1.
- Cliniques de dépistage de l'hypertension dans des zones de santé à l'échelle de la province en plus d'initiatives visant l'éducation et la sensibilisation du public.

- Patients avec AVC soignés dans des secteurs désignés des hôpitaux provinciaux.
- Renforcement de la formation professionnelle en matière d'AVC.

PRIORITÉS DES PRIORITÉS

1. Mise en œuvre d'une stratégie provinciale de thrombolyse par TéléAVC.
2. Détermination et surveillance d'indicateurs provinciaux.
3. Analyse d'une stratégie de réintégration dans la communauté et préparation d'un plan d'action complet.

Nouvelle-Écosse

Population : 943 000

Cardiovascular Health Nova Scotia (Santé cardiovasculaire N.-É.), un programme du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, est chargé de la mise en place d'une stratégie de l'AVC pour la province. Le gouvernement s'est engagé en 2007 à attribuer annuellement 3 millions de dollars à la stratégie.

PRINCIPALES RÉALISATIONS

- Coordonnateurs pour la mise en œuvre de la stratégie dans sept programmes de l'AVC à l'échelle de la province, et pour l'évaluation et la surveillance des soins.
- Renforcement du personnel en réadaptation de l'unité d'AVC.
- Campagne de sensibilisation à l'AVC à l'échelle provinciale.
- Prestation des pratiques optimales, ciblant les soins préhospitaliers, les soins actifs et la réadaptation précoce assurée et initiatives de prévention secondaire.
- Formation et occasions de réseautage et de collaboration pour les fournisseurs de soins de santé en vue de l'amélioration des soins de l'AVC pour tous les Néo-Écossais.

PRIORITÉS DES PRIORITÉS

1. Mise en œuvre d'une stratégie provinciale de surveillance des indicateurs stratégiques fondée sur les documents nationaux de mesure du rendement.
2. Poursuite du soutien accordé aux régions sanitaires qui n'ont pas encore entièrement mis en œuvre leurs programmes et protocoles pour l'AVC à l'échelle d'un ou de plusieurs districts.
3. Création d'occasions d'amplification des initiatives de prévention primaire et secondaire par la collaboration ciblant les facteurs de risque communs, telle l'hypertension.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Île-du-Prince-Édouard

Population : 142 000

Le ministère de la Santé, les SMU et la Fondation des maladies du cœur de l'Î.-P.-É. ont conjointement lancé une stratégie provinciale de l'AVC en 2006. La province a investi 3 millions de dollars.

PRINCIPALES RÉALISATIONS

- Disponibilité du tPA (2006).
- Mise en œuvre de protocoles pour les SMU pour le transport direct des patients présumés victimes d'un AVC (2007).
- Coordonnateur provincial de l'AVC en poste (2009).
- Unité d'AVC et unité de réadaptation post-AVC à l'hôpital Queen Elizabeth (QEH, avril 2010).
- Clinique de prévention secondaire de l'AVC à l'Hôpital du comté de Prince (PCH, octobre 2010).

PRIORITÉS DES PRIORITÉS

1. Poursuite des services de réadaptation et du congé précoce avec soutien à QEH, disponibilité de la réadaptation intensive en clinique externe aux QEH et PCH.
2. Mise en œuvre à l'échelle provinciale de services intégrés de prévention de l'AVC.
3. Élaboration et mise en œuvre de composantes des services de réintégration dans la communauté.

Terre-Neuve et Labrador

Population : 510 000

Terre-Neuve et Labrador s'est dotée de protocoles d'urgence provinciaux pour l'AVC, a mis sur pied trois unités d'AVC et a créé une clinique de prévention secondaire.

PRINCIPALES RÉALISATIONS

- Poste de consultant médical provincial pour l'AVC créé au ministère de la Santé et des Services communautaires.
- Protocoles provinciaux pour l'urgence et les soins actifs.
- Mise sur pied de trois unités d'AVC.
- Mise sur pied d'une clinique de prévention secondaire.
- Téléconférences de formation régulières destinées aux fournisseurs de soins de santé fondées sur les pratiques optimales (trois par année).

PRIORITÉS DES PRIORITÉS

1. Désignation et activation de centres de l'AVC pour adultes par chaque autorité sanitaire.
2. Mise sur pied d'unités d'AVC pour patients adultes hospitalisés dans les régions sanitaires où la masse critique nécessaire est présente.
3. Mise sur pied d'autres cliniques de prévention secondaire.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

INDICATEURS PROVINCIAUX CLÉS

Au moment du lancement de la Stratégie canadienne de l'AVC en 2005, les provinces avaient atteint des stades fort différents de prestation de soins pour l'AVC. Même si des progrès ont été accomplis depuis lors, une comparaison directe entre les provinces serait injuste. Voilà pourquoi il n'y a pas eu d'analyse statistique comparative. Les indicateurs qui suivent donnent une image des soins offerts pour l'AVC en 2008-2009. Depuis cet exercice, certaines provinces ont fait des progrès remarquables, comme il est noté dans la section précédente. Ainsi, par exemple, l'Île-du-Prince-Édouard au moment de la vérification ne disposait pas d'unité. Cela n'est plus le cas. Il y a lieu également de noter que seules deux régions sanitaires au Manitoba font partie de l'échantillon de la vérification et que par conséquent, l'échantillon manitobain n'est pas représentatif de l'ensemble de la province. Les données relatives au Manitoba sont pour cette raison distinguées par le symbole « * ».

Tableau 1. Patients inclus dans la vérification, par type d'AVC et province, Canada 2008-2009

	AVC ischémique	Accident ischémique transitoire	Hémorragie intracérébrale	Hémorragie sous-arachnoïdienne	Non déterminé
BC	60 %	18 %	12 %	6 %	4 %
AB	62 %	20 %	10 %	6 %	3 %
SK	61 %	25 %	10 %	4 %	0 %
MB*	71 %	12 %	7 %	9 %	1 %
ON	65 %	14 %	11 %	5 %	6 %
QC	63 %	19 %	11 %	5 %	2 %
NB	57 %	27 %	6 %	3 %	8 %
NS	70 %	13 %	8 %	6 %	3 %
PE	61 %	24 %	5 %	1 %	9 %
NL	55 %	29 %	8 %	4 %	4 %
National	63 %	17 %	11 %	5 %	4 %

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Tableau 2. Antécédents médicaux des patients inclus dans la vérification, par province, Canada 2008-2009

	AVC antérieur	AIT antérieur	Hypertension	Diabète	Fumeur à vie	Fibrillation auriculaire	Coronaropathie
BC	23 %	13 %	57 %	22 %	27 %	19 %	20 %
AB	18 %	12 %	66 %	25 %	29 %	15 %	22 %
SK	25 %	18 %	60 %	20 %	31 %	18 %	27 %
MB*	21 %	14 %	59 %	24 %	35 %	13 %	21 %
ON	23 %	13 %	66 %	24 %	29 %	18 %	26 %
QC	21 %	11 %	66 %	24 %	22 %	13 %	29 %
NB	24 %	20 %	70 %	27 %	23 %	17 %	27 %
NS	22 %	12 %	67 %	25 %	34 %	17 %	23 %
PE	32 %	20 %	80 %	22 %	20 %	22 %	30 %
NL	19 %	17 %	67 %	32 %	33 %	15 %	24 %
National	22 %	13 %	65 %	24 %	27 %	16 %	25 %

Tableau 3. Pourcentage des patients inclus dans la vérification arrivant à l'hôpital en ambulance, par province, Canada 2008-2009

	% des patients de tout type d'AVC arrivant en ambulance admis dans tous les centres
BC	73 %
AB	75 %
SK	69 %
MB*	69 %
ON	69 %
QC	70 %
NB	67 %
NS	71 %
PE	50 %
NL	62 %
National	70 %

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Tableau 4. Délai entre l'apparition des symptômes et l'arrivée à l'hôpital des patients avec AVC inclus dans la vérification, par province, Canada 2008-2009

	% ≤ 3,5 h	% ≤ 6 h AVC ischémique	% ≤ 12 h Tout type d'AVC
BC	40 %	47 %	65 %
AB	38 %	48 %	63 %
SK	28 %	39 %	61 %
MB*	20 %	29 %	51 %
ON	32 %	42 %	60 %
QC	36 %	45 %	60 %
NB	34 %	42 %	57 %
NS	35 %	43 %	59 %
PE	30 %	43 %	62 %
NL	37 %	52 %	66 %
National	34 %	44 %	61 %

Tableau 5. Patients inclus dans la vérification qui ont subi une TDM/IRM dans un délai donné, par province, Canada 2008-2009

	< 1 h après l'arrivée	< 24 h après l'arrivée	Avant le congé de l'hôpital
BC	20 %	63 %	96 %
AB	32 %	79 %	98 %
SK	16 %	40 %	91 %
MB*	20 %	61 %	98 %
ON	25 %	75 %	98 %
QC	18 %	66 %	98 %
NB	17 %	56 %	96 %
NS	28 %	76 %	97 %
PE	14 %	68 %	90 %
NL	13 %	61 %	95 %
National	22 %	69 %	97 %

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Tableau 6. Patients avec AVC ischémique inclus dans la vérification auxquels on a administré du tPA, par province, Canada 2008-2009

	% des patients avec AVC ischémique qui ont reçu du tPA
BC	9 %
AB	12 %
SK	10 %
MB*	11 %
ON	8 %
QC	11 %
NB	3 %
NS	8 %
PE	5 %
NL	8 %
National	8 %

Tableau 7. Patients avec AVC inclus dans la vérification admis dans une unité d'AVC, par province, Canada 2008-2009

	% des patients admis dans une unité d'AVC
BC	4 %
AB	52 %
SK	17 %
MB*	0,1 %
ON	31 %
QC	10 %
NB	42 %
NS	40 %
PE	0,5 %
NL	10 %
National	23 %

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Tableau 8. Destination du congé des patients inclus dans la vérification, par province, Canada 2008-2009

	Soins actifs	Soins continus complexes	Domicile	Soins de longue durée	Établissement de réadaptation	Maison de retraite	Autre
BC	10 %	0 %	67 %	13 %	8 %	1 %	1 %
AB	8 %	0 %	64 %	9 %	13 %	4 %	2 %
SK	19 %	1 %	51 %	12 %	16 %	2 %	1 %
MB*	2 %	11 %	57 %	4 %	24 %	1 %	1 %
ON	6 %	2 %	52 %	9 %	27 %	2 %	1 %
QC	6 %	0 %	60 %	12 %	17 %	4 %	1 %
NB	4 %	1 %	72 %	11 %	10 %	3 %	0 %
NS	11 %	1 %	63 %	8 %	16 %	1 %	0 %
PE	3 %	0 %	66 %	13 %	16 %	2 %	0 %
NL	6 %	0 %	70 %	9 %	13 %	1 %	1 %
National	7 %	2 %	58 %	10 %	19 %	2 %	1 %

Annexe B

ANALYSE ÉCONOMIQUE

L'AVC est la conséquence d'une interruption de l'approvisionnement sanguin du cerveau (l'AVC ischémique) ou d'un épanchement de sang dans le cerveau causé par la rupture d'un vaisseau sanguin (l'AVC hémorragique). Une lésion permanente du cerveau s'ensuit souvent et un tiers des patients d'AVC hospitalisés décèdent dans l'année. Un accident ischémique transitoire (AIT) est dû à une interruption de courte durée de l'approvisionnement sanguin du cerveau. La majorité des AIT ne causent pas de lésions permanentes et les symptômes peuvent rapidement disparaître. Toutefois une personne qui a subi un AIT est à plus grand risque d'un autre AIT ou d'un AVC complet. La notion de syndrome cérébrovasculaire aigu inclut autant l'AVC que l'AIT.

L'AVC ayant des incidences économiques et sanitaires importantes, les initiatives visant à réduire son incidence et à améliorer les soins que reçoivent les patients sont devenues une importante priorité dans de nombreuses sphères de compétence à l'échelle mondiale. L'on a bien compris que toute tentative d'optimiser les soins de l'AVC doit s'attaquer au cheminement clinique complet. La Stratégie canadienne de l'AVC, notamment, a cerné les initiatives qui auront pour résultat de développer et d'améliorer le cheminement clinique du syndrome cérébrovasculaire aigu, y compris tous ses éléments constitutifs clés dans le continuum des soins.

Le présent document évalue ces éléments clés dans le but de prédire où l'on pourrait possiblement éviter des coûts si les services pour l'AVC étaient fournis de manière complète et optimale au Canada.

Soins actuels de l'AVC au Canada

L'estimation du potentiel d'évitement de coûts au Canada si les services pour l'AVC étaient fournis de manière complète et optimale requiert un bilan des soins actuels. Cette image a été dressée en utilisant diverses sources de données, dont :

- les résumés fournis pour les cinq exercices de 2004-2005 à 2008-2009 par l'Institut canadien d'information sur la santé pour chaque province, sauf le Québec;
- les données recueillies lors de la vérification par le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires en 2008-2009 de dossiers médicaux de 295 hôpitaux, représentant 89 % des hospitalisations en raison d'un AVC;
- les données du Registre de l'AVC de la Colombie-Britannique pour les années 2002-2003 à 2008-2009 et
- en l'absence de données des sources mentionnées, les données relevées dans la littérature ou les rapports d'experts permettant de se faire une idée de certains aspects de l'état des soins fournis pour l'AVC au Canada.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

L'« état actuel » a servi de point de départ pour le modèle d'évitement des coûts et est résumé dans le tableau qui suit. Chaque année le nombre estimatif d'hospitalisations pour des soins de l'AVC est de 32 081, dont 28 345 pour un premier AVC, 493 pour une réadmission et 3 243 pour une récurrence. La cohorte de patients de l'AVC est associée à l'utilisation de 639 000 jours en soins actifs et près de 4,5 millions de jours en établissement de soins pour bénéficiaires internes. Outre l'utilisation de ressources de soins de santé directs, la cohorte est associée à 7 111 décès à l'hôpital et la perte d'environ 286 000 années de vie ajustées pour la qualité de vie.

	Type d'AVC		
	<u>Ischémique</u>	<u>Hémorragique</u>	<u>Tous</u>
Cas d'AVC hospitalisés	26 275	5 806	32 081
Jours en soins actifs	520 840	118 613	639 453
Jours en établissement de soins	3 801 199	663 027	4 464 226
Décès à l'hôpital	4 782	2 329	7 111
Années de vie ajustées pour la qualité de vie perdues	214 018	72 171	286 188

Occasions d'évitement de coûts

Les occasions d'optimisation des soins de l'AVC et par conséquent, les occasions potentielles d'évitement de coûts seront évaluées pour quatre domaines majeurs tel que décrit ci-dessous. Un tableau résumant les avantages annuels qu'auraient des soins optimaux de l'AVC dans chacun de ces domaines figure à la fin du présent chapitre.

Cliniques d'évaluation rapide des AIT

Pour réduire le risque que l'AIT mène à un AVC complet, il importe avant tout d'effectuer rapidement son diagnostic et d'enclencher aussitôt les soins. L'incidence d'un AVC consécutif à un AIT étant élevée, un fardeau économique important est associé à l'AIT en termes de taux d'hospitalisation et de réadaptation en établissement.

Le modèle se fonde sur les hypothèses suivantes :

- 10 % des 38 034 nouveaux cas d'AIT/d'AVC sans hospitalisation qui surviennent selon les estimations annuellement au Canada reçoivent des soins optimaux (évaluation et soins en moins de 72 heures de l'apparition des symptômes). Donc, 27 384 patients ne reçoivent **pas** des soins optimaux.
- Le taux annuel de passage d'un AIT/AVC sans hospitalisation à un AVC avec hospitalisation pourrait être réduit de 70 %.
- 80 % des 27 384 patients recevraient éventuellement des soins optimaux.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Globalement parlant, la prestation de soins optimaux dans ce domaine réduirait le nombre d'hospitalisation de 899, le nombre de jours en soins actifs de 17 821 et le nombre de jours en établissement de soins de 130 063, un évitement annuel de coûts directs de 45,2 millions de dollars. Par ailleurs, 164 décès prématurés seraient évités chaque année ainsi que 7 323 années de vie ajustées pour la qualité de vie (AVAQ) épargnées, un évitement annuel de coûts indirects de 309,6 millions de dollars.

Thrombolyse pour l'AVC ischémique en phase aiguë

Le traitement précoce de l'AVC ischémique à l'aide d'un agent thrombolytique peut rétablir l'approvisionnement sanguin du cerveau avant qu'il y ait de graves lésions. Une de ces thérapies consiste à administrer l'activateur tissulaire du plasminogène (tPA). Ceci n'est toutefois efficace qu'en moins de 4,5 heures après l'apparition des symptômes. Le traitement étant assujéti à de stricts critères d'inclusion et d'exclusion et des délais limités avant l'arrivée à l'urgence, peu de patients reçoivent du tPA. Il y aurait lieu d'augmenter le nombre de patients admissibles par la mise sur pied de réseaux de TéléAVC, par l'acheminement rapide du patient vers l'urgence et par un diagnostic rapide et précis.

Le modèle de l'impact des soins optimaux dans ce domaine se fonde sur les hypothèses suivantes :

- Des soins optimaux dans ce domaine signifieraient que 10 % des patients d'AVC ischémique reçoivent du tPA (plutôt que les 7,4 % actuels).
- La durée du séjour à l'hôpital à un autre niveau de soins des patients auxquels on a administré du tPA serait réduite de 12,3 % en moyenne.
- 11 % des patients bénéficieraient de l'administration de tPA.
- Le risque d'une réadmission ou d'une récurrence chez les patients qui obtiennent les bienfaits de l'administration du tPA serait réduit de moitié (50 %).
- Des 11 patients sur 100 qui tireraient des bienfaits de l'administration du tPA, cinq auraient un score sur l'échelle de Rankin modifiée (mRS) de 3, et six un mRS de 4. Tous les patients ayant un score mRS de 4 et 50 % des patients ayant un score mRS de 3 auraient eu besoin de soins en établissement.
- Tous les patients qui auraient bénéficié du tPA iraient chez eux à leur congé de l'hôpital.

Globalement parlant, les résultats qu'auraient des soins optimaux dans ce domaine se compteraient par 163 moins d'hospitalisations, 4 351 moins de jours en soins actifs et 43 902 moins de jours en établissement de soins, soit un évitement annuel de coûts directs de 13,6 millions de dollars. En outre, 46 décès prématurés seraient évités chaque année. Puisque les patients qui auraient bénéficié de l'administration de tPA passeraient dans la catégorie des victimes d'un AVC mineur ayant une meilleure qualité de vie, cela aurait pour effet une augmentation nette de 122 du nombre d'années de vie ajustées pour la qualité de vie, soit un évitement de coûts indirects annuels de 5,2 millions de dollars.

Unités d'AVC complètes

Une unité d'AVC complète est une unité d'hôpital dotée d'une équipe interdisciplinaire spécialisée en prise en charge et soins de l'AVC. Le parcours du patient dans le système de soins de l'AVC se déroule de manière optimale si son cheminement clinique est tracé et suit le patient dans les diverses étapes du continuum de soins de l'AVC. La recherche qui s'est penchée sur la comparaison des soins en unité organisée spécialisée avec les soins dans une unité de médecine générale démontre l'efficacité des unités d'AVC. Les soins dans une unité d'AVC sont associés à une baisse des décès, des soins en établissement, de la dépendance et de la durée du séjour.

Au Canada, selon les estimations, 23 % des patients d'AVC seraient soignés dans une unité d'AVC.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Le modèle de l'impact des soins optimaux dans ce domaine se fonde sur les hypothèses suivantes :

- Il y aurait une réduction de 20,7 % des autres niveaux de soins actifs.
- Il y aurait une baisse de 15 % des décès.
- Les soins en établissement seraient réduits de 5 %.
- La baisse de 20 % des décès et de la perte d'autonomie se refléterait dans le nombre de patients retournant chez eux.
- Au maximum 80 % des patients avec AVC seraient soignés dans une unité d'AVC complète.

Globalement parlant, la prestation de soins optimaux dans ce domaine aurait comme effet de réduire les jours en soins actifs de 79 000 et les jours en établissement de soins de 132 000, ce qui se traduit par un évitement annuel de coûts directs de 117,7 millions de dollars. Par ailleurs, 638 décès prématurés seraient évités chaque année et 2 341 années de vie ajustées pour la qualité de vie seraient épargnées, soit un évitement de coûts indirects annuels de 99 millions de dollars.

Congé précoce avec soutien à domicile

Les patients victimes d'un AVC léger à modéré peuvent recevoir le congé de l'hôpital plus tôt en fonction de la disponibilité des soutiens à domicile. Les patients dans un programme de congé précoce avec soutien séjournent moins longtemps à l'hôpital. Le congé précoce avec soutien est associé à un taux réduit de décès ou d'institutionnalisation et de décès ou de perte d'autonomie.

Le modèle de l'impact des soins optimaux dans ce domaine se fonde sur les hypothèses suivantes :

- 3 % des patients avec AVC hospitalisés au Canada reçoivent actuellement un congé précoce avec soutien (le programme existe à Calgary et à Winnipeg et dans certaines parties de l'Ontario).
- 37 % des patients avec AVC hospitalisés pourraient recevoir le congé précoce avec soutien.
- Chez les patients de congé précoce avec soutien, il y aurait une baisse de 26,7 % du séjour à un autre niveau de soins actifs, de 10 % des décès et de 16 % des soins et établissement.
- La baisse de 26 % des décès et de la perte d'autonomie reflète des patients qui retourneraient plutôt chez eux.

Globalement parlant, la prestation de soins optimaux dans ce domaine aurait comme effet de réduire les jours en soins actifs de près de 65 000 et les jours en établissement de soins de 226 000, ce qui se traduit par un évitement annuel de coûts directs de 125,9 millions de dollars. Par ailleurs, 213 décès prématurés seraient évités chaque année et 782 années de vie ajustées pour la qualité de vie seraient épargnées, soit un évitement de coûts indirects annuels de 33,1 millions de dollars.

Résumé des bienfaits annuels estimatifs de la prestation de soins optimaux

Les bienfaits annuels estimatifs dans les quatre domaines d'améliorations dans le continuum des soins de l'AVC sont résumés dans les tableaux qui suivent. Le résultat cumulatif estimatif se traduit par environ 166 000 jours de moins en soins actifs et 532 000 jours de moins en soins en établissement, soit un évitement annuel de coûts directs de 302 millions de dollars (voir les tableaux qui suivent). L'utilisation estimative de lits en soins actifs et en établissement de soins serait réduite de 432 et de 1 444 lits, respectivement.⁴¹

L'évitement de **coûts directs** associés aux services de soins actifs et en établissement serait très significatif si des soins optimaux de l'AVC étaient mis en œuvre à l'échelle nationale. Non seulement 1 061 décès prématurés seraient évités chaque année, mais également 10 324 années de vie ajustées

⁴¹ Cette réduction potentielle a été calculée en fonction d'un taux d'occupation de 95 % des lits en soins actifs et de 99 % des lits en établissement de soins.

La qualité des soins de l'AVC au Canada

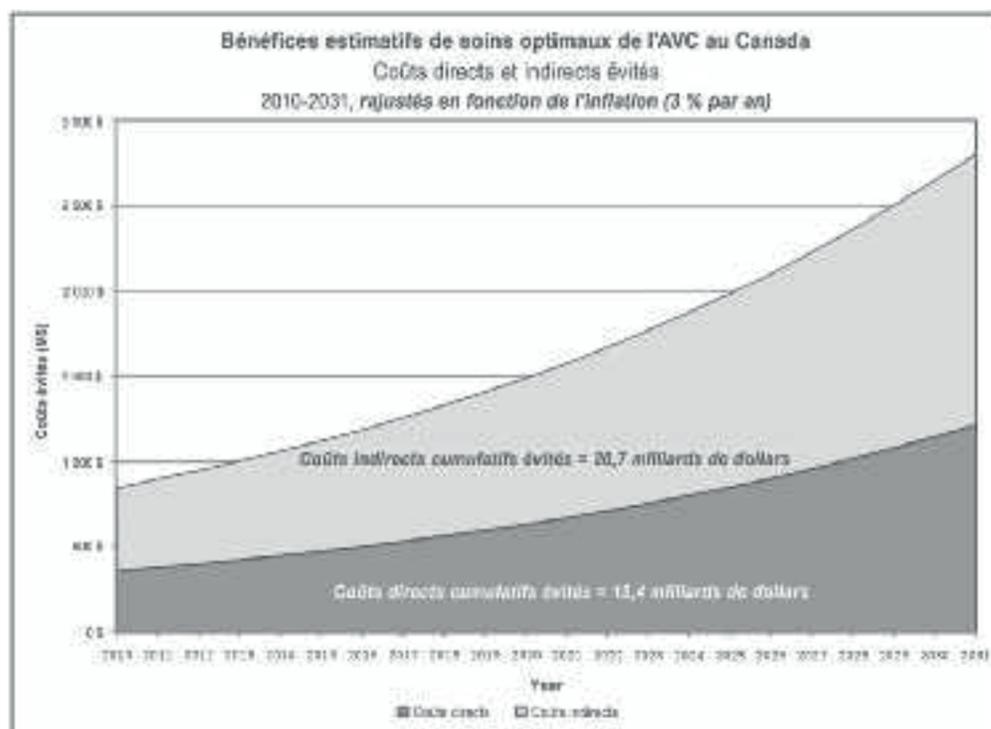
pour la qualité de vie seraient épargnées. Ces années de vie ajustées pour la qualité de vie (AVAQ) épargnées sont associées aux décès prématurés de patients d'AVC, à la longévité généralement réduite des personnes qui ont été victimes d'un AVC et à la qualité de vie réduite des survivants de l'AVC. L'évitement de coûts indirects annuels associés à ces facteurs est estimé à environ 436 millions de dollars.

Bienfaits annuels estimatifs des soins optimaux pour l'AVC/AIT au Canada					
Par domaine ciblé					
	Évaluation et soins rapides de l'AIT ¹	Utilisation accrue du tPA ²	Unité d'AVC ³	Congé précoce avec soutien ⁴	Total
Cas d'AVC hospitalisés	(899)	(163)	0	0	(1 062)
Jours en soins actifs	(17 821)	(4 351)	(78 711)	(64 993)	(165 876)
Coûts des soins actifs (M\$)	(17,45)	(4,26)	(89,58)	(77,76)	(189,04)
Jours en établissement de soins	(130 063)	(43 902)	(132 140)	(226 202)	(532 307)
Coûts en établissement de soins (M\$)	(27,70)	(9,35)	(28,15)	(48,18)	(113,38)
Coûts directs (M\$)	(45,15)	(13,61)	(117,73)	(125,94)	(302,42)
Décès à l'hôpital	(164)	(46)	(638)	(213)	(1 061)
Perte d'AVAQ	(7 323)	122	(2 341)	(782)	(10 324)
Coûts indirects (M\$)	(309,57)	5,17	(98,98)	(33,05)	(436,44)
Pourcentage du total					
Cas d'AVC hospitalisés	84,7	15,3	0,0	0,0	100
Jours en soins actifs	10,7	2,6	47,5	39,2	100
Jours en établissement de soins	24,4	8,2	24,8	42,5	100
Coûts directs (M\$)	14,9	4,5	38,9	41,6	100
Décès à l'hôpital	15,4	4,4	60,1	20,1	100
Perte d'AVAQ	70,9	-1,2	22,7	7,6	100
Coûts indirects (M\$)	70,9	-1,2	22,7	7,6	100
<i>Notes relatives aux hypothèses clés :</i>					
¹ 80 % des patients ne recevant pas des soins optimaux recevront en dernier ressort des soins optimaux.					
² L'utilisation du tPA augmentera de 7,40 % en 2008-2009 à 10 % des patients d'AVC ischémique hospitalisés.					
³ 80 % des patients ne recevant pas des soins optimaux recevront en dernier ressort des soins optimaux.					
⁴ 37 % des patients recevront en dernier ressort des soins optimaux.					

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Bienfaits annuels estimatifs de soins optimaux de l'AVC au Canada				
	État actuel	Soins optimaux	Écart	Écart en %
Première hospitalisation	28 345	27 551	(749)	-2,8 %
Réadmission	493	458	(35)	-7,2 %
Réadmission pour récurrence	3 243	3 011	(232)	-7,2 %
Durée moyenne d'hospitalisation	19,93	15,27	(4,67)	-23,4 %
Total des jours en soins actifs	639 453	473 577	(165 876)	-25,9 %
Congé à domicile	12 228	13 389	1 161	9,5 %
% Congés à domicile	38,1 %	43,2 %	5,0 %	13,2 %
Décès totaux à l'hôpital	7 111	6 050	(1 061)	-14,9 %
% Décès à l'hôpital	22,5 %	19,8 %	-2,7 %	-12,1 %
Congé à établissement de soins	8 404	7 398	(1 006)	-12,0 %
% Congés à établissement de soins	26,2 %	23,8 %	-2,3 %	-9,0 %
Total des jours en établissement	4 464 226	3 931 919	(532 307)	-11,9 %
Perte d'AVAQ	286 188	275 864	(10 324)	-3,6 %
Coûts des soins directs (M\$)				
Soins actifs	724,24	535,19	(189,04)	-3,6 %
Soins en établissement de soins	950,88	837,50	(113,38)	-11,9 %
Coûts indirects (M\$)	12 098,61	11 662,17	(436,44)	-3,6 %

Bienfaits cumulatifs de 2010 à 2031



La mise en œuvre de soins optimaux de l'AVC au Canada aurait de 2010 à 2031 comme résultat une baisse cumulative de 6,2 millions de jours en soins actifs et de 18,2 millions de jours en établissement de

La qualité des soins de l'AVC au Canada

soins, ce qui se traduit par un évitement de coûts directs cumulatifs d'environ 10,7 milliards de dollars (en dollars constants de 2010).

Par ailleurs, 37 000 décès prématurés auraient été évités au pays. La prestation de soins optimaux de l'AVC de 2010 à 2031 est aussi associée à une épargne de 341 000 années de vie ajustées pour la qualité de vie. L'évitement de coûts annuels cumulatifs indirects est estimé à environ 14,4 milliards de dollars.

L'évitement de coûts cumulatifs totaux de 2010 à 2031 est estimé à 25,2 milliards de dollars. Si les coûts futurs sont rajustés en fonction de l'inflation à un taux annuel de 3 %, l'évitement cumulatif total de coûts de 2010 à 2031 se chiffrerait à 36,1 milliards de dollars (15,4 milliards en coûts directs et 20,7 milliards en coûts indirects).



La qualité des soins de l'AVC au Canada

GLOSSAIRE

AIT ou accident ischémique transitoire

Souvent appelé mini-AVC, l'AIT est causé par une interruption temporaire de l'approvisionnement sanguin du cerveau; ses symptômes sont passagers et sa victime n'éprouve pas de déficits à long terme.

Anticoagulant

Médicament qui empêche la formation de caillots dans les vaisseaux sanguins; l'héparine et la warfarine sont des exemples d'anticoagulants. De nouveaux médicaments qui ne requièrent pas d'épreuves sanguines et d'ajustement de la dose sont maintenant également disponibles.

Antiplaquettaire

Médicament qui entrave la capacité qu'a le sang de former des caillots; l'aspirine est un exemple d'antiplaquettaire.

Antithrombotique

Anticoagulants et antiplaquettaires sont des antithrombotiques qui préviennent la formation de caillots.

AVC hémorragique

Notion couvrant deux types distincts :

- 1) ***l'hémorragie intracérébrale (HI)*** : AVC dû à la rupture d'un petit vaisseau sanguin dans le cerveau; la HI est habituellement associée à l'hypertension
- 2) ***l'hémorragie sousarachnoïdienne (HS)*** : AVC dû à la rupture d'une artère entourant le cerveau à l'intérieur de la boîte crânienne

AVC ischémique

AVC causé par l'interruption ou le blocage du flux sanguin vers une partie du cerveau

Centre de soins complets de l'AVC

Aux fins de la vérification, un centre de soins complets de l'AVC est un hôpital qui dispose de l'imagerie du cerveau (TDM ou IRM), administre la thrombolyse (tPA) et fournit des soins aux patients d'AVC dans une unité d'AVC désignée.

Clinique de prévention de l'AVC

Clinique offrant des services complets de prévention de l'AVC aux patients non admis à l'hôpital au moment de leur visite à l'urgence ou ayant besoin de suivi après le congé de l'hôpital

Congé précoce avec soutien

Programme de congé de l'hôpital visant à réduire la durée de l'hospitalisation et à fournir une réadaptation continue couvrant autant la période d'hospitalisation que les premières semaines du retour au domicile. Le processus modifie le cheminement clinique usuel dans le but d'assurer des services plus susceptibles de convenir aux besoins des patients en réadaptation.

Durée du séjour

Mesure de la durée d'une hospitalisation distincte

Dysphagie

Difficulté ou incapacité à avaler

La qualité des soins de l'AVC au Canada

Endartériectomie carotidienne

Intervention chirurgicale consistant à enlever la plaque qui obstrue en partie un des vaisseaux du cou (artère carotide) dans le but de prévenir un premier AVC ou de réduire le risque d'une récurrence

Établissement de soins pour bénéficiaires internes

Cadre de vie dans lequel vivent des personnes ayant des besoins spéciaux et qui fournit une aide pour les activités de la vie quotidienne

Facteur de risque

Caractéristique d'une personne (ou d'un groupe de personnes) associée positivement à un trouble de la santé ou une maladie

Fibrillation auriculaire

Rythme cardiaque rapide et irrégulier qui augmente considérablement le risque d'AVC

Hypertension

Tension artérielle élevée définie comme étant supérieure à 140/90 mm Hg de manière répétée; l'hypertension est le plus important facteur de risque modifiable de l'AVC et de l'AIT.

IRM ou imagerie par résonance magnétique

Méthode non invasive d'obtenir une image du cerveau d'un patient d'AVC

Médian

Valeur qui se trouve au centre d'un ensemble de données; la moitié des valeurs se trouvent au-dessus de cette valeur et l'autre moitié sous cette valeur.

MIF^{MC}

Score d'indépendance fonctionnelle mesurant le niveau d'handicap après un AVC sur une échelle de 1 (dépendance totale) à 7 (indépendance complète); les scores inférieurs à 6 indiquent que le patient a besoin de l'aide ou de la supervision d'une autre personne.

Prévention secondaire

Mesures prises en vue de prévenir une récurrence d'une maladie

Réadaptation

Rétablissement optimal des capacités fonctionnelles physiques et psychologiques

Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC

Lignes directrices décrivant les soins optimaux pour l'AVC, produites par un groupe d'experts en 2006 et mises à jour en 2008 et 2010; elles sont disponibles en ligne à www.pratiquesoptimalesavc.ca.

Récupération

Processus par lequel une personne recouvre ses fonctions corporelles, ses activités et sa participation (sans limite de temps)

Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires

Réseau national de chercheurs de l'AVC dont le siège est situé à l'Université d'Ottawa

Services médicaux d'urgence

Services donnés par des techniciens ambulanciers paramédics

La qualité des soins de l'AVC au Canada

TDM ou tomodensitométrie

Technique de radiographie particulière utilisant l'ordinateur qui permet d'obtenir une image du cerveau d'une personne présumée victime d'un AVC

TéléAVC

Échange de renseignements médicaux par télécommunication entre un site et un autre dans le but d'éduquer le patient ou le fournisseur de soins de santé et d'améliorer les soins donnés au patient

Thrombolyse

Utilisation de médicaments (p. ex., le tPA) pour briser un caillot sanguin

tPA ou activateur tissulaire du plasminogène

Médicament qui brise les caillots sanguins administré aux patients d'AVC ischémique admissibles; administré par voie intraveineuse, le tPA peut annuler les lésions dus à l'AVC s'il est administré moins de 4,5 heures après l'apparition des symptômes.

Unité d'AVC

Unité d'hôpital spécialisée, géographiquement définie, dotée d'une équipe de soins de l'AVC désignée et de ressources (p.ex., cheminement clinique, matériel pédagogique, lits surveillés)

Urgence ou Service d'urgence

Service dans un hôpital ou centre de premiers soins offrant des soins initiaux à des patients victimes d'un large éventail de lésions ou de maladies, dont certaines peuvent mettre la vie du patient en danger et nécessitent une attention médicale immédiate.