
AVIS

sur le projet de Plan national d'actions « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 »

19 février 2010

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP), et en particulier sa Commission spécialisée « évaluation, stratégie et prospective » a été saisi en décembre 2009 par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) pour apporter un appui méthodologique à la conception du plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 », notamment en ce qui concerne les indicateurs de suivi et d'évaluation. Dans la continuité de cette première contribution, le HCSP a été sollicité pour donner un avis formel sur le projet de plan soumis à la concertation interministérielle.

Le HCSP souligne l'intérêt, dans la suite du rapport Ferry-Lemonnier, d'avoir élaboré un plan de santé publique concernant l'accident vasculaire cérébral (AVC). Il s'agit en effet d'une affection dont l'impact est majeur, avec une estimation de 140 000 nouveaux cas chaque année et de près de 30 000 décès qui lui seraient imputables. On estime à 600 000 dans notre population la prévalence des personnes vivant avec des séquelles d'AVC. Or, ce bilan devrait s'alourdir progressivement sous l'effet du vieillissement démographique de la population.

Des progrès récents dans la connaissance des facteurs de risque de l'AVC, dans la maîtrise de la thrombolyse, pratiquée en urgence dans les unités neuro-vasculaires (UNV), dans la prévention des complications par la rééducation précoce et la prise en charge appropriée des séquelles, justifient aujourd'hui le déploiement de dispositifs de prévention et de prise en charge adaptés, avec l'ambition qu'ils soient accessibles à l'ensemble de la population.

La prise en charge de l'AVC doit donc s'organiser en filières depuis la phase pré-hospitalière, compte tenu de l'extrême urgence du traitement initial, jusqu'au retour au domicile. Pour les patients gardant un handicap, une prise en charge adaptée dans des services de soins de suite spécialisés¹ est nécessaire, avec une organisation et un suivi de la réadaptation et de la réinsertion au domicile, voire en institution.

De manière générale, le HCSP s'est interrogé sur l'opportunité, à terme, de regrouper dans un plan spécifique « hypertension artérielle » les mesures de prévention et de prise en charge de ce facteur de risque majeur, mais qui est en fait commun aux AVC et à plusieurs autres pathologies, notamment cardiaques et rénales.

¹ SSR spécialisés pour les affections du système nerveux ou pour personnes âgées polyopathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance

En matière de facteurs de risques, il est fort justement souligné, dans l'argumentation développée en introduction de l'axe 1, que le tabagisme joue un rôle important. Cependant il paraît excessif de dire que le pourcentage de femmes fumant quotidiennement est croissant de façon persistante. En effet, les analyses établies à partir des données disponibles montrent que le pourcentage de femmes fumant quotidiennement est stable depuis les années 1980².

L'existence d'inégalités sociales de mortalité par AVC est avérée en France comme dans de nombreux pays, notamment à travers les analyses du CépiDc.

De même, de nombreuses études montrent la relation entre statut social et prévalence de l'Hypertension artérielle (HTA), facteur de risque essentiel de l'AVC. Enfin, il semble établi que le gradient social de mortalité peut être notablement réduit, au moins pour les pathologies cardiovasculaires, si un suivi médical intensif de l'HTA est réalisé³.

Or, les actions du plan AVC laissent largement de côté la thématique des inégalités sociales de santé (ISS). La seule mention qui y est faite, dans les principes d'action, fait référence à la mission générale des ARS en la matière.

Par ailleurs, l'accent est surtout mis sur la réduction d'inégalités d'accès aux soins, à travers une action volontariste sur la répartition territoriale de l'offre. Or cette nécessaire action sur l'offre ne suffira probablement pas à réduire les ISS, l'utilisation du système de soins étant toujours socialement marquée en défaveur des catégories les moins favorisées. En termes de prévention, certaines données semblent montrer que malgré un dépistage et une mise sous traitement plus égalitairement répartis entre niveaux sociaux, l'efficacité des traitements est plus faible chez les ouvriers que chez les cadres⁴, sans doute en raison d'une moindre observance ou d'une interaction plus défavorable entre médecin et patient.

C'est pourquoi un objectif général de réduction des ISS nous semble devoir être ajouté, assorti d'actions spécifiques en termes de suivi de l'évolution de ces inégalités, mais aussi de prévention ciblée et de formation des professionnels.

Concernant le financement des actions, et de manière à pouvoir établir un suivi rigoureux du plan, il serait souhaitable de prévoir avec précision le coût des actions, et leur mode de financement. Parallèlement, il faut également estimer par anticipation les ressources humaines nécessaires en personnel de santé, qui peuvent aussi constituer des facteurs bloquants, compte tenu de la démographie actuelle de ces professions.

Par ailleurs, en termes d'évaluation médico économique, le plan fait référence au calcul de rapports coût/bénéfice. Il semble préférable, à la fois pour la faisabilité des évaluations, mais aussi pour des considérations éthiques, de parler de rapport coût/efficacité, voire coût/utilité.

Le plan est structuré en 4 axes totalisant 20 actions. Les axes thématiques répondent à des regroupements des actions qui semblent réalisés en fonction des structures et tutelles concernées, s'éloignant en cela du plan retenu par le rapport Ferry-Lemonnier ou par le rapport sénatorial de 2007, qui était organisé selon la logique du parcours du patient.

L'avis du HCSP comporte également des recommandations plus ciblées, sur certaines actions et enfin sur les indicateurs pouvant être mis en œuvre pour le suivi, puis pour l'évaluation même du plan.

² DREES : l'état de santé de la population en France 2008 objectif 3 page 82

<http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2008/santepop2008.htm>

³ Leclerc & al., 2008, « *Inégaux face à la santé* », La découverte, Paris.

⁴ *Ibid.*

Recommandations spécifiques à certaines actions :

- Action 14 : la consultation de bilan post AVC semble difficilement pouvoir être réalisée par un médecin généraliste seul, s'agissant d'évaluer au mieux les problèmes médicaux, de rééducation, psychologiques et sociaux des patients victimes d'un AVC. Cette consultation doit être multidisciplinaire et doit comporter une évaluation neuro-psychologique. Elle devrait également comporter un volet social et déterminer si les aidants ont besoin d'un soutien. Cette consultation multi-professionnelle ne peut se concevoir que dans le cadre de la filière hospitalière AVC et son financement devrait alors être précisé dans le plan.

- Sous Action 9-1

Les bonnes pratiques de prise en charge de l'accident ischémique transitoire (AIT) dans les UNV ont été définies récemment dans les recommandations de la HAS⁵ et dans une circulaire⁶ DHOS de 2007. Par rapport à ces recommandations, la proposition du plan d'organiser des « circuits courts » pour les suspicions d'AIT devrait faire l'objet d'une évaluation a priori, avant sa mise en œuvre. En effet, ce double circuit pourrait compliquer, voire retarder la prise en charge des patients. Il entraînerait probablement aussi une duplication des équipes soignantes, des plateaux techniques, de l'organisation du suivi et en particulier de l'éducation thérapeutique.

En, revanche, les zones géographiques éloignées des grands centres hospitaliers, et où la densité de population ne peut pas justifier l'implantation d'UNV, posent problème. Il paraît souhaitable d'envisager que les patients débutant un AVC dans des lieux situés à plusieurs heures de transport d'une UNV puissent aussi bénéficier d'une prise en charge adaptée, et éventuellement d'une thrombolyse. Ces prises en charges exceptionnelles pourraient être réalisées en milieu hospitalier, dans le cadre d'un monitoring conduit à distance par une UNV de référence, en recourant notamment à des moyens de télémédecine. Les Agences Régionales de Santé pourraient être incitées à développer ce type de coopération, comme il en est fait mention dans l'action 13.

- Actions facilitant la réinsertion des patients conservant un handicap à domicile ou en institution. Ces actions devraient être précisées dans le plan. En particulier :

- le développement de collaborations efficaces entre les professionnels de santé libéraux ou hospitaliers (médecin généraliste, médecin neurologue, médecin MPR, gériatre, infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychologue, diététiciennes, etc.) ainsi qu'avec les intervenants médicosociaux .

- des actions facilitant le maintien dans leur lieu de vie des patients et leur qualité de vie en mettant en œuvre les moyens médicaux et sociaux, notamment au travers d'accueils de jour organisés pour les patients AVC.

- le développement des maisons d'accueil spécialisées et des foyers d'accueil médicalisés. Il faut prévoir le personnel nécessaire à la prise en charge, particulièrement pour les structures accueillant des patients jeunes en perte d'autonomie après un AVC.

- des actions pour faciliter la réinsertion des personnes défavorisées ayant été victimes d'un AVC pourraient également être détaillées dans le plan.

⁵ Rapport HAS « Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce »

⁶ circulaire n° DHOS/ O4/2007/108 du 22 mars 2007

Recommandations portant sur l'évaluation du plan et les indicateurs.

La première recommandation appelle à différencier plus nettement trois groupes d'indicateurs:

- les indicateurs de suivi des objectifs spécifiques (énumérés à la page 10 du projet de plan) ;
- les indicateurs nationaux pressentis pour chacun des axes du programme d'action ;
- les indicateurs de suivi du financement et de la mise en œuvre des actions engagées dans le cadre du plan, particulièrement pour les actions spécifiques au plan AVC.

Une deuxième recommandation invite à développer des indicateurs cartographiques permettant de suivre l'évolution de la couverture territoriale de la population au fur et à mesure du déploiement des UNV.

1) Indicateurs de suivi des objectifs spécifiques

Les commentaires de la Commission évaluation, stratégie et prospective du HCSP sur le tableau d'indicateurs, qui avait été précédemment soumis à son avis, ont été transmis début janvier à la DHOS. Les 23 indicateurs retenus par le HCSP ont été mis en correspondance avec les objectifs spécifiques, et les commentaires du HCSP figurent dans les tableaux annexés au projet de plan.

Remarque : il n'y avait pas d'indicateur proposé pour 2 des objectifs spécifiques, l'objectif 7 (« améliorer l'information et la formation des professionnels ») et l'objectif 9 (« contribuer à la formation et au soutien des aidants »).

2) Indicateurs associés aux axes du programme d'action.

Dans la version actuelle du projet, seul le premier axe (Informer pour prévenir : améliorer la prévention et l'information de la population) comporte des indicateurs.

La quantification de l'indicateur national d'évaluation ne semble pas réaliste pour un plan quadriennal. Il est peu probable que l'âge moyen de survenue des AVC puisse augmenter de 7 ans sur les 4 ans de durée du plan. De plus, l'évolution de l'âge moyen et de l'âge médian est aussi liée à l'évolution de la structure d'âge de la population.

Cet axe 1, consacré à la prévention des « primo AVC » et des récives, pourrait plutôt bénéficier d'un indicateur de baisse des taux standardisés de survenue des AVC (intégrant les primo AVC et les récives). La quantification de la baisse pourrait en être fixée à 1 % par an, mais probablement pas plus, compte tenu des faibles évolutions actuelles. Cet indicateur devrait être complété par les taux d'incidence (primo AVC) observés dans les registres français des AVC.

3) Indicateurs de suivi et de financement des actions réalisées.

Le HCSP recommande qu'un tableau de bord annuel des différentes actions en termes de mise en œuvre et de financement soit élaboré et régulièrement mis à jour pour le suivi du plan. De ce point de vue, quelques actions particulières appellent des commentaires.

Pour l'axe 1 « Informer pour prévenir » :

- Action 1, sous action 3 : intégrer également un (ou plusieurs) indicateur de mise en œuvre du programme par l'assurance maladie
- Action 3 : Intégrer un indicateur sur l'effectivité de la réalisation des campagnes d'information sur les signes d'alerte et la conduite à tenir, en direction du grand public d'une part et en direction des populations défavorisées, d'autre part. Les services de secours (pompiers, ambulanciers,...) pourraient également être spécifiquement ciblés.

Pour l'axe 2 « Former pour agir dans la qualité » :

- Action 6 : privilégier les indicateurs de mise en œuvre des formations
- Action 7 : la sous action 7.3 est assez superposable à la 1.3 : peut-être conviendrait-il de les rapprocher.
- Action 8 : privilégier un indicateur de mise en œuvre, par exemple la proportion de protocoles effectivement finalisés et mis à disposition des professionnels, plutôt que le respect du calendrier.
- Action 9 : pour le suivi, si besoin, reprendre dans un premier temps les indicateurs de pratiques professionnelles précédemment commentés par le HCSP et décrits dans le tableau figurant en annexe, tels que les taux de réalisation d'un scanner et/ou d'un IRM, de la prescription d'aspirine après un infarctus cérébral, du traitement thrombolytique, de l'évaluation post AVC initiale par un masseur kinésithérapeute...

Pour l'axe 3 « Organiser et mesurer » :

- Action 13 :

L'indicateur proposé sur les patients de plus de 75 ans pourrait se révéler difficilement interprétable, compte tenu notamment de l'évolution actuelle de la structure d'âge de la population française. Il paraît souhaitable de choisir plutôt un indicateur général, tel que la proportion de patients admis en UNV, décrit dans la liste des 23 indicateurs, en suivant aussi le nombre de patients admis en soins intensifs et en soins non intensifs. Pour évaluer la continuité de la prise en charge après le séjour en MCO, il serait indiqué de retenir un indicateur traçant l'orientation en structure de soins de suite spécialisées pour les affections neurologiques ou pour les personnes âgées.

Il est en outre recommandé de suivre pendant la durée du plan l'évolution géographique des populations couvertes par des UNV (cf. point 4 ci-dessous).

Enfin, compte tenu de l'importance de cette action, il est suggéré d'introduire également des indicateurs sur les séjours longs, en MCO et en SSR, qui témoignent souvent du mauvais fonctionnement des filières d'aval.

- Action 16 : Indicateurs de mise en œuvre des sous action 16.2 et 16.3

La diffusion et la reformulation précise, avec des exemples, des règles de codages du PMSI sont en effet nécessaires, et pas seulement pour le codage du diagnostic principal. Il serait sûrement utile que des études périodiques de validation du codage des variables importantes soient promues, tant en MCO qu'en SSR, afin de valider la qualité de l'information apportée par les différentes bases, nationales et régionales, du PMSI.

Par ailleurs, l'extension au MCO du codage de la dépendance pratiqué en SSR pourrait permettre de quantifier la proportion d'AVC sortant de MCO avec séquelles, afin de mieux connaître les besoins en soins de suite et en réadaptation. Ce codage permettrait en outre une mise en perspective avec le type de pathologie, AIT ou AVC, dans un contexte nosologique marqué par l'évolution de la définition des AIT. L'introduction dans le PMSI MCO du codage de la dépendance à la sortie pourrait également être utile pour les pathologies accidentelles, les démences et, plus globalement, les pathologies des personnes âgées.

4) Indicateur de suivi de la couverture territoriale de la population par les UNV.

L'un des principaux enjeux de la prise en charge en urgence des AVC est d'améliorer la couverture territoriale des UNV, ce qui rend possible des délais d'acheminement satisfaisants pour une plus grande proportion de cas.

Pour illustrer l'atteinte de cet objectif, le recours à des indicateurs cartographiques paraît hautement souhaitable. Le HCSP joint à cet avis⁷ un exemple élaboré par l'un des membres de la Commission⁸ à partir des données sur l'implantation progressive des UNV fournies par la DHOS. Quatre cartes représentent l'évolution de l'accessibilité aux UNV avant la fin de 2008, avant la fin de 2009, avant la fin de 2010 et telle qu'elle résulterait des implantations envisagées dans le plan.

Il s'agit là d'un exemple simplifié et il serait nécessaire de tenir compte de la distribution par âge des populations, des capacités d'accueil des différentes UNV, de leur activité réelle, des conditions objectives de circulation routière, toutes choses possibles par le calcul.

Le recours à ces indicateurs cartographiques permettrait de visualiser les progrès réels en matière de desserte, de quantifier les populations potentiellement bien desservies de celles qui demeurent dans des zones d'ombre.

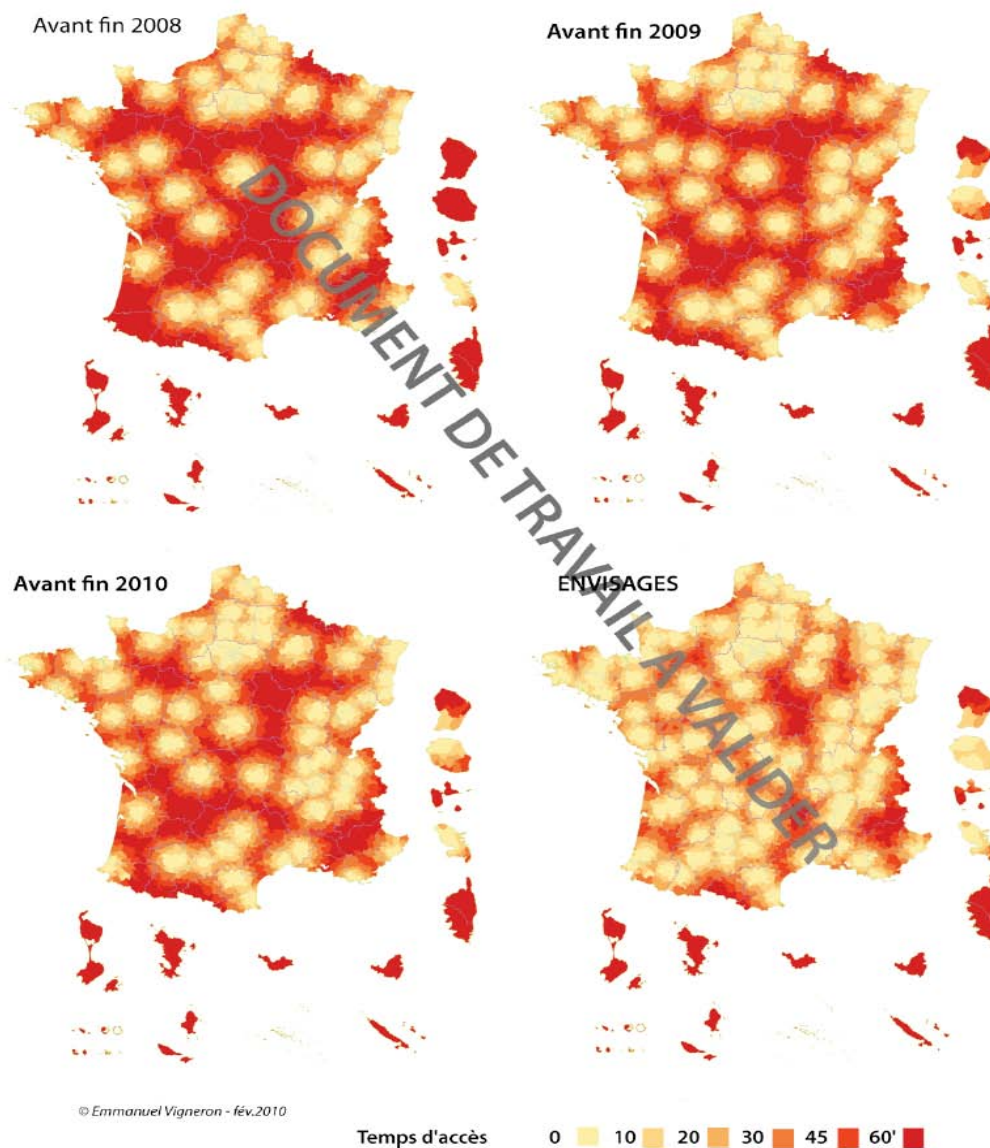
En conclusion, l'avis du HCSP confirme l'importance de développer un plan d'actions sur l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des AVC. La plupart des recommandations proposées par le HCSP concourent à améliorer le choix des indicateurs pour le suivi et l'évaluation du plan, et leur pertinence à rendre compte des objectifs.

⁷ Voir annexe 1

⁸ Pr. Emmanuel Vigneron.

ANNEXE 1 :

Accessibilité aux Unités Neuro-Vasculaires pour les AVC



Avis produit par la Commission spécialisée Évaluation, stratégie et prospective.
Le 19 février 2010

Haut Conseil de la santé publique
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
www.hcsp.fr