



FONDATION<sup>MC</sup>  
DES MALADIES  
DU CŒUR  
ET DE L'AVC

RECOMMANDATIONS SUR  
**LES PRATIQUES OPTIMALES**  
**DE L'AVC**  
AU CANADA

# LA QUALITÉ DES SOINS DE L'AVC AU CANADA

## INDICATEURS DE QUALITÉ CLÉS ET DÉFINITIONS DE CAS D'AVC

Mise à jour 2016

*Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC  
Comité consultatif sur la qualité des soins de l'AVC*

© 2016 Fondation des maladies du cœur et de l'AVC  
Août 2016

## Introduction

Les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* offrent une synthèse des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes dans les domaines de l'évaluation, du diagnostic et de la prise en charge de patients qui ont subi un AVC ou un accident ischémique transitoire. Ces recommandations couvrent la totalité du continuum de soins de l'AVC et favorisent de façon optimale le rétablissement et la réintégration dans le cadre d'une amélioration de la qualité pour les autorités de la santé régionales, provinciales et territoriales à mesure qu'elles élaborent et mettent en œuvre des stratégies intégrées de soins de l'AVC. Ces recommandations, qui sont le résultat d'un examen exhaustif des recherches internationales sur l'AVC, ont été élaborées en se fondant sur un processus consensuel rigoureux.

La diffusion et l'adoption de ces recommandations ont pour but d'améliorer les soins offerts aux patients victimes d'un AVC partout au Canada, en réduisant les variations dans les pratiques et en diminuant l'écart entre les connaissances et la pratique. Les recommandations sont mises à jour selon un cycle de deux à trois ans pour s'assurer qu'elles continuent à refléter les données probantes recueillies dans le cadre de la recherche la plus récente ainsi que l'opinion des principaux experts en la matière.

Chaque mise à jour comporte un examen critique de la documentation actuelle en matière de soins de santé. Cet examen oriente les décisions concernant la modification des recommandations et les indicateurs de rendement utilisés pour évaluer leur impact. Tout est mis en œuvre pour que les recommandations s'harmonisent avec les lignes directrices d'autres organismes canadiens pour certains problèmes associés à l'AVC, par exemple l'hypertension, la fibrillation auriculaire et le diabète.

Par ailleurs, si d'importantes nouvelles données probantes sont publiées entre les cycles de mise à jour, un processus Delphi modifié a été adopté pour en faire une évaluation rigoureuse et obtenir un consensus concernant leur impact sur les recommandations actuelles. Les modifications issues de ce processus de consensus sont immédiatement rendues accessibles grâce à la présentation en ligne adoptée pour les pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada.

## La qualité des soins de l'AVC au Canada

La qualité des soins de l'AVC au Canada est un programme de surveillance des indicateurs de soins de l'AVC et de production de rapports à cet égard dans le continuum de soins, visant à repérer les organismes qui ont mis en œuvre avec succès les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC afin d'optimiser les résultats des patients.

Le Comité consultatif sur la qualité des soins de l'AVC a été créé afin de diriger, guider, uniformiser et normaliser la mesure et la surveillance des soins de l'AVC dans l'ensemble du Canada. Ces objectifs favorisent les possibilités de comparaison du progrès du rendement et de la surveillance dans l'atteinte de repères nationaux, dans les provinces, collectivement et individuellement, et dans les groupes de pairs selon les ressources et la disponibilité des services de soins de l'AVC. Les membres du Comité consultatif canadien sur la qualité des soins de l'AVC comprennent des experts en qualité des soins, mesures et évaluation, et prestation de soins optimaux de l'AVC. Les personnes qui ont été victimes d'un AVC, les membres de leur famille ou des soignants participent aussi aux travaux de ce comité.

Ce groupe a créé un cadre de qualité qui permet de déterminer les pratiques exemplaires de soins de l'AVC, les services et les mécanismes de soutien de la

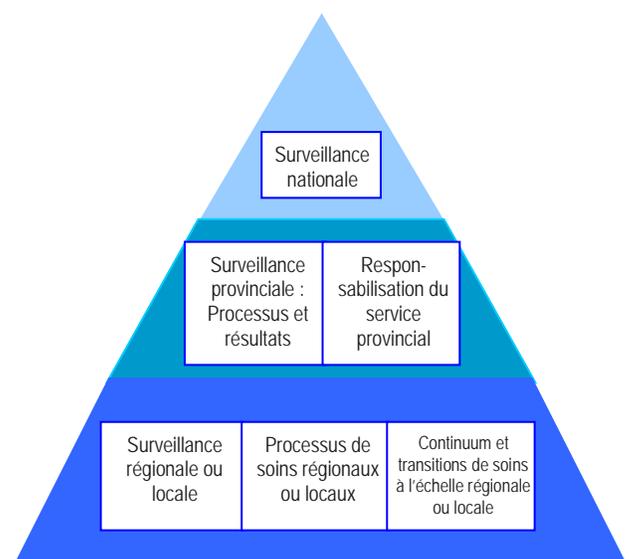


Figure 1 : Hiérarchie des priorités de rendement en matière d'AVC



Fondation, les partenariats à l'interne et à l'externe et les activités de surveillance des données sur l'AVC. Ce cadre a été approuvé lors du sommet sur la qualité des soins de l'AVC, qui a eu lieu en décembre 2013. Le sommet réunissait 45 experts en soins de l'AVC et chefs de file dans la qualité des soins provenant de partout au Canada. Le cadre de qualité et les objectifs du groupe sont appliqués grâce à l'élaboration d'une série normalisée de définitions de cas pour les soins de l'AVC, d'une série d'indicateurs de rendement et de qualité de base en matière de soins de l'AVC, d'un répertoire d'autres indicateurs de qualité propres aux recommandations, d'outils de vérification et de collecte de données en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et du manuel sur la mesure du rendement des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC.

### **3. Indicateurs de qualité clés pour les soins de l'AVC**

Les **indicateurs de qualité clés pour les soins de l'AVC** ont été sélectionnés à l'aide d'un processus Delphi rigoureux. Ils représentent les secteurs de soins de l'AVC qui possèdent les plus hauts niveaux de données probantes, et sont les moteurs d'une amélioration des processus de soins et des résultats des patients. Les indicateurs de qualité clés constituent le fondement des activités continues de mesure et de surveillance de la Fondation et de partenaires comme l'Agence de la santé publique du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et Agrément Canada. Tous les indicateurs de qualité clés sont examinés et mis à jour, le cas échéant, tous les deux à trois ans à titre de composants du cycle de mise à jour semestrielle des Recommandations.

En plus de la série d'indicateurs de qualité clés, une liste plus détaillée d'indicateurs de qualité a été élaborée pour chaque domaine thématique, puis une série de recommandations a été incluse dans les pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada. Ces indicateurs supplémentaires permettent aux groupes de surveiller plus étroitement l'impact de la mise en œuvre de recommandations précises sur la qualité des soins ou des résultats pour les patients. Les indicateurs sont souvent applicables lorsque des initiatives d'amélioration de la qualité sont entreprises sur un thème précis des pratiques optimales de soins de l'AVC. La liste plus détaillée d'indicateurs de qualité pour chaque domaine thématique et la série de recommandations incluse dans les pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada sont disponibles à <http://www.pratiquesoptimales.ca>.

Les indicateurs de rendement de base et les indicateurs supplémentaires sont repérés par une recherche bibliographique qui est exécutée en même temps que l'examen des recommandations pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Les indicateurs sont souvent inclus dans les projets de recherche comme résultats primaires ou secondaires et certains documents publiés citent des indicateurs de qualité de soins de l'AVC précisément. Les articles de recherche qui précisent des indicateurs de qualité pour les soins de l'AVC sont soumis à la même évaluation critique rigoureuse que les articles utilisés pour les recommandations.

Les **indicateurs de qualité clés à mettre au point** (en italique à la fin de chaque section s'il y a lieu) sont des mesures de rendement qui facilitent la planification et la mise en œuvre du système de soins. Il faut procéder à la collecte des données pertinentes et à la préparation de rapports à leur sujet. Il convient toutefois de noter que la qualité des données et la faisabilité restent problématiques. Les organismes doivent trouver le moyen de procéder à une collecte de données valides et fiables relativement à ces indicateurs, ce qui permettra de dépasser l'étape de l'élaboration pour les besoins des futurs indicateurs de qualité clés pour les soins de l'AVC. Le Comité consultatif sur la qualité des soins de l'AVC de la Fondation surveillera systématiquement ces indicateurs.

Tous les indicateurs de qualité clés, indicateurs à mettre au point et indicateurs supplémentaires détaillés inclus dans les recommandations pour les pratiques optimales de soins de l'AVC sont sélectionnés en s'appuyant sur les critères suivants :

- i. **Données probantes solides** : Ces indicateurs s'harmonisent avec les recommandations pour les pratiques optimales de soins de l'AVC qui ont le niveau le plus élevé de données probantes à l'appui ou mesurent les moteurs clés du système.



- ii. **Pertinence** : Ces indicateurs sont pertinents et importants pour la surveillance de la qualité des soins de l'AVC dans le cadre des priorités de pratiques cliniques actuelles.
- iii. **Validité** : Il s'agit d'indicateurs de rendement valides en matière de soins de l'AVC, qui ont été cités dans la littérature ou ont fait l'objet d'essais par des membres du comité consultatif ou des collaborateurs, et présentent un fort degré de validité en ce qui concerne la forme et le contenu.
- iv. **Fiabilité** : Ces indicateurs sont fiables pour la mesure au fil du temps et parmi divers groupes.
- v. **Faisabilité** : Il est possible d'utiliser ces indicateurs pour recueillir des données (les données peuvent être disponibles lorsque les mécanismes appropriés sont en place) et les avantages de collecte de données l'emportent sur les coûts de la collecte.
- vi. **Mise en œuvre** : Les indicateurs sont associés à des mesures clairement définies qui pourraient être utilisées pour améliorer la qualité des soins évaluée par l'indicateur.
- vii. **Sans ambiguïté** : Ces indicateurs sont clairement définis et peuvent être calculés systématiquement par différents groupes, avec des numérateurs, des dénominateurs et des critères d'inclusion ou d'exclusion précis.

## PREMIÈRE PARTIE : Série d'indicateurs de qualité clés pour les soins de l'AVC au Canada (2016)

\* Remarque :

- Le tableau 1 représente la liste complète des indicateurs de qualité clés pour les soins de l'AVC. Pour une description détaillée des indicateurs, des critères d'inclusion et des renseignements sur les calculs utilisés, veuillez consulter à titre de complément le Manuel sur la mesure du rendement de la Fondation.  
[www.pratiquesoptimales.ca](http://www.pratiquesoptimales.ca)
- Les indicateurs de qualité clés à mettre au point** (en gris et en italique à la fin de chaque section s'il y a lieu) sont des mesures du rendement qui facilitent la planification et la mise en œuvre du système de soins. Il faut procéder à la collecte des données pertinentes et à la préparation de rapports à leur sujet. Il convient toutefois de noter que la qualité des données et la faisabilité restent problématiques. Les organismes doivent trouver des moyens de procéder à des collectes de données valides et fiables relativement à ces indicateurs et ainsi leur faire dépasser l'étape de l'élaboration.
- Calendrier** : la dernière partie du tableau fournit un calendrier relatif à certains indicateurs de processus clés et des intervalles de temps fondés sur les indicateurs ci-dessous.

**Tableau 1 : Mise à jour des indicateurs de qualité clés pour les soins de l'AVC 2016**

N°	Indicateurs de qualité clés	Justification* et objectifs
<b>INDICATEURS DE QUALITÉ CLÉS POUR LES SOINS DE L'AVC 2016 DE LA SÉRIE DE RAPPORTS « LA QUALITÉ DES SOINS DE L'AVC AU CANADA » : SENSIBILISATION DU PUBLIC</b>		
1.	Proportion de la population capable de nommer 2 signes de l'AVC ou plus, selon VITE (visage, incapacité, trouble de la parole, extrême urgence).	Mesure de résultat associé à la campagne VITE de la Fondation. Objectif : Amélioration de 10 % par rapport à l'année précédente
2.	Proportion de la population ayant un facteur de risque reconnu d'AVC, notamment l'un des facteurs suivants : l'hypertension, l'hyperlipidémie, le diabète, la fibrillation auriculaire, la pathologie de l'artère carotide, l'obésité, des antécédents de tabagisme, un faible niveau d'activité physique, l'apnée du sommeil, la consommation de drogues.	Mesure de résultat associé à la campagne VITE de la Fondation
<b>INDICATEURS DE QUALITÉ CLÉS POUR LES SOINS DE L'AVC 2016 DE LA SÉRIE DE RAPPORTS « LA QUALITÉ DES SOINS DE L'AVC AU CANADA » : NIVEAU PRÉHOSPITALIER/UTILISATION DES SERVICES MÉDICAUX D'URGENCE</b>		
3.	Proportion de patients chez qui l'on présume un AVC en arrivant au service des urgences, qui ont été transportés vers un hôpital de soins actifs par les services médicaux d'urgence (SMU).	Mesure d'impact associée à la campagne VITE de la Fondation; mesure substitutive; mesure de processus liée à l'accès aux soins préhospitaliers
4.	Délai médian entre la survenue des symptômes de l'AVC (ou la dernière fois que le patient a été vu en bonne santé) et l'arrivée à l'hôpital, pour tous les patients ayant subi un AVC ou un AIT.	Mesure d'impact substitutive associée à la sensibilisation de la population par la Fondation; mesure de processus axée sur l'accès ou l'efficacité
5.	Proportion de patients ayant subi un AVC ischémique aigu, qui arrivent à l'hôpital dans les 3,5, 4,5, 5 et 6 heures suivant le début des symptômes.	Mesure d'impact substitutive associée à la sensibilisation de la population par la Fondation; mesure de processus axée sur

N°	Indicateurs de qualité clés	Justification* et objectifs
		l'accès ou l'efficacité <i>Si la collecte vise l'intervalle entre la survenue et l'arrivée à l'hôpital, tout intervalle peut être calculé en fonction des objectifs voulus ou des indicateurs voulus.</i>
6.	<i>Pourcentage de patients chez qui l'on présume un AVC, transportés par les SMU vers un centre de soins avancés ou complets de l'AVC après avoir contourné un hôpital plus proche.</i>	<b>Indicateur à mettre au point</b> sur l'intégration du système, le processus — permet d'améliorer la documentation, la qualité des données et la précision
7.	<i>Pourcentage de patients chez qui l'on présume un AVC pour lesquels l'hôpital de destination a reçu un avis en route (préavis) par les SMU l'avertissant de l'arrivée d'un patient victime probable d'un AVC.</i>	<b>Indicateur à mettre au point</b> sur l'intégration du système, le processus — permet d'améliorer la documentation, la qualité des données et la précision
<b>INDICATEURS DE QUALITÉ CLÉS POUR LES SOINS DE L'AVC 2016 DE LA SÉRIE DE RAPPORTS « LA QUALITÉ DES SOINS DE L'AVC AU CANADA » : SOINS D'URGENCE DE L'AVC EN PHASE HYPERAIGUË (VOIR LES FIGURES 1 ET 2 POUR LES DÉLAIS)</b>		
8.	Délai médian entre l'arrivée du patient à l'hôpital (heure documentée par le service de triage) et la première imagerie du cerveau (première couche), en minutes.	Mesure de l'efficacité du service des urgences/de l'hôpital, processus. Objectif : ≤ 15 minutes
9.	Proportion de tous les patients qui ont fait un AVC ischémique et qui reçoivent un traitement par alteplase intraveineux (tPA).  <i>* Les objectifs à l'échelon local dépendront des caractéristiques régionales et des caractéristiques des établissements, ainsi que de l'organisation du système de prise en charge de l'AVC.</i>	Mesure d'accès, de pertinence, processus.  Objectif : >21 % au 25 <sup>e</sup> percentile et 28 % au 10 <sup>e</sup> percentile chez les patients qui arrivent à un centre de soins avancés et complets de l'AVC en 4,5 heures ou moins (selon le Canadian Stroke Audit)
10.	Délai médian entre l'arrivée du patient au service des urgences (heure documentée par le service de triage) et l'administration d'alteplase par voie intraveineuse (début du bolus) (en minutes).	Mesure d'efficacité, processus. Objectif : médiane (50 <sup>e</sup> percentile) dans les 30 minutes, 90 <sup>e</sup> percentile dans les 60 minutes.
11.	Délai médian entre la survenue des symptômes de l'AVC (ou la dernière fois que le patient a été vu en bonne santé) et l'administration d'alteplase (tPA) par voie intraveineuse (début du bolus) (en minutes).	Mesure d'efficacité, processus. Pratique optimale : moins de 4,5 heures Objectif : (À déterminer)
12.	Proportion de tous les patients victimes d'un AVC ischémique et thrombolysés, qui reçoivent un traitement thrombolytique en phase aiguë dans les 30 minutes et en moins d'une heure après leur arrivée à l'hôpital	Mesure d'efficacité, processus. Objectif : médiane (50 %) dans les 30 minutes, 90 <sup>e</sup> percentile dans les 60 minutes.
13.	Proportion des patients qui subissent une hémorragie intracrânienne symptomatique dans les 24 heures suivant l'administration d'alteplase par voie intraveineuse (comprend l'hémorragie intracrânienne, l'hémorragie sous-arachnoïdienne, l'hémorragie intraventriculaire et l'hématome sous-dural).	Mesure d'efficacité, résultat.  L'objectif est de moins de 6 % pour l'alteplase par voie intraveineuse.



N°	Indicateurs de qualité clés	Justification* et objectifs
14.	Proportion de tous les patients qui ont fait un AVC ischémique et qui reçoivent un traitement endovasculaire en phase aiguë.	Mesure d'accès, de pertinence, processus. * Objectifs à déterminer, qui dépendront des caractéristiques régionales et des caractéristiques des établissements, ainsi que de l'organisation du système de prise en charge de l'AVC. (L'objectif à mettre au point est de >10 % des cas)
15.	Délai médian entre l'arrivée à un centre de soins complets de l'AVC et la ponction artérielle (aine ou autre point d'accès) chez les patients qui suivent un traitement endovasculaire en phase aiguë (en minutes)	Mesure d'efficacité, processus. Objectif : médiane (50 <sup>e</sup> percentile) dans les 60 minutes, 90 <sup>e</sup> percentile dans les 90 minutes.
16.	Délai médian entre le début des symptômes d'AVC (ou la dernière fois que le patient a été vu en bonne santé) et la ponction artérielle (aine ou autre point d'accès) chez les patients qui suivent un traitement endovasculaire en phase aiguë (minutes)	Mesure d'efficacité, processus. Pratique optimale : moins de 6 heures, quelques cas prédéterminés < 12 heures. Objectif : (À déterminer)
17.	Proportion de patients ayant une hémorragie intracrânienne symptomatique dans les 24 heures suivant un traitement endovasculaire en phase aiguë.	Mesure d'efficacité, résultat.  Objectif : < 6 %
18.	Délai médian DE L'ARRIVÉE À LA SORTIE chez les patients qui arrivent à un centre de soins avancés de l'AVC (centre de soins primaires/de district de l'AVC) et sont transférés à un centre de soins complets de l'AVC pour un traitement endovasculaire en phase aiguë.	Mesure d'efficacité, processus.  Objectif < 45 minutes.
19.	<i>Délai médian entre la PREMIÈRE TDM (première tranche) et la ponction artérielle (aine ou autre point d'accès) chez les patients qui reçoivent un traitement endovasculaire en phase aiguë (minutes).</i>	<i>Indicateur d'efficacité à mettre au point, processus. Objectif : médiane proposée &lt; 45 minutes</i>
20.	<i>Délai médian entre la PREMIÈRE arrivée à l'hôpital (heure documentée au triage) et le premier déploiement du dispositif de thrombectomie (endoprothèse vasculaire, Penumbra, autre dispositif).</i>	<i><b>Indicateur à mettre au point sur l'intégration du système, l'efficacité, le processus — favorise la qualité des données, la précision, améliore la documentation.</b> Objectif de délai médian = à déterminer</i>
21.	<i>Délai médian (heure documentée au triage) entre l'arrivée au centre de soins complets de l'AVC (hôpital offrant le traitement endovasculaire) et la reperfusion finale chez les patients chez lesquels une reperfusion a été réalisée.</i>	<i><b>Indicateur à mettre au point sur l'efficacité, le processus.</b> Objectif : médiane (50<sup>e</sup> percentile) dans les 90 minutes, 90<sup>e</sup> percentile dans les 120 minutes.</i>

N°	Indicateurs de qualité clés	Justification* et objectifs
<b>INDICATEURS DE QUALITÉ CLÉS POUR LES SOINS DE L'AVC 2016 DE LA SÉRIE DE RAPPORTS « LA QUALITÉ DES SOINS DE L'AVC AU CANADA » : PRISE EN CHARGE DE L'AVC EN PHASE AIGÜE CHEZ LE PATIENT HOSPITALISÉ</b>		
22.	Volumes d'admission de patients hospitalisés, à savoir les patients victimes d'un AVC ischémique, d'un AVC avec hémorragie intracrânienne, d'une hémorragie sous-arachnoïdienne ou d'un accident ischémique transitoire (les rapports doivent distinguer ces différentes catégories).	Mesure d'efficacité, capacité du système, processus.
23.	Proportion de patients ayant subi un AVC aigu, évalués par le service des urgences et hospitalisés ensuite.	Mesure d'accès, processus, continuité.
24.	Durée médiane totale de l'hospitalisation chez le patient victime d'un AVC en phase aiguë (soins actifs + autres niveaux de soins = total) (jours).	Mesure d'accès et d'efficacité, résultat. Objectif : <= 8 jours (médiane)
25.	Proportion de tous les patients ayant subi un AVC aigu, qui sont traités dans une unité de soins actifs, ou de réadaptation désignée et intégrée à un emplacement précis à n'importe quel moment donné au cours de l'hospitalisation.	Mesure d'accès, processus. Objectif : >75 % de toutes les admissions liées à l'AVC en phase aiguë (en excluant les cas de HSA et d'AIT) (selon le Canadian Stroke Audit).
26.	Proportion des patients ayant eu un AVC en phase aiguë qui décèdent <u>à l'hôpital</u> (toutes causes confondues) dans les <u>7 jours</u> de l'admission liée à l'AVC de référence.	Mesure d'efficacité, résultat. Objectif : <5 % (selon le Canadian Stroke Audit)
27.	Proportion des patients ayant eu un AVC en phase aiguë qui décèdent <u>à l'hôpital</u> (toutes causes confondues) dans les <u>30 jours</u> de l'admission liée à l'AVC de référence.	Mesure d'efficacité, résultat.
28.	Pourcentage de patients admis aux soins actifs à titre de patient hospitalisé en raison d'un diagnostic d'AVC en phase aiguë, qui éprouvent une complication ou plus pendant leur hospitalisation (chute, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, hémorragie cérébrale secondaire, saignement gastro-intestinal, ulcères de pression, infection urinaire, pneumonie, crises [ou convulsions]).	Mesure d'efficacité, de qualité, résultat. Cibles : à déterminer, <i>objectifs distincts pour chacune des complications possibles de la liste.</i>
29.	Répartition des destinations des patients ayant eu un AVC aigu au congé des soins actifs en milieu hospitalier : domicile (sans ou avec services), réadaptation (générale ou spécialisée) à titre de patient hospitalisé, soins de longue durée et soins palliatifs.	Mesure d'efficacité et d'accès, processus. Objectif en matière d'admission à la réadaptation à titre de patient hospitalisé : >30 % (selon le Canadian Stroke Audit)
30.	<i>Répartition des résultats sur l'échelle de Rankin modifiée au moment du congé des soins actifs en milieu hospitalier.</i>	<i>Indicateur à mettre au point sur le résultat et l'efficacité; certaines provinces mettent actuellement en œuvre alpha-FIM en tant que mesure de la capacité fonctionnelle au moment du congé.</i>

N°	Indicateurs de qualité clés	Justification* et objectifs
<b>INDICATEURS DE QUALITÉ CLÉS POUR LES SOINS DE L'AVC 2016 DE LA SÉRIE DE RAPPORTS « LA QUALITÉ DES SOINS DE L'AVC AU CANADA » : 2.0 PRÉVENTION SECONDAIRE DE L'AVC</b>		
31.	Proportion des patients ayant d'importants facteurs de risque d'AVC, notamment l'hypertension, l'obésité, l'hyperlipidémie, le diabète, la fibrillation auriculaire, le tabagisme et un faible niveau d'activité physique.	Mesure d'impact de la Fondation, résultat.
32.	Proportion des patients victimes d'un AVC aigu ou d'un AIT qui reçoivent leur congé de l'urgence ou d'un séjour à l'hôpital, puis qui sont réadmis avec un nouveau diagnostic d'AVC ou d'AIT pour n'importe quelle raison moins de 7 jours après avoir obtenu leur congé des soins actifs pour l'AVC aigu de référence.	Mesure d'efficacité, résultat.
33.	Proportion des patients ayant eu un AIT ou un AVC non invalidant qui sont évalués par le service des urgences, en obtiennent leur congé, et qui sont aiguillés vers un service organisé de prévention secondaire de l'AVC au moment du congé.	Mesure d'accès, d'efficacité, de continuité, processus. <i>Objectif : (À déterminer)</i>
34.	Proportion des patients ayant eu un AVC ou un AIT qui présentent une sténose carotidienne symptomatique modérée à grave (50 à 99 %) et qui subissent une intervention de revascularisation de la carotide après l'AVC/AIT de référence.	Mesure d'accès, processus.
35.	Proportion des patients victimes d'un AVC ou d'un AIT, qui présentent une sténose carotidienne de modérée à grave (50 à 99 %) et qui subissent une intervention de revascularisation de la carotide après l'AVC de référence <u>dans les 2 semaines</u> de la première évaluation à l'hôpital ou à la clinique de prévention de l'AVC.	Mesure d'accès, d'efficacité, processus. <i>Remarque : Selon la pratique optimale, l'endartériectomie carotidienne doit être réalisée le plus tôt possible dans les 14 jours.</i>
36.	Délai médian entre le début des symptômes de l'AVC ischémique ou de l'AIT de référence et la revascularisation de la carotide (jours, heures).	Mesure d'accès, d'efficacité, processus. <i>Objectif : &lt; 14 jours</i> <i>Remarque : Selon la pratique optimale, il faut effectuer cette intervention le plus tôt possible; les établissements doivent viser des durées de traitement plus courtes.</i>
37.	<b>Indicateur de qualité clé à mettre au point</b> : Proportion des patients ayant eu un AIT ou un AVC non invalidant, exposés au risque LE PLUS ÉLEVÉ, qui sont examinés et pris en charge dans les 24 heures par le service des urgences ou aiguillés vers un service organisé de prévention secondaire de l'AVC	<b>Indicateur à mettre au point de processus, de réactivité</b> — permet d'améliorer la documentation, la qualité des données, la précision.
<b>INDICATEURS DE QUALITÉ CLÉS POUR LES SOINS DE L'AVC 2016 DE LA SÉRIE DE RAPPORTS « LA QUALITÉ DES SOINS DE L'AVC AU CANADA » : LA RÉADAPTATION ET LE RÉTABLISSEMENT APRÈS UN AVC</b>		
38.	Proportion des patients victimes d'un AVC, qui reçoivent une évaluation initiale par au moins un spécialiste des techniques de réadaptation en moins de 48 heures après l'admission à l'hôpital en raison d'un AVC aigu.	Mesure d'accès, d'efficacité, processus. L'objectif est de 100 %
39.	Proportion des patients ayant fait un AVC aigu orientés à leur congé des soins actifs vers la réadaptation en milieu hospitalier.	Mesure d'accès, processus. L'objectif est > 30 % (selon le Canadian Stroke Audit)

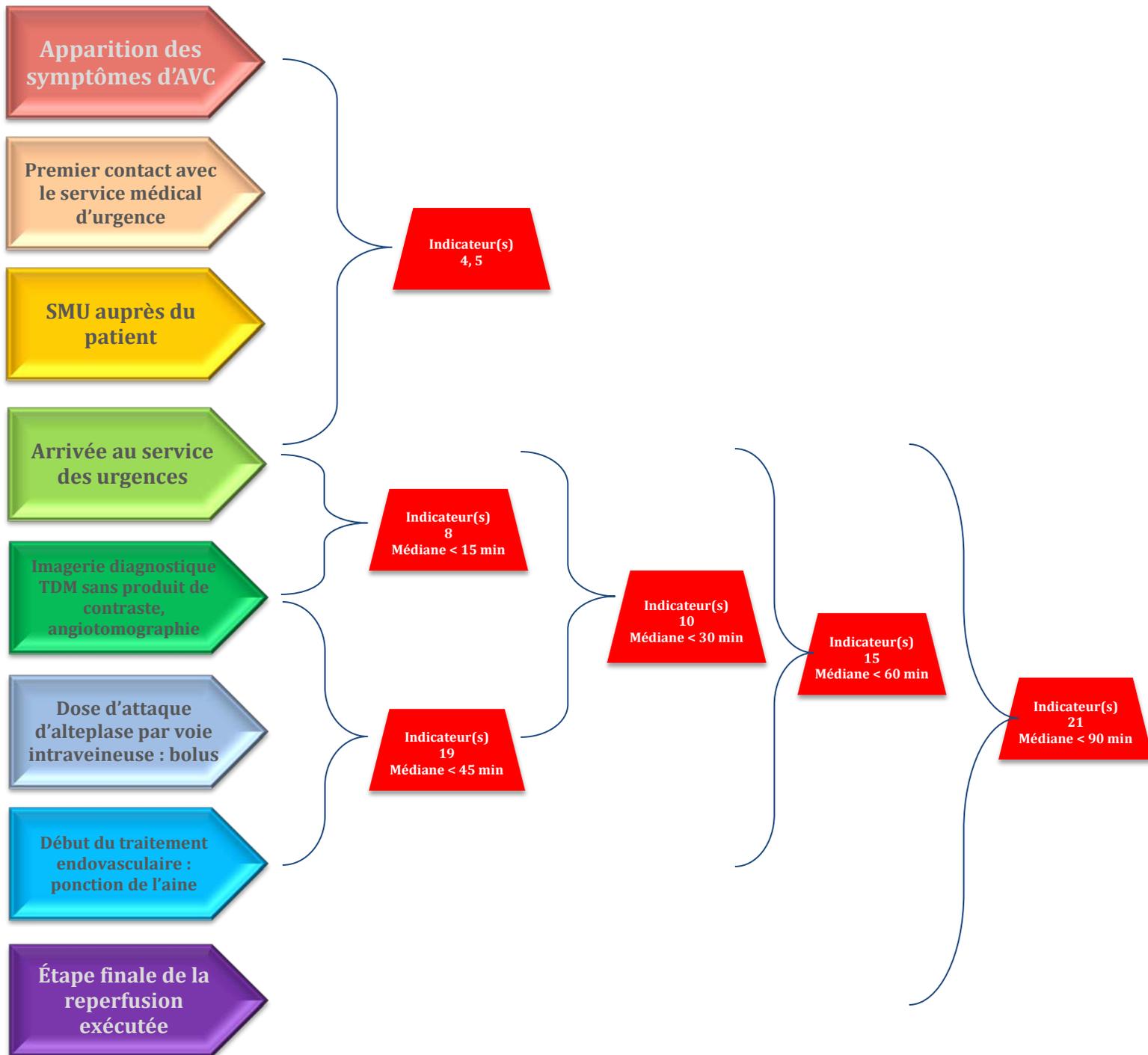


N°	Indicateurs de qualité clés	Justification* et objectifs
40.	Délai entre le début des symptômes d'AVC et l'admission aux services de réadaptation post-AVC en milieu hospitalier (jours, heures).	Mesure d'accès, d'efficacité, processus. Objectif : (À déterminer)
41.	Proportion des patients victimes d'un AVC qui, à quelque moment durant la phase de réadaptation en milieu hospitalier, sont soignés dans une unité définie géographiquement et dotée d'une équipe interdisciplinaire de professionnels de la réadaptation post-AVC après un épisode d'AVC aigu.	Mesure d'accès, processus. Objectif : > 75 %
42.	Délai médian entre le congé du service de soins actifs de l'hôpital et le début du traitement de réadaptation en consultation externe pour les patients qui ne reçoivent pas les soins d'une unité de réadaptation spécialisée en milieu hospitalier.	Mesure d'accès, d'efficacité, processus. Objectif : (À déterminer)
43.	Changement médian sur l'échelle d'autonomie fonctionnelle, entre l'admission au service de réadaptation à titre de patient hospitalisé et le congé du service de réadaptation (stratifié en fonction de la gravité de l'AVC au moment de l'admission).	Mesure de l'efficacité, résultat. Objectif : 25 <sup>e</sup> percentile = changement de 20 points sur l'échelle FIM
44.	Proportion des patients dont le dossier indique un dépistage de la dysphagie à l'admission à l'urgence ou aux soins actifs pour patients hospitalisés.	Mesure d'accès, processus. Objectif : > 80 % (selon le Canadian Stroke Audit)
45.	Proportion des patients ayant eu un AVC qui ont subi un dépistage de l'atteinte cognitive pendant la réadaptation pour patients hospitalisés au moyen d'un outil de dépistage validé.	Mesure de processus. Objectif : (À déterminer)
46.	Proportion des patients ayant eu un AVC qui ont subi un dépistage de la dépression pendant la réadaptation pour patients hospitalisés au moyen d'un outil de dépistage validé.	Mesure de processus. Objectif : À déterminer
47.	Répartition des destinations des patients au congé de la réadaptation en milieu hospitalier : domicile (sans et avec services), soins actifs (pour des motifs médicaux aigus ou pour un rapatriement dans la communauté d'origine) et soins de longue durée (stratifiée dans chaque cas par âge et type ainsi que gravité de l'AVC).	Mesure de processus, d'accès et d'efficacité. Objectif : À déterminer
48.	Nombre médian de jours du séjour en <u>soins actifs</u> de réadaptation (c'est-à-dire en ne comptant pas les jours où la participation aux soins a été interrompue par une maladie ou une réadmission à court terme aux soins actifs).	Mesure d'efficacité, de résultat, d'accès. Objectif : (À déterminer)
49.	Pourcentage de patients admis à la réadaptation en milieu hospitalier en raison d'un diagnostic d'AVC en phase aiguë, qui éprouvent une complication ou plus pendant leur hospitalisation (chute, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, hémorragie cérébrale secondaire, saignement gastro-intestinal, ulcères de pression, infection urinaire, pneumonie, crises [ou convulsions]).	Mesure d'efficacité, de qualité, résultat. Cibles : à déterminer, <i>objectifs distincts pour chacune des complications possibles de la liste.</i>
50.	<i>Nombre médian d'heures par jour de thérapie axée sur la tâche offerte par l'équipe interprofessionnelle de soins de l'AVC.</i>	<b>Indicateur à mettre au point sur la pertinence, le processus, l'accès — favorise la qualité des données, la précision, améliore la documentation.</b>

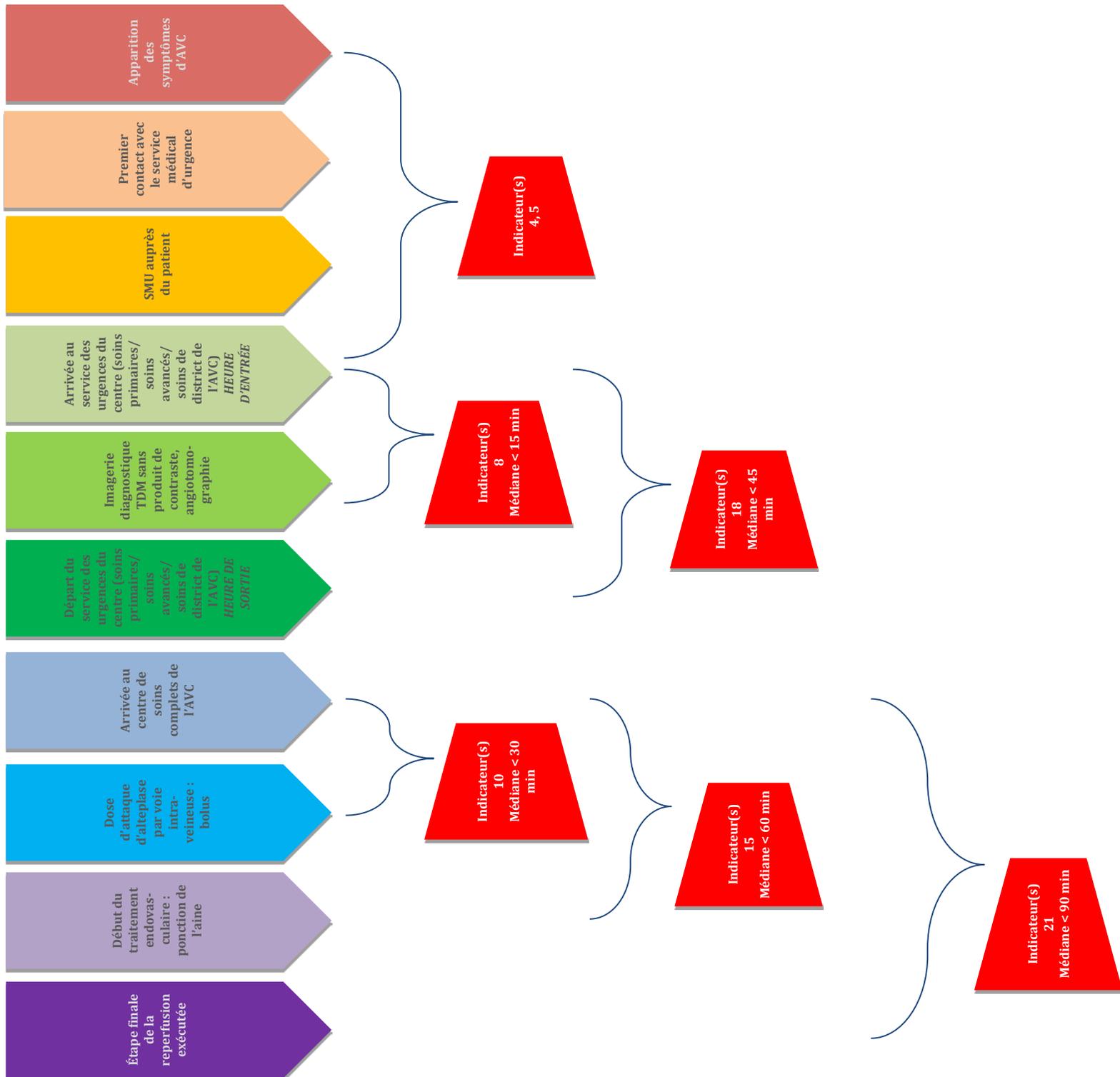
N°	Indicateurs de qualité clés	Justification* et objectifs
51.	<i>Répartition des résultats sur l'échelle de Rankin modifiée au moment du congé des soins de réadaptation en milieu hospitalier.</i>	<i>Indicateur à mettre au point de processus, de réactivité — permet d'améliorer la documentation, la qualité des données, la précision.</i>
<b>INDICATEURS DE QUALITÉ CLÉS POUR LES SOINS DE L'AVC 2016 DE LA SÉRIE DE RAPPORTS « LA QUALITÉ DES SOINS DE L'AVC AU CANADA » : LE SYSTÈME DE SANTÉ</b>		
52.	Volume annuel des admissions au service des urgences pour les patients victimes d'un accident ischémique transitoire, d'un AVC ischémique, d'une hémorragie intracérébrale ou d'une hémorragie sous-arachnoïdienne.	Mesure d'accès, de processus, de capacité du système. Surveillance des tendances — veuillez noter que les tendances en matière d'admissions ne sont pas la même chose que des tendances en matière d'incidence ou de prévalence.
53.	Volume annuel des patients hospitalisés aux soins actifs en raison d'un accident ischémique transitoire, d'un AVC ischémique, d'une hémorragie intracérébrale ou d'une hémorragie sous-arachnoïdienne.	Mesure d'accès, de processus, de capacité du système. Surveillance des tendances — veuillez noter que les tendances en matière d'admissions ne sont pas la même chose que des tendances en matière d'incidence ou de prévalence.
54.	Taux de mortalité fondés sur la population, par 100 000 personnes : <u>mortalité sur 7 jours pendant l'hospitalisation, toutes causes confondues</u> , chez les patients victimes d'un AVC ischémique, d'un AVC avec une hémorragie intracérébrale, d'une hémorragie sous-arachnoïdienne ou d'un accident ischémique transitoire.	Mesure d'efficacité, résultat.
55.	Taux de mortalité fondés sur la population, par 100 000 personnes : <u>mortalité sur 30 jours pendant l'hospitalisation, toutes causes confondues</u> , chez les patients victimes d'un AVC ischémique, d'un AVC avec une hémorragie intracérébrale, d'une hémorragie sous-arachnoïdienne ou d'un accident ischémique transitoire.	Mesure d'efficacité, résultat.
56.	Proportion des patients victimes d'un AVC en phase aiguë ou d'un AIT, qui reçoivent leur congé du service des urgences ou de l'hôpital et qui sont réadmis, <u>toutes causes confondues</u> , moins de 7 jours après le congé des soins actifs pour l'épisode de référence.	Mesure d'efficacité, résultat. Objectif : à déterminer ( <i>remarque : ASPIRE a montré un taux de réadmission, toutes causes confondues, de 10 %.</i> )
57.	Proportion des patients ayant subi un AVC et dont le résultat sur l'échelle de Rankin modifiée est de 0 à 2, 90 jours après la survenue de l'AVC (le rapport distingue des sous-groupes : ceux qui ont reçu de l'alteplase ou un traitement endovasculaire aigu ou les deux).	Mesure d'efficacité, résultat. L'objectif chez les patients qui reçoivent un traitement endovasculaire est de > 50 %.
58.	Parmi les patients vivant à domicile avant leur AVC, proportion de ceux ayant subi un AVC aigu ou un AIT, qui reçoivent leur congé et retournent <u>à la maison</u> après avoir obtenu des soins actifs pour un AVC ou des soins de réadaptation post-AVC en milieu hospitalier.	Mesure d'efficacité, résultat. Cible à déterminer
59.	Parmi les patients vivant à domicile avant leur AVC, proportion de ceux ayant subi un AVC aigu ou un AIT, qui reçoivent leur	Mesure d'efficacité, d'accès, de résultat.

N°	Indicateurs de qualité clés	Justification* et objectifs
	congé et sont orientés vers des <u>soins de longue durée</u> après avoir obtenu des soins actifs pour un AVC ou des soins de réadaptation post-AVC en milieu hospitalier.	Cible à déterminer
60.	<i>Séjour à domicile : Nombre total de jours pendant lesquels le patient était à la maison (résidence privée, avec ou sans soins à domicile) dans les 90 premiers jours et les 365 premiers jours après un AVC ou un AIT, parmi les patients victimes d'un AVC aigu qui ont reçu leur congé d'un hôpital de soins actifs.</i>	<b>Indicateur à mettre au point pour l'efficacité</b> — permet d'améliorer la documentation, la qualité des données, la précision. <b>Objectif : (À déterminer)</b>

**FIGURE 1 : DÉLAI DE PROCESSUS (MÉDIAN) CHEZ LES PATIENTS ARRIVANT DIRECTEMENT AU CENTRE DE SOINS COMPLETS DE L'AVC**



**FIGURE 2 : DÉLAI DE PROCESSUS (MÉDIAN) CHEZ LES PATIENTS ARRIVANT D'ABORD AU CENTRE DE SOINS PRIMAIRES/DE DISTRICT/DE SOINS AVANCÉS DE L'AVC, PUIS TRANSFÉRÉS À UN CENTRE DE SOINS COMPLETS DE L'AVC**





## **DEUXIÈME PARTIE : Définitions de la codification pour les indicateurs de qualité clés des soins de l'AVC 2016**

### **1. Sélection des cas d'AVC dans la catégorie de l'AVC aigu**

Le Comité consultatif sur la qualité des soins de l'AVC a élaboré un ensemble normalisé de définitions de cas et de codes de sélection (c.-à-d. des définitions de cas d'AVC), qui servent à sélectionner des cas d'AVC pour les besoins de l'analyse des indicateurs de qualité clés dans ce domaine. (Tableau 2). Les définitions de cas ont été établies par des chercheurs du domaine de l'AVC au Canada en menant une analyse de grande portée des données et en déterminant la validité des scénarios relatifs aux définitions de cas. Des analyses de sensibilité et de spécificité ont été effectuées en travaillant en étroite collaboration avec des organismes partenaires comme l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Ces groupes se sont entendus concernant les codes de la Classification internationale des maladies appropriés pour l'inclusion et l'exclusion dans une série normalisée de définitions de cas.

En plus de leur utilisation pour tous les indicateurs de qualité clés des soins de l'AVC et d'autres mesures du rendement des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, les codes de définitions de cas du tableau 2 s'alignent désormais sur les codes qui seront utilisés par d'autres organismes et groupes de chercheurs dans les domaines de la surveillance et du suivi de l'AVC. Voici des exemples de ces efforts collaboratifs : utilisation des définitions dans les rapports de surveillance de l'ASPC sur les soins de l'AVC et le volet AVC du Système national de surveillance des maladies chroniques (SNSMC); application aux projets spéciaux 340, 640 et 740 de l'ICIS sur l'amélioration de la qualité des soins de l'AVC (axés sur la collecte d'indicateurs en matière d'AVC au moyen des données ordinaires saisies puis transmises à l'ICIS dans le cadre du Système national d'information sur les soins ambulatoires [SNISA] ou de la Base de données sur les congés des patients [BDPC]). Les groupes collaborateurs ont accepté d'utiliser ces codes de sélection de cas pour tous les rapports futurs associés à l'AVC, y compris les indicateurs nationaux en matière de santé et les rapports sur la mortalité.

L'objectif actuel est l'adoption des mêmes codes de définitions de cas par tous les organismes et groupes de recherche au Canada qui mesurent les processus de l'AVC et les résultats des soins, tirés du tableau 2. Toutes les personnes et tous les groupes qui effectuent des recherches dans le domaine de l'AVC et qui préparent des rapports sur des indicateurs de rendement doivent préciser le but de l'analyse à effectuer, fournir des descriptions et des explications claires pour leur population cible, justifier la sélection de cas précis et inclure les critères d'inclusion et d'exclusion associés à la sélection d'une cohorte de patients victimes d'un AVC. Le rajustement du risque en fonction de facteurs comme les variations en matière d'âge, le type d'AVC et les affections comorbides doit être pris en considération, appliqué au besoin et signalé en toute transparence. Ces efforts pour améliorer la documentation et la communication permettront de hausser le niveau de normalisation, de comparabilité et de transparence.

**Nouveaux problèmes** : Certaines circonstances de survenue d'un AVC font en sorte que le code utilisé ne retienne pas l'AVC en tant que problème principal (SNISA) ou diagnostic principal (BDPC). Cela complique la tâche de ceux qui souhaitent répertorier tous les cas pertinents pour les besoins de l'analyse et des rapports. Des travaux sont en cours afin d'examiner les pratiques de codification, les critères d'inclusion et d'exclusion, la sensibilité et la spécificité dans les affections et les circonstances suivantes :



- Un AVC qui se produit pendant la grossesse et l'accouchement (prénatal, antepartum, postpartum);
- Un AVC qui survient chez un patient déjà hospitalisé à la suite d'autres problèmes de santé (comme une chirurgie cardiaque, une chirurgie orthopédique, etc.);
- Les patients ayant eu un AVC qui obtiennent un lit de réadaptation en milieu hospitalier sans avoir fait de séjour aux soins actifs pendant la même admission au même établissement;
- Les patients aiguillés vers les soins palliatifs au service des urgences avant leur admission à titre de patient hospitalisé.

Des directives seront fournies sur la détermination et l'inclusion de ces cas lorsque l'examen de ces situations sera terminé. Ces cas pourraient être inclus dans les analyses en cours, le cas échéant. Cependant, on doit faire preuve de prudence en ce qui concerne la qualité et la précision des données.



## Codes des définitions de cas relatives à l'AVC aigu 2016

Le tableau ci-dessous, intitulé Tableau 2 : Codes des définitions de cas relatives à l'AVC aigu 2016, Mise à jour de 2016, doit être utilisé lorsqu'il s'agit de classer les cas d'AVC à des fins de recherche, de mesure et d'amélioration du rendement, ainsi que de surveillance continue et d'activités de surveillance, le cas échéant. Les codes cités dans le tableau représentent les codes de la Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes, 10<sup>e</sup> Version, Canada [CIM-10-CA], 2015. Pour en savoir plus sur ces codes et sur l'application à des indicateurs de qualité clés précis, veuillez consulter le dictionnaire de données sur l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (*disponible à [www.pratiquesoptimales.ca](http://www.pratiquesoptimales.ca) après le mois de septembre 2016*).

Remarque : Dans le cadre des Normes canadiennes de codification, chaque diagnostic clinique, représenté par un code CIM-10-CA, qui est soumis au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) et est signalé à titre de problème principal ou de problème d'un autre type, et à la Base de données sur les congés des patients (BDCP), est associé à un type de diagnostic précis reflétant l'importance de chaque diagnostic clinique pertinent pour l'épisode de soins. Les définitions de problème principal et de problème d'un autre type dans le SNISA et les définitions de types de diagnostic dans la BDCP sont décrites ci-dessous.

**Visite au service des urgences : chaque code CIM-10-CA soumis au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) est associé à l'un des problèmes suivants :**

- **Problème principal** : Le problème principal (M) représente le problème qui est jugé comme étant la justification clinique significative de la visite du client et qui exige une évaluation ou un traitement ou une prise en charge. Remarque : Un seul code CIM-10-CA peut être associé au problème principal (M). Tous les autres codes CIM-10-CA soumis au SNISA sont associés à des problèmes d'un autre type (O).
- **Autre problème** Un code CIM-10-CA est associé à un problème d'un autre type (O) lorsque : 1) il existe au moment de la visite du client une situation ou un problème qui sont importants pour le traitement ou les soins du client (détermination de l'importance : exige de la surveillance ou un traitement); 2) l'orientation est fournie dans le cadre d'une autre norme de codification (Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI) ou dans le cadre de la Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes, 10<sup>e</sup> Version, Canada [CIM-10-CA].

**Épisode de soins actifs pour un patient hospitalisé — chaque code CIM-10-CA soumis à la Base de données sur les congés des patients (BDCP) est associé à l'un des types de diagnostics suivants :**

- **Diagnostic principal (MRDx)** : Un diagnostic de type (M) est un diagnostic ou un problème qui peut être décrit comme étant le principal responsable du séjour du patient dans un établissement. S'il existe plus d'un problème de ce type, celui qui est considéré comme étant principalement responsable de la majeure partie du séjour ou de la plus grande utilisation de ressources (par exemple, le temps dans la salle d'opération ou la technologie nécessaire pour les examens) est sélectionné.
- **Autres diagnostics** : D'autres codes CIM-10-CA sont associés à l'un des types de diagnostics suivants selon la définition de chacun.
  - **Diagnostic de type 1** : Un diagnostic de type (1) correspond à un problème qui existait avant l'admission, a reçu un code CIM-10-CA et répond aux critères de comorbidité.
  - **Diagnostic de type 2** : Un diagnostic de type (2) correspond à un problème qui se manifeste après l'admission, a reçu un code CIM-10-CA et répond aux critères de comorbidité.

- **Diagnostic de type 3** : Un diagnostic de type (3) correspond à un problème ou un diagnostic secondaire pour lequel un patient peut avoir reçu ou non un traitement, a reçu un code CIM-10-CA et ne répond pas aux critères de comorbidité.
- **Diagnostic de type 6** : Diagnostic principal indicateur : Un diagnostic de type (6) est associé à un astérisque désigné (ne s'applique qu'à un petit nombre de codes de diagnostic) selon une valeur de convention de croix/astérisque lorsque le problème auquel il correspond respecte les exigences citées dans la définition pour le type de diagnostic (M)—MRDx. Le diagnostic de type (6) est utilisé sur la deuxième ligne du champ de diagnostic du résumé pour indiquer que la manifestation est le problème principalement responsable du séjour du patient à l'hôpital. Remarque : Seulement un astérisque est permis en tant que diagnostic de type (6).
- **Type W, X ou Y** : Il s'agit de codes CIM-10-CA associés respectivement au premier, deuxième ou troisième transfert de service. Remarque : Lorsqu'un diagnostic est enregistré avec un diagnostic de type transfert de service, il est équivalent à un diagnostic de type (1). En conséquence, il n'est pas nécessaire de le répéter dans le résumé en tant que diagnostic de type (1). Lorsqu'un diagnostic est enregistré en tant que diagnostic de type (2) et se qualifie aussi comme diagnostic de transfert de service de type (W), (X) ou (Y), les établissements qui choisissent de saisir les diagnostics de transfert de service doivent enregistrer le problème deux fois : d'abord, obligatoirement, en tant que diagnostic de type (2) et ensuite, de façon facultative, en tant que diagnostic de transfert de service de type (W), (X) ou (Y).
- **Définition de la comorbidité (Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI)** : Une comorbidité est un problème qui coexiste avec le code MRDx au moment de l'admission ou qui se manifeste subséquemment et répond à au moins l'un des trois critères de pertinence : le problème 1) exige un traitement au-delà de la thérapie d'entretien pour le problème existant; 2) contribue à accroître la durée du séjour d'au moins 24 heures; ou 3) a des répercussions importantes sur le traitement reçu.

**Tableau 2 : Codes des définitions de cas relatives à l'AVC aigu 2016, Mise à jour de 2016**

Groupe	Principale catégorie de l'AVC en phase aiguë	Codes CIM-10-CA (v2015)
<b>« AVC en phase aiguë » – Définitions pour la sélection de cas mises à jour, août 2016</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ toutes les catégories d'AVC indiquées ci-dessous, qui ont été soumises <b>en tant que « diagnostic principal » à la BDCP, ou en tant que problème principal dans le SNISA</b> sont valides pour les besoins de l'inclusion dans des cohortes d'AVC aigu utilisées pour les calculs relatifs aux indicateurs de qualité clés en matière d'AVC de la Fondation, à moins d'une indication contraire<sup>i</sup></li> <li>➤ l'inclusion des codes d'AVC soumis à la BDCP en tant que diagnostics de type 1, de type 2, de type 3, de type W, X ou Y, ou au SNISA en tant que problème d'un autre type, dépendront de l'envergure, du but et de la cible des mesures ou des analyses du rendement. Dans ces cas, les paramètres de l'analyse doivent être documentés et communiqués clairement pour permettre la généralisabilité et la comparabilité.</li> </ul>		
a.	<b>Hémorragie sous-arachnoïdienne</b>	<b>I60</b> (y compris tous les sous-codes)
b.	<b>Hémorragie intracérébrale</b>	<b>I61</b> (y compris tous les sous-codes)
c.	<b>Hémorragie intracrânienne, sans précision<sup>i</sup></b>	<b>I62.9<sup>ii</sup></b> (pour les exercices avant 2015-2016 seulement)
d.	<b>Infarctus cérébral (AVC ischémique)</b>	<b>I63</b> (incluant tous les sous-codes)

Groupe	Principale catégorie de l'AVC en phase aiguë	Codes CIM-10-CA (v2015)
e.	AVC, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus	I64 <sup>iii</sup>
f.	Occlusions de l'artère centrale de la rétine (AVC ischémique)	H34.1.
g.	AIT et syndromes associés (AVC ischémique)	G45 <sup>iv</sup> (excluant le sous-code G45.4)
h.	Occlusions transitoires de l'artère de la rétine (AVC ischémique)	H34.0.
<p>Les codes suivants pour l'étiologie de l'embolie veineuse doivent maintenant être inclus en ce qui a trait aux définitions de l'AVC aigu (<b>élément nouveau en 2016 dans le cadre de l'harmonisation des définitions de cas d'AVC</b>). Dans le cadre de certaines analyses de recherche et sur la qualité, les codes pour l'AVC d'origine veineuse pourraient être exclus selon le but et la population visée de l'analyse.</p>		
i.	Infarctus cérébral dû à une thrombose veineuse cérébrale, non pyogène	I63.6.
o	Thrombose non pyogène du système veineux intracrânien	I67.6.
k.	Phlébite et thrombophlébite intracrâniennes	G08.
<p>Les codes-Z suivants (BDGP) peuvent être associés au diagnostic principal (MRDx, BDGP) et doivent être inclus en ce qui a trait aux définitions de l'AVC aigu lorsqu'un code de diagnostic d'AVC aigu s'y rattachant est associé en tant qu'« autre diagnostic » avec un diagnostic de type (1), type (2), type (3) ou type (W), type (X) ou type (Y).</p>		
l.	Soins comportant des interventions de réadaptation	Z50. (excluant les sous-codes Z50.2, Z50.3, Z50.4)
m.	Autres soins médicaux : Soins palliatifs	Z51.5 <sup>vi, vii</sup>
n.	Convalescence après un autre traitement	Z54.8.
o.	Convalescence après un traitement non précisé	Z54.9.
<p><b>REMARQUES concernant la sélection d'un code d'AVC aigu :</b></p>		
i.	<p>Tous les indicateurs de qualité clés sont <b>surtout axés</b> sur les patients victimes d'un AVC ischémique ou hémorragique, ou d'un AIT, lorsqu'ils sont encore dans la collectivité et arrivent à l'hôpital à la suite de leur AVC. Il arrive qu'un patient déjà hospitalisé pour un autre problème médical soit victime d'un AVC pendant son séjour à l'hôpital. Dans ce cas, l'AVC serait associé à un diagnostic de type 2 ou à un autre diagnostic dans la BDGP, ou à un autre problème dans le SNISA. Ces <b>cas d'AVC en milieu hospitalier</b> doivent être inclus dans les taux globaux de survenue de l'AVC. Cependant, il faut en tenir compte avec prudence ou les exclure de certains processus de soins et d'indicateurs de délai étant donné qu'ils pourraient fausser les résultats. L'inclusion ou l'exclusion dépendra du but de la mesure et de la population ciblée.</p>	
ii.	<p>Les problèmes dans la catégorie <b>I62</b> Autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques ne sont <b>pas</b> considérés comme un AVC aigu et, par conséquent, ne doivent pas être inclus dans le cadre d'une définition de cas d'AVC, d'une identification de cohorte ou d'une analyse de données sur l'AVC aigu. Notez que la catégorie I62.9 a été utilisée pour la codification de « Hémorragie intracrânienne (non traumatique), sans précision » au cours des exercices antérieurs à 2015-2016 par d'autres organismes (et non la Fondation). En ce qui concerne les données pour 2015-2016, les AVC hémorragiques sont classés dans la catégorie I60 Hémorragie sous-arachnoïdienne, ou la catégorie I61 Hémorragie intracérébrale.</p>	



Groupe	Principale catégorie de l'AVC en phase aiguë	Codes CIM-10-CA (v2015)
iii.	<p><b>La catégorie I64</b> ne doit pas être utilisée couramment pour la codification des cas d'AVC. Cette catégorie ne doit être consignée que dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• L'imagerie diagnostique n'a pas encore été obtenue (le patient décède ou est transféré).</li><li>• L'imagerie diagnostique n'est pas concluante.</li><li>• Le patient est transféré à l'établissement et les renseignements associés au transfert n'indiquent pas le type d'AVC.</li></ul> <p>Les cliniciens doivent faire tous les efforts nécessaires pour déterminer le type d'AVC et documenter cet événement en tant qu'AVC hémorragique ou ischémique pour les codificateurs de dossiers médicaux. Les codificateurs de dossiers médicaux doivent examiner tous les sommaires de congé, les rapports de consultation et la conclusion des rapports d'imagerie diagnostique pertinents afin de déterminer le type d'AVC.</p>	
iv.	<p>Au moment de calculer les <b>taux de mortalité</b>, l'AIT doit être exclu ou signalé en tant que catégorie distincte et non combiné avec les codes d'AVC aigu.</p>	
v.	<p><b>Cas spéciaux — Réadaptation</b> : Lorsqu'un patient est traité pour un AVC aigu, y compris les soins de réadaptation, il existe des situations où le code-Z de réadaptation peut répondre à la définition de MRDx et où le code d'AVC aigu sera associé au diagnostic de type 1, ou aux types de transfert de service W, X, Y. Ces cas doivent être inclus dans le cadre d'une cohorte de victimes d'un AVC aigu, le cas échéant.</p>	
vi.	<p><b>Cas spéciaux — Soins palliatifs</b> : Lorsque l'épisode de soins de patients victimes d'un AVC aigu comprend des soins palliatifs dans le même établissement en raison de la gravité de l'AVC ou d'autres caractéristiques cliniques, que la catégorie Z51.5 Soins palliatifs répond à la définition de MRDx (BDPCP) ou du problème principal (SNISA) et qu'un code d'AVC aigu est associé à un diagnostic de type 1, 2 et 3, et de type W, X, ou Y, ces cas doivent être inclus dans le cadre d'une cohorte de victimes d'un AVC aigu, le cas échéant.</p>	
vii.	<p><b>Les taux de mortalité</b> de patients jugés admissibles aux soins palliatifs et qui reçoivent des services de ce type sont plus élevés que les taux de mortalité globaux de patients victimes d'un AVC qui reçoivent des soins autres que palliatifs. Ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ En calculant les taux globaux de <b>mortalité</b>, les cas où la catégorie Z51.5 Soins palliatifs correspond à MRDx et où l'AVC est classé en tant que diagnostic de type 1, 2, 3 et de type W, X ou Y, doivent être <b>INCLUS</b>, même si l'AVC lui-même n'a pas été traité.</li><li>➤ En calculant les taux de <b>mortalité</b> pour les patients qui ont reçu des soins actifs pour l'AVC en tant que mesure de l'efficacité de la prestation de soins, les cas où la catégorie Z51.5 Soins palliatifs correspond à MRDx et où l'AVC est classé en tant que diagnostic de type 1, 2, 3 et de type W, X ou Y, et qui n'ont pas reçu un traitement ou des soins actifs pour un AVC aigu, doivent être <b>EXCLUS</b> (tels que les patients victimes d'un AVC très grave, qui ont été admis directement aux soins palliatifs sans recevoir des soins actifs).</li></ul>	

### 3. Sélection des cas d'AVC pour la réadaptation de patients hospitalisés (Soumis au SNIR)

Le Système national d'information sur la réadaptation (SNIR), hébergé par l'Institut canadien d'information sur la santé, contient des renseignements détaillés sur les adultes canadiens hospitalisés qui reçoivent des services de réadaptation. La participation au SNIR est obligatoire en Ontario en ce qui a trait aux lits réservés à la réadaptation de patients hospitalisés. Au Canada, plus de 80 % des établissements spécialisés de réadaptation indépendants et de nombreux services hospitaliers de réadaptation se trouvant dans des hôpitaux de soins actifs fournissent au SNIR des données sur leurs patients hospitalisés.

Le fichier minimal du SNIR contient des données cliniques sur l'état fonctionnel fondées sur les 18 éléments de l'instrument FIM<sup>MC</sup> et sur des éléments qui mesurent les fonctions cognitives, les renseignements sociodémographiques, les données administratives et les caractéristiques de santé. Les établissements recueillent les données à l'admission et à la sortie du programme ou des services de réadaptation pour patients hospitalisés. Il y a également une évaluation de suivi facultative.

Jusqu'en 2008-2009, les patients inclus dans le SNIR étaient classés en fonction d'un système de classification appelé « groupes de clients en réadaptation » (GCR). À partir de 2008, un code de diagnostic principal de la CIM-10 est venu s'ajouter au GCR. Le médecin à l'admission du service de réadaptation pour patients hospitalisés est la personne qui détermine quel GCR attribuer (p. ex., AVC, dysfonction cérébrale, troubles neurologiques, traumatisme, lésion médullaire, etc.).

*Remarque : Il y a encore des établissements de réadaptation post-AVC qui ne fournissent pas de données au SNIR. Cette situation complique la tâche de ceux qui souhaitent mener une surveillance uniforme des soins de l'AVC dans le contexte de la réadaptation. Nous encourageons tous les établissements de réadaptation à mettre en œuvre un système de collecte de données sur les patients ayant subi un AVC, et le SNIR est l'outil qu'il convient de privilégier. L'adoption du SNIR favoriserait l'uniformité, la normalisation et la définition de points de référence aux fins de comparaison dans l'ensemble du pays.*

Pour les besoins de l'identification des cas d'AVC dans le contexte du SNIR, il faut sélectionner le GCR (01) accident vasculaire cérébral, qui offre les sous-catégories suivantes :

GCR 01	Description des sous-catégories
1.1	Atteinte de la partie gauche du corps (hémisphère droit du cerveau)
1.2	Atteinte de la partie droite du corps (hémisphère gauche du cerveau)
1.3	Atteinte bilatérale
1.4	Pas de parésie
1.9	Autres types d'AVC

### 3. Codes de certains examens et interventions liés à l'AVC\*

La liste représente une partie des examens et des interventions qui sont le plus souvent utilisés chez les patients ayant eu un AVC. On trouve d'autres codes d'examens et d'interventions dans la Classification canadienne des interventions en santé (CCI).

Remarque : Les Normes canadiennes de codification de la CIM-10-CA et de la CCI offrent de l'orientation quant à la saisie obligatoire des codes d'intervention dans un milieu de service des urgences du SNISA et un milieu de soins actifs de la BDCP. Les interventions exécutées ne figurent pas toujours dans le résumé. Chaque établissement qui a mis en œuvre la collecte de données sur l'AVC doit examiner les pratiques de codification locales avec les experts en dossiers médicaux et s'entendre collectivement sur les exigences et les pratiques de saisie des données locales afin d'optimiser la saisie de données pertinentes sur l'AVC.

<u>Interventions ou examens liés à l'AVC</u>	<u>Description du titre du code CCI</u>	<u>Code CCI (v2015)</u>
<b>Imagerie diagnostique</b>		
<b>Tomodensitométrie (TDM)</b>	Tomodensitométrie [TDM], cerveau	3.AN.20.^
	Tomodensitométrie [TDM], tête NCA	3.ER.20.^
<b>Imagerie par résonance magnétique (IRM)</b>	Imagerie par résonance magnétique (IRM), cerveau	3.AN.40.^
	Imagerie par résonance magnétique [IRM], tête NCA	3.ER.40.^
<b>Radiographie pulmonaire</b>	Radiographie, cavité thoracique NCA	3.GY.10.^
<b>Échographie Doppler carotidienne</b>	Ultrason, carotide	3.JE.30.^
<b>Échographie Doppler des jambes</b>	Ultrason, artères de la jambe, non classé ailleurs (NCA)	3.KG.30.^
<b>Administration d'alteplase (tPA)</b>		
<b>Administration d'alteplase (tPA) – par voie intraveineuse</b>	Pharmacothérapie, corps entier, voie percutanée [intramusculaire, intraveineuse, sous-cutanée, intradermique], utilisant l'agent thrombolytique.	1.ZZ.35.HA.1C.
<b>Administration d'alteplase (tPA) – intra-artérielle</b>	Pharmacothérapie (locale), <u>injection</u> par voie percutanée d'agent thrombolytique dans les vaisseaux intracrâniens	1.JW.35.HA.1C.
	Pharmacothérapie (locale), <u>perfusion</u> par voie percutanée d'agent thrombolytique dans les vaisseaux intracrâniens Comprend : Administration d'alteplase (tPA) ciblée (orientée par cathéter)	1.JW.35.HH 1C

Chirurgie de la carotide		
<u>Interventions ou examens liés à l'AVC</u>	<u>Description du titre du code CCI</u>	<u>Code CCI (v2015)</u>
<b>Endartériectomie carotidienne</b>	Extraction, artère carotide, approche ouverte	1.JE.57.LA.^^
	Excision partielle, artère carotide Comprend : cela avec ou sans extraction (p. ex., endartériectomie)	1.JE.87.^^
<p><i>Le sous-ensemble suivant d'examens et d'interventions doit être appliqué uniformément pour les patients victimes d'un AVC aigu, qui subissent une <b>intervention endovasculaire en phase aiguë pour l'occlusion d'importants vaisseaux</b>. Des variations significatives en matière de codification ont été observées pour cette intervention relativement nouvelle. Si votre organisme offre des interventions endovasculaires pour l'occlusion d'importants vaisseaux, vous devez élaborer une politique ou un protocole de pratiques optimales permettant une codification uniforme de toutes les interventions en utilisant le code le plus approprié parmi ceux fournis ci-dessous.*</i></p>		
<b>Thrombectomie endovasculaire cérébrale (élimination des caillots)*</b>	Extraction, <b>artère carotide</b> au moyen de l'approche transluminale percutanée. Comprend la thrombectomie mécanique.	1.JE.57-GQ-^^
	Extraction, <b>vaisseaux intracrâniens</b> au moyen de l'approche transluminale percutanée et d'un dispositif NCA. Comprend la thrombectomie mécanique.	1.JW.57.GP-GX
	Extraction, <b>autres vaisseaux de la tête, du cou et de la colonne vertébrale</b> NCA, au moyen de l'approche transluminale percutanée et d'un dispositif NCA	1.JX. 57.GP-GX
<b>Dilatation endovasculaire cérébrale</b>	Dilatation, <b>vaisseaux intracrâniens</b> au moyen de l'approche transluminale percutanée et d'un dispositif NCA. Exclut : cela avec extraction (voir 1.JW.57.GP-GX)	1.JW.50.GP-^^
	Dilatation, <b>autres vaisseaux de la tête, du cou et de la colonne vertébrale</b> NCA au moyen de l'approche transluminale percutanée Exclut : cela avec extraction (voir 1.JX.57.GP-GX)	1.JX.50.GP-^^
	Dilatation, <b>artère carotide</b> au moyen de l'approche artérielle transluminale percutanée Exclut : cela avec extraction (p. ex., endartériectomie) (voir 1.JE.57.GQ-^^)	1.JE.50.GQ-^^
<b>Dilatation endovasculaire de l'artère carotide et endoprothèses</b>	Dilatation, <b>artère carotide</b> par l'approche transluminale percutanée et utilisation d'un dilateur à ballonnet avec (insertion) d'une <b>endoprothèse</b> (endoprothèse endovasculaire)	1.JE.50.GQ-OA

Le sous-ensemble suivant de codes d'examens et d'interventions peut être généralement utilisé pour les patients victimes d'un **AVC hémorragique** qui doivent subir une intervention non urgente (et parfois plus urgente). Ces codes ne doivent PAS être appliqués dans les cas de traitement endovasculaire pour une occlusion d'importants vaisseaux. Tous les organismes qui offrent ces services doivent avoir en place les protocoles et les processus relatifs aux codes appropriés à utiliser dans ces cas.

<b>Malformation artérioveineuse, réparation d'anévrismes</b>	Réparation, vaisseaux intracrâniens, au moyen de l'approche transluminale percutanée	1.JW.80.GP-W3
	Réparation, autres vaisseaux de la tête, du cou et de la colonne vertébrale NCA, au moyen de l'approche transluminale percutanée	1.JX.80.GP-W3
	Réparation, artère carotide, au moyen de l'approche transluminale percutanée et d'un endoprothèse avec tissu synthétique	1.JE.80.GQ-NR-N
<b>Examens et interventions cardiaques</b>		
<b>ECG (application externe)</b>	Mesure électrophysiologique, cœur NCA, application externe <u>avec électrodes d'enregistrement [ou ECG sans précision]</u>	2.HZ.24.JA-KE
<b><u>Interventions ou examens liés à l'AVC</u></b>	<b><u>Description du titre du code CCI</u></b>	<b><u>Code CCI (v2015)</u></b>
<b>Moniteur Holter</b>	Mesure électrophysiologique, cœur NCA, <u>application externe d'un moniteur Holter [ECG ambulatoire]</u>	2.HZ.24.JA-KH
<b>Surveillance cardiaque à long terme (p. ex., enregistreur Loop Reveal, moniteur cardiaque implantable)</b>	Mesure électrophysiologique, cœur NCA, insertion transluminale percutanée (cathétérisme cardiaque) avec électrodes d'enregistrement [ou ECG sans précision]	2.HZ.24.GP-XJ
	Mesure électrophysiologique, cœur NCA, insertion percutanée (sous-cutanée) avec électrodes d'enregistrement [ou ECG sans précision] Comprend : Insertion	2.HZ.24.GP-XJ
<b>Échocardiographie (2D)</b>	Échocardiographie (2D), cœur avec artères coronaires	3.IP.30.^^
<b>Échocardiographie transœsophagienne (ETO)</b>	Échocardiographie (ETO), cœur avec artères coronaires	

**\* Remarque :** Le traitement endovasculaire aigu est une intervention relativement nouvelle dans le domaine des soins de l'AVC en phase aiguë. Des analyses récentes des pratiques de codification relatives à ces interventions par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, dans le cadre de la série de rapports La qualité des soins de l'AVC au Canada, ont montré de grandes variations à l'intérieur des organismes et d'un organisme à un autre, ce qui a suscité des préoccupations au sujet de la qualité des données. Les codes d'intervention inclus dans cet indicateur de qualité clé, qui respectent les Normes canadiennes de codification et la Classification canadienne des interventions (CCI) en santé, ont été acceptés par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et la Fondation qui travaillent en collaboration. Tous les sites doivent fonder leurs pratiques de codification sur les codes et sur les définitions indiqués dans le présent document. Cette uniformisation est nécessaire aussi bien du point de vue de la planification du système que de celui de la budgétisation et de la responsabilisation. De nouveaux codes de la CCI plus précis sont en cours d'élaboration. Cependant, ils ne seront pas prêts ou disponibles auprès de l'ICIS avant le mois d'avril 2018. D'ici là, les établissements qui offrent des interventions endovasculaires pour traiter l'occlusion d'importants vaisseaux doivent faire tous les efforts nécessaires pour améliorer et normaliser la codification en ce qui a trait à ces cas.

## 4. Codes pour certaines comorbidités liées à l'AVC

La liste est un sous-ensemble de comorbidités qui représentent des facteurs de risque précis pour les patients victimes d'un AVC (Étude InterStroke, 2014). Ces comorbidités sont traitées dans les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Cette liste ne doit pas être considérée comme complète et exhaustive. D'autres codes de comorbidités sont disponibles dans la Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes, 10<sup>e</sup> Version, Canada [CIM-10-CA]. Les établissements locaux doivent avoir un plan de collecte de données en vigueur, qui précise clairement les comorbidités devant être saisies régulièrement pour tous les patients victimes d'un AVC, le cas échéant. Ce plan doit être achevé en collaboration avec les experts en dossiers médicaux locaux et communiqué à tous les services concernés afin d'optimiser la saisie de données pertinentes sur l'AVC.

Remarque : Le terme **affection comorbide** cité dans le tableau ci-dessous indique un problème du patient en plus de son AVC, présent au moment de son admission, auquel on associerait un diagnostic important de type M, 1, 2, 6, W, X, Y dans le résumé de la BDCP, ou un problème principal ou autre problème dans le résumé du SNISA. Voir la définition sur la page de ce document (Partie 2, Section 1.)

Catégories d'affections comorbides	Description du titre du code CIM-10-CA	Codes CIM-10-CA *
<b>Hypertension</b>	Hypertension essentielle (primitive)	I10
	Cardiopathie hypertensive	I11
	Néphropathie hypertensive	I12
	Cardiopathie et néphropathie hypertensives	I13
<b>Angine</b>	Angine de poitrine	I20
<b>Infarctus aigu du myocarde (IAM)</b>	Infarctus aigu du myocarde (IAM)	I21
	Infarctus du myocarde subséquent	I22
<b>Fibrillation auriculaire</b>	Fibrillation et flutter auriculaires	I48
<b>Diabète</b>	Diabète	E10 — E14.
<b>Démence</b>	Démence de la maladie d'Alzheimer	F00*
	Démence vasculaire	F01
	Démence, sans précision	F03
	Delirium surajouté à une démence	F05.1
	Trouble mental organique ou symptomatique	F09
	Comportement maniaque : Hypomanie	G30.0
	Manie sans symptômes psychotiques	G30.1
	Autres épisodes maniaques	G30.8.
	Épisodes maniaques, sans précision	G30.9
	Sénilité	R54

*Remarque : L'usage a montré que cet ensemble de codes a une certaine validité lorsqu'il s'agit de recueillir des données sur la démence chez les patients ayant subi un AVC, que ce soit à titre d'affection pré-morbide ou post-AVC. Il faut pour le moment les utiliser en tant que groupe. Un examen des codes considérés individuellement révèle une détérioration de la qualité des données.*

## 5. Codes de certaines complications liées à l'AVC

Les complications observées après l'admission sont les affections dont souffre un patient en plus de son AVC qui surviennent après l'admission à l'hôpital et qui ont été associées à un **diagnostic de type 2** dans le résumé de la BDCP. Dans le SNISA, il est impossible de distinguer entre les affections qui existaient avant l'admission et celles qui se sont manifestées après l'admission au service des urgences. En conséquence, les complications ne sont pas signalées selon l'ensemble des données du SNISA (BDCP seulement).

Cette liste est un sous-ensemble des complications qui surviennent fréquemment chez des patients victimes d'un AVC. Elles sont traitées spécialement dans les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Cette liste ne doit pas être considérée comme complète et exhaustive. D'autres codes de complications sont disponibles dans la Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes, 10<sup>e</sup> Version, Canada [CIM-10-CA]. Les établissements locaux doivent avoir un plan de collecte de données en vigueur, qui précise clairement les complications qui doivent être saisies. Ce plan doit être achevé en collaboration avec les experts en dossiers médicaux locaux et communiqué à tous les services concernés afin d'optimiser la saisie de données pertinentes sur l'AVC.

Complications après l'admission	Description de CIM-10	Codes de CIM-10 *
<b>Nouvel AVC aigu (ischémique ou hémorragique)</b>	Pour les définitions, veuillez consulter le tableau 2 : Codes des définitions de cas relatives à l'AVC aigu 2016, Mise à jour de 2016	I60 — I64.
<b>Hémorragie gastro-intestinale</b>	Hémorragie gastro-intestinale, sans précision	K92.2
<b>Thromboembolie veineuse de vaisseaux profonds des membres inférieurs</b>	Phlébite et thrombophlébite	I80
<b>Embolie pulmonaire</b>	Embolie pulmonaire	I26
<b>Pneumonie</b>	Grippe avec pneumonie, autre virus grippal identifié	J10.0
	Grippe avec pneumonie, virus non identifié	J11.0
	Pneumonie virale, non classée ailleurs	J12
	Pneumonie due à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	J13
	Pneumonie due à <i>Haemophilus influenzae</i>	J14
	Pneumonie bactérienne non classée ailleurs	J15
	Pneumonie, organisme non précisé	J18
	Pneumonite causée par des aliments et de la vomissure Comprend : Pneumonite d'aspiration	J69.0
	Pneumonite causée par d'autres solides et liquides. Comprend : Pneumonite par aspiration de sang	J69.8
<b>Infection urinaire</b>	Infection urinaire, site non précisé	N 39.0

## ANNEXE I : Projets spéciaux et indicateurs de l'ICIS relatifs à l'AVC

### Projet spécial 340 : Amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'AVC

Le Projet spécial 340 devrait être exécuté pour tous les nouveaux cas actifs confirmés d'AVC ischémique et hémorragique ainsi que d'accident ischémique transitoire, lorsque l'AVC est la cause ou l'une des causes pour laquelle le patient se rend à l'hôpital et reçoit des soins pour un AVC. Ces champs de données sont aussi remplis pour les cas ayant reçu un diagnostic d'AVC « d'interrogation » (enregistré avec le préfixe « Q » dans le Groupe 10, Champ 01 de la BDCP et DE 43 de SNISA), étant donné que les patients qui reçoivent un tel diagnostic font l'objet des mêmes procédures et de la même utilisation des ressources durant la visite en milieu hospitalier. Le Projet spécial sur l'AVC permet de saisir l'information sur les principaux processus et résultats en fonction des pratiques optimales de soins de l'AVC. Cette collecte de données supplémentaires appuie la surveillance des soins de l'AVC, l'amélioration de la qualité, la définition de points de référence et l'initiative du Programme de distinction à l'intention des services aux victimes d'accident vasculaire cérébral d'Agrément Canada.

### BDCP (Épisode de soins actifs pour un patient hospitalisé)

Nom du champ	Groupe 16 :	
	Numéro du champ	Données et format valides
Numéro du projet	99	340
Examen par TDM ou IRM dans les 24 heures après l'arrivée à l'hôpital	01	Y, N ou P
Admission à l'unité de l'AVC	02	Y, N ou 8 (sans objet)
Administration d'une thrombolyse aiguë	03	Y, N, P, X ou 8 (sans objet)
Date et heure de l'administration d'une thrombolyse aiguë	04-11	MMJJHHMM, 99999999 (inconnu) ou vide
Prescription de médicaments antithrombotiques au moment du congé	12	Y, N, 8 (sans objet) ou 9 (inconnu)
Date et heure du début des symptômes d'AVC	13-24	AAAAMMJJHHMM, ou 999999999999 (inconnu)



## SNISA (service des urgences)

Nom du champ	Numéro du champ	Données et format valides
Numéro du projet	145	340
Examen par TDM/IRM effectué dans les 24 heures suivant l'arrivée au service des urgences	146	Y, N ou P
Orientation du patient vers des services de prévention des AVC à la sortie du service des urgences	147	O, N
Administration du traitement thrombolytique en phase aiguë	148	Y, N, P, X ou 8 (sans objet)
Date et heure de l'administration d'une thrombolyse aiguë	149-156	MMJJHHMM, 99999999 (inconnu) ou vide
Prescription de médicaments antithrombotiques au moment du congé	157	Y, N, 8 (sans objet) ou 9 (inconnu)
Date et heure du début des symptômes d'AVC	158-169	AAAAMMJJHHMM, 999999999999 (inconnu)

## Projet spécial de l'AVC 640 : Amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'AVC II

Le Projet spécial 640 vient compléter l'actuel Projet spécial 340 (Amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'accident vasculaire cérébral) en élargissant la collecte de données sur les patients victimes d'un AVC aigu. Les éléments de données du Projet 640 approfondiront notre connaissance des soins de l'AVC tout en appuyant la définition de points de référence, la surveillance des soins de l'AVC, les activités d'amélioration de la qualité et le Programme de distinction à l'intention des services aux victimes d'accident vasculaire cérébral d'Agrément Canada. Remarque : Les critères d'inclusion et d'exclusion pour le Projet spécial 640 sont les mêmes que pour le Projet spécial 340. Le Projet spécial 640 doit être exécuté dans le résumé de la BDCP pour toutes les admissions aux soins actifs hospitaliers de patients victimes d'un nouvel incident d'AVC ischémique ou hémorragique.

### BDCP (Épisode de soins actifs pour un patient hospitalisé)

Nom du champ	Groupe 16 : Numéro du champ	Données et format valides
Numéro du projet	99	640
Dépistage de la dysphagie	01	O, N
Consultation par TéléAVC	02	Y, N, 8 (sans objet)
Date d'admission à l'unité d'AVC	03-06	MMJJ, 9999 (inconnu), 8888 (sans objet)
Date de sortie de l'unité d'AVC	07-10	MMJJ, 9999 (inconnu), 8888 (sans objet)
Date et heure du triage	11-20	AAMMJJHHMM, 9999999999 (inconnu) ou vide

### SNISA (service des urgences)

Nom du champ	Numéro du champ	Données et format valides
Numéro du projet	145	640
Dépistage de la dysphagie	146	O, N
Consultation par TéléAVC	147	Y, N, 8 (sans objet)



## Projet spécial 740 de la BDCP — Ontario AlphaFIM®

Le Projet spécial 740 met l'accent sur l'outil AlphaFIM<sup>MC</sup> et complète le Projet spécial 340 (Amélioration du rendement de la Stratégie canadienne de l'accident vasculaire cérébral). Le but du projet spécial est de normaliser la collecte de résultats AlphaFIM® et de permettre aux intervenants d'en tirer parti pour la prise de décisions en matière de congés ainsi que de faire correspondre les services aux besoins des patients; il est également possible de comparer les résultats AlphaFIM® aux résultats FIM® recueillis dans le cadre du Système national d'information sur la réadaptation (SNIR) et ainsi d'évaluer l'accès aux services de réadaptation post-AVC, de surveiller les résultats des patients dans différents secteurs et bases de données et, enfin, de quantifier l'impact fonctionnel de l'AVC dans le milieu des soins actifs. Remarque : Le Projet spécial 740 doit être exécuté dans le résumé de la BDCP pour toutes les admissions aux soins actifs hospitaliers de patients victimes d'un nouvel incident d'AVC ischémique ou hémorragique.

### BDCP (Épisode de soins actifs pour un patient hospitalisé)

Nom du champ	Groupe 16 Numéro du champ	Données et format valides
Numéro du projet	99	740
Documentation des résultats AlphaFIM®	01	O, N
AlphaFIM® rempli Date	02-09	AAAAMMJJ, 99999999 (inconnu) ou vide
Projections selon FIM® — 13 résultats bruts en matière de motricité	10-11	13 à 91, 99 (inconnu) ou vide
Projections selon FIM® — 5 résultats bruts en matière de cognition	12-13	5 à 35, 99 (inconnu) ou vide