



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

AGIR POUR DES SOINS OPTIMAUX D'AVC EN MILIEU HOSPITALIER

**UNE RESSOURCE DESTINÉE À APPUYER
L'IMPLANTATION DES PRATIQUES OPTIMALES
CANADIENNES DE SOINS D'AVC**

Produite par le Comité consultatif sur les
pratiques optimales et normes de soins d'AVC et
le Comité de rédaction des soins aigus d'AVC

MAI 2013



FONDATION
DES MALADIES
DU CŒUR
ET DE L'AVC

HEART &
STROKE
FOUNDATION



Réseau canadien contre
les accidents cérébrovasculaires
Canadian Stroke Network

www.pratiquesoptimalesAVC.ca

AGIR POUR DES SOINS OPTIMAUX D'AVC

Table des matières

Section	Contenu	Page
	À propos de cette ressource	3
1.0	Survol	4
1.1	Raison d'être de la trousse de ressources Agir pour des soins optimaux d'AVC	4
2.0	Systèmes de soins d'AVC	6
2.1	Étapes du continuum de la prise en charge de l'AVC – Définitions et descriptions	6
2.2	Prestation optimale des services d'AVC et Pratiques optimales canadiennes d'AVC	8
2.2a	Cadre de services optimaux d'AVC des Pratiques optimales canadiennes d'AVC	10
2.2b	Description détaillée des niveaux de services d'AVC	11
2.2c	Tableau sommaire des éléments de services optimaux d'AVC des Pratiques optimales canadiennes d'AVC	19
3.0	Implantation des soins optimaux d'AVC	24
3.1	Les sept étapes de l'implantation des Soins optimaux d'AVC*	25

* Le contenu et les ressources de soutien à chaque étape du processus d'implantation seront publiés sur le site Web des Pratiques optimales canadiennes d'AVC d'ici le 31 mai 2013

À PROPOS DE CETTE RESSOURCE

Remerciements :

Agir pour des soins optimaux d'AVC

Équipe de rédaction et éditoriale :

Patrice Lindsay, Michael Suddes, Gord Gubitz, Stephen Phillips, Mark Bailey

Contributeurs et réviseurs : Leanne Casaubon, Linda Kelloway, Michelle McKay, Charmaine Martin, Cathy Campbell, Barbara Bastyr, Dylan Blacchiere, Ian Joiner, Louise Clément, Katie White Eric Smith, Michael Hill, au nom du *Comité consultatif et des groupes de rédaction des Pratiques optimales canadiennes d'AVC*

Traduction française : Gilles Bureau, Jan Carbon, Marie-France St. Cyr

Financement

Le développement des Lignes directrices de pratiques optimales canadiennes d'AVC, des ressources et du matériel d'appui est entièrement financé par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC ainsi que le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires. Aucun financement au développement de ces ressources ne provient d'intérêts commerciaux, notamment d'entreprises pharmaceutiques. Tous les membres des groupes de rédaction et tous les réviseurs externes sont des bénévoles et n'ont reçu aucune rémunération en échange de leur participation au développement, aux mises à jour et aux révisions des lignes directrices et des ressources d'implantation.

Citation de la trousse de ressources *Agir pour des soins optimaux d'AVC*

In Lindsay MP, Suddes M, Gubitz G, Bayley M, et Phillips S (rédacteurs) au nom du Comité consultatif des Pratiques optimales et normes canadiennes d'AVC. ***Agir pour des soins optimaux d'AVC*** 2013. Ottawa, Ontario, Canada : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada et Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires.

Commentaires et rétroaction

La trousse de ressources *Agir pour des soins optimaux d'AVC* a été conçue afin d'aider les organisations et les régions à structurer leurs soins d'AVC, à se doter de programmes d'AVC de haute qualité et à implanter des lignes directrices fondées sur des preuves scientifiques pour la prestation des soins d'AVC. Il s'agit d'une ressource dynamique qui continuera de se développer et d'évoluer par les commentaires et l'apport des professionnels de l'AVC du monde entier. Nous vous invitons à nous soumettre vos commentaires, suggestions, témoignages de réussite au niveau de l'organisation et du programme en matière d'implantation de pratiques optimales d'AVC et vos demandes au sujet du développement et de la mise en œuvre de cette ressource et des *Recommandations canadiennes pour des pratiques optimales de soins d'AVC*.

Prière de faire parvenir vos commentaires et témoignages à l'*Équipe de Pratiques optimales et de performance d'AVC* de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC à l'adresse suivante : strokebestpractices@hsf.ca.

1.1 Raison d'être de la trousse de ressources Agir pour des soins optimaux d'AVC

Cette ressource intitulée *Agir pour des soins optimaux d'AVC* offre des conseils et des outils destinés à aider les membres de l'équipe d'AVC, les cliniciens, le personnel des soins de santé, les administrateurs d'hôpitaux et les décideurs politiques à progresser vers la **prestation de soins optimaux d'AVC** dans l'ensemble des établissements du Canada. Les soins optimaux d'AVC regroupent tous les soins directs, la prestation de services et les interactions, du premier contact avec le système de santé au congé de la prise en charge en phase aiguë en milieu hospitalier, à l'étape de soins suivante, ou au retour dans la collectivité.

Bien que les preuves tirées de la recherche démontrent la valeur indubitable des unités hospitalières consacrées à l'AVC, les centres hospitaliers canadiens n'atteignent pas tous cet étalon-or. En présentant le cheminement vers des soins optimaux, ce guide permet aux professionnels des hôpitaux et des soins de santé d'améliorer continuellement la qualité des soins offerts dans leur niveau de services, et potentiellement de cheminer vers des éléments de prestation de services qui leur permettront d'assurer un meilleur sort à tous les patients. Améliorer les soins de cette façon sauve des vies, réduit les invalidités et allège le fardeau économique et social attribuable à l'AVC.

Tout en reconnaissant que les soins optimaux d'AVC exigent une capacité et une mobilisation certaines, il est clair que tous les hôpitaux canadiens ne sont pas en mesure d'offrir le nécessaire. La moitié des hôpitaux canadiens reçoivent moins de 20 patients d'AVC par année, selon *La qualité des soins de l'AVC au Canada en 2011*. Les hôpitaux recevant un faible volume devraient instaurer des protocoles afin de diriger les patients vers des centres dotés de l'équipement, du personnel, de l'expertise et des ressources adéquats afin d'offrir des services plus complets. L'évitement des coûts signalé dans le rapport *La qualité des soins de l'AVC au Canada* démontre clairement que des économies sont réalisables en optimisant l'utilisation du médicament anti-caillots tPA, en traitant les patients dans une unité d'AVC, en créant un programme de congé précoce assisté et en offrant des services d'AVC par télé-AVC là où ces services ne sont pas offerts directement par l'organisme.

Les soins dispensés en unité d'AVC sont appuyés par certaines des preuves les plus formelles quant à l'amélioration du sort des patients dans la littérature scientifique. Les soins en unité d'AVC réduisent la probabilité de décès et d'invalidité chez les hommes et les femmes de tout âge aux prises avec un AVC léger, modéré ou grave, et ce dans une mesure pouvant atteindre 30 pour cent. La méta-analyse des données de recherche sur les unités d'AVC signale que les patients d'AVC qui reçoivent des soins structurés en milieu hospitalier au sein d'une unité d'AVC sont plus susceptibles d'être en vie, autonomes et à la maison un an après l'AVC. Les bienfaits sont davantage apparents pour les unités d'AVC isolées. Aucune augmentation systématique n'a été observée quant à la durée du séjour entre les patients d'unité d'AVC et les patients d'autres unités.

Certains hôpitaux se distinguent des autres en s'efforçant d'atteindre un niveau de soins optimal. Le programme de distinction à l'intention des services aux victimes d'accident vasculaire cérébral d'Agrément Canada peut aider les hôpitaux à améliorer les soins et à veiller à ce que leurs services soient conformes aux Recommandations canadiennes de pratiques optimales en soins d'AVC par l'entremise d'un processus d'évaluation rigoureux et hautement spécialisé.

SECTION DEUX SYSTÈMES D

2.1 CONTINUUM DE LA PRISE EN CHARGE DE L'AVC

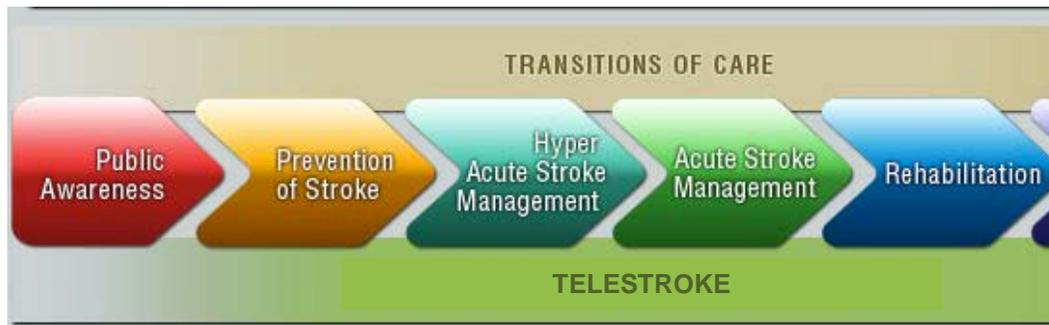


Figure 2.1: Continuum canadien des pratiques exemplaires de prise en charge de l'AVC

Transitions dans le continuum de la prise en charge

Sensibilisation du public

Prévention de l'AVC

Prise en charge en phase hyperaiguë

Prise en charge en phase aiguë

Réadaptation post-AVC

Réintégration dans la communauté

Télé-AVC

2.1 Étapes du continuum de la prise en charge de l'AVC – Définitions et descriptions

Prévention

La prévention primaire est une approche clinique de nature individuelle destinée à prévenir la maladie et dirigée vers la prévention du premier épisode d'une maladie chez des individus autrement sains.^{1,2} La prévention primaire est habituellement implantée en milieu de soins primaires et le médecin, l'infirmière praticienne, le pharmacien ou le patient peuvent démarrer une discussion sur la réduction des risques d'AVC. La prévention primaire et les recommandations de promotion de la santé reliées à l'AVC (modes de vie et prise en charge des facteurs de risque, dépistage de l'hypertension artérielle, dépistage des dyslipidémies, prise en charge du diabète, prise en charge de la fibrillation auriculaire et de la sténose carotidienne asymptomatique) mettent l'accent sur l'importance du dépistage et de la surveillance des patients à risque élevé de premier AVC. La promotion des stratégies de prévention primaire est aussi l'affaire d'organismes et d'agences du domaine de la santé, comme la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, la Société canadienne de cardiologie, Hypertension Canada et Santé Canada.

La prévention primaire et la réduction de l'incidence des facteurs de risque au sein de la population en général ne constituent pas l'objectif principal des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*; ainsi, seules quelques recommandations relatives à la prévention primaire s'y retrouvent. Une liste complète des recommandations à ce chapitre est en cours de développement afin d'être incluse dans les futures mises à jour. Pour une orientation plus approfondie, une liste de lignes directrices pour une prévention d'AVC de haute qualité, comprenant la prévention primaire, se trouve à la section des références à la fin du présent chapitre.

La prévention secondaire est une approche clinique de nature individuelle qui vise à réduire le risque de récurrence d'événement vasculaire chez les personnes ayant déjà subi un AVC ou une ischémie cérébrale transitoire (ICT) et chez celles qui présentent un ou plusieurs troubles de santé ou facteurs de risque associés à un risque élevé d'AVC.² Les recommandations de prévention secondaire contenues

dans ce document visent les facteurs de risque les plus étroitement associés à l'AVC, comme les modes de vie (alimentation, consommation de sodium, activité physique, poids corporel, tabagisme et consommation d'alcool), l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, les antécédents d'AVC et d'ICT, la fibrillation auriculaire et la sténose carotidienne. Les recommandations de prévention secondaire peuvent être prises en compte dans divers milieux, comme les soins en phase aiguë, les cliniques de prévention de l'AVC et les soins extrahospitaliers. Ils touchent les patients vus initialement en soins primaires, traités à l'urgence et ayant reçu leur congé, ainsi que ceux qui sont hospitalisés pour cause d'AVC ou d'ICT.

Prise en charge en phase hyperaiguë

La phase hyperaiguë fait référence aux interventions clés impliquées dans l'évaluation, la stabilisation et le traitement au cours des premières heures suivant l'apparition des symptômes d'AVC. Elle comprend tous les soins pré-hospitaliers et initiaux dispensés à l'urgence pour une ICT, un AVC, une hémorragie intracérébrale et une thrombose des sinus veineux aiguë. Elle englobe les interventions de thrombolyse ou endovasculaires d'AVC ischémique en phase aiguë, les interventions neurochirurgicales d'urgence ainsi que le diagnostic d'ICT du même jour et l'évaluation de la stratification des risques.

L'objectif principal de cette phase de soins consiste à diagnostiquer le type d'AVC, à coordonner et à mettre en œuvre le plan de traitement le plus rapidement possible. La prise en charge en phase hyperaiguë dépend essentiellement du temps, en minutes pour enrayer l'AVC et en heures pour l'ICT, mais les interventions spécifiques sont associées à une fenêtre temporelle précise et unique à chacune. De façon générale, le terme « hyper-aigu » fait référence aux soins offerts pendant les premières 24 heures suivant l'AVC (ischémique ou hémorragique) et les premières 48 heures suivant l'ICT.

Prise en charge en phase aiguë

La prise en charge en phase aiguë porte sur les interventions clés impliquées dans l'évaluation, le traitement ou la prise en charge, ainsi que la récupération précoce lors des premiers jours suivant l'AVC. Cette étape comprend toutes les procédures de diagnostic initial entreprises afin d'identifier la nature et le mécanisme de l'AVC, les soins interprofessionnels destinés à prévenir les complications et à favoriser la récupération précoce, la mise en place d'un plan de prévention secondaire personnalisé et l'implication du survivant d'AVC et de sa famille dans l'évaluation et la planification de la transition vers le prochain niveau de soins (notamment une évaluation complète des besoins de réadaptation). De nouveaux modèles de soins ambulatoires en phase aiguë, comme les cliniques d'évaluation rapide des ICT et des AVC mineurs ou les unités de jour, commencent aussi à apparaître.

Le but principal de cette phase de soins consiste à identifier la nature et le mécanisme de l'AVC, à prévenir les complications ultérieures de l'AVC, à favoriser la récupération précoce et (dans le cas des AVC les plus sévères) à offrir des soins palliatifs et de fin de vie. De façon générale, la « phase aiguë » fait référence aux premiers jours ou aux premières semaines de traitement en milieu hospitalier et à la transition des survivants d'AVC de ce niveau de soins vers la réadaptation en milieu hospitalier, les services de réadaptation extrahospitaliers, la maison (avec ou sans services de soutien), les soins continus ou les soins palliatifs. La prise en charge en phase aiguë prend habituellement fin au moment du congé de l'unité ou au plus tard 30 jours après le début de l'hospitalisation.

Réadaptation d'AVC

La réadaptation d'AVC est un processus progressif, dynamique et orienté vers les résultats qui vise à permettre à une personne handicapée d'atteindre son degré fonctionnel physique, cognitif, émotif, communicationnel ou social optimal. Les interventions en réadaptation sont un élément clé de la prise en charge en phase aiguë. Les services dédiés de réadaptation d'AVC comprennent aussi les unités

de réadaptation d'AVC, les cliniques, centres et programmes externes de réadaptation d'AVC, ainsi que les services et équipes de soutien au congé précoce.

La durée des services ou du séjour en réadaptation d'AVC dépend du type de service, de l'invalidité et des besoins du survivant d'AVC comme de sa famille, bien que la plupart des interventions de réadaptation aient lieu au cours des six premiers mois suivant l'apparition des symptômes d'AVC.

Soins ambulatoires (soins extrahospitaliers)

Les soins ambulatoires font référence aux interventions effectuées en milieu extrahospitalier, que ce soit dans des cliniques externes situées à l'hôpital, en établissement de soins primaires ou dans d'autres établissements extrahospitaliers, qui sont destinées à confirmer le mécanisme et les causes de l'AVC, à offrir des interventions destinées à favoriser la prévention secondaire d'AVC et à fournir de l'éducation, du soutien et une référence dans le but de promouvoir l'adaptation saine et la prise en charge autonome efficace. Ces soins sont offerts à la fois aux patients affichant de nouveaux symptômes d'AVC ou d'ICT dans leur milieu (à partir de la référence de l'urgence ou des soins primaires) et aussi comme services de suivi après le congé de l'hôpital.

Les types de service qui offrent des soins ambulatoires comprennent les cliniques de prévention d'AVC, les cliniques de réduction des risques vasculaires, les cliniques neurovasculaires, les programmes de prise en charge des maladies chroniques et d'autres programmes de prise en charge autonome comme Vivre avec l'AVC. La durée de prestation des services varie selon le type de service et les besoins du survivant d'AVC et de sa famille.

2.2 Prestation optimale des services d'AVC et Pratiques optimales canadiennes de soins d'AVC

La prise en charge de l'AVC en phase aiguë en milieu hospitalier est présentement effectuée selon une gamme de modèles différents dans l'ensemble du Canada. Certaines de ces variantes sont prévisibles et souhaitables. Diverses régions géographiques présentent des volumes de patients différents, la démographie rurale et urbaine entraîne divers types de besoins et de modèles de service, et la disponibilité comme le profil du personnel déterminent les rôles et la pratique spécifique offerts par les divers groupes de professionnels de la santé.

La plus grande part de cet écart provient cependant de la difficulté d'offrir des ressources optimales en services d'AVC et de pouvoir répondre aux besoins du patient en phase aiguë en milieu hospitalier et à ceux de sa famille, en dépit des preuves évidentes des bienfaits de services d'AVC dédiés et spécialisés.

L'augmentation de la capacité de prise en charge des patients en phase aiguë en milieu hospitalier est une des plus grandes possibilités qui restent à exploiter. La trousse de ressources de prise en charge optimale de l'AVC a été spécialement conçue à l'intention des professionnels de la santé de tous les niveaux de pratique et de prise en charge afin de les aider à surmonter les obstacles et les défis et à s'approcher le plus possible de la prestation optimale des soins d'AVC.

Les principaux facteurs de succès permettant d'atteindre la prise en charge optimale de l'AVC sont :

- procéder à une étude systématique et une analyse des carences au niveau systémique des niveaux actuels de prise en charge d'AVC par tous les établissements d'une région ou d'un système de prise en charge donné;
- définir des liens hiérarchiques clairs, identifier des champions et attribuer les responsabilités de changement au sein de la région ou du système;

- impliquer les professionnels et les utilisateurs du système;
- mesurer les actions entreprises; et
- considérer l'implantation comme le début et non la fin du processus.

Plusieurs principes directeurs sont à la base de cette discussion :

1. Une **unité d'AVC** géographiquement définie et une **équipe spécialisée** fournissent les meilleurs soins, selon ce que démontre la recherche.
2. Une **approche systématique** s'avère nécessaire afin de concevoir, développer et implanter avec succès la prise en charge.
3. L'**implication** de l'équipe clinique, des personnes vivant avec l'AVC et des familles est critique.
4. Les soins hospitaliers doivent être perçus comme partie intégrante d'un **système élargi**.
5. **La mesure et le signalement de la performance** sont essentiels afin d'identifier les possibilités d'amélioration.

2.2a Cadre des services optimaux d'AVC des Pratiques optimales canadiennes d'AVC

Les services optimaux d'AVC comprennent l'accès aux spécialistes de l'AVC, à l'équipement diagnostique et à l'expertise, ainsi qu'une gamme de choix de traitement émergents et éprouvés en temps opportun. Les données canadiennes de l'enquête sur l'AVC ont révélé des écarts considérables entre les niveaux de prise en charge de l'AVC au sein du système de santé canadien. Ces services peuvent être disposés selon un continuum commençant par des services minimaux et non spécialisés au sein d'organismes qui dispensent habituellement des soins de santé de nature générale, à des services diagnostiques et à la prise en charge de base, puis aux soins avancés dans un même établissement jusqu'à la gamme complète de prise en charge de l'AVC pour toute une région.

Le cadre des services optimaux d'AVC des Pratiques optimales canadiennes de soins d'AVC, tel que le montre la figure 2.2, a comme objectif d'organiser et de prioriser les services d'AVC selon la disponibilité des ressources d'une région ou d'une zone géographique. Le but mis de l'avant par ce cadre consiste à ce que chaque organisme impliqué dans la prestation de services de prise en charge de l'AVC fasse partie d'un cycle continu de développement de l'expertise, des procédés et des protocoles nécessaires à la prise en charge optimale de l'AVC en tenant compte de la situation géographique de l'organisme, de sa population de patients et de sa relation avec les autres centres de la même région ou du même système de santé. Une fois le niveau de services d'AVC atteint, l'organisme s'efforce de développer et d'incorporer les éléments du niveau supérieur suivant afin d'assurer la croissance des services d'AVC là où la situation le prescrit, ainsi que l'amélioration continue de la qualité au sein du niveau de service présentement offert. Ce cadre prévoit certains aspects prioritaires qui représentent le continuum de prise en charge et des enjeux transcendants (comme la réadaptation et la prévention). Ces éléments d'appui (identifiés dans la couronne extérieure du cadre) doivent être pris en compte dans chaque contact de patient d'AVC et d'ICT avec les soins de santé.

De façon optimale, au Canada, tous les patients d'AVC en phase aiguë doivent être initialement pris en charge soit en soins avancés, soit en soins complets. Il est reconnu qu'un petit nombre de cas pourraient ne pas avoir besoin de telles mesures, qui pourraient être impossibles à offrir pour des motifs géographiques ou de disponibilité des ressources (ex., les ambulances qui doivent quitter une petite localité pour un transport de longue distance ou un patient dont les symptômes légers se résorbent). Les centres de soins avancés ou complets non seulement offrent l'accès à la thrombolyse en phase aiguë, mais comptent aussi des équipes d'AVC actives qui peuvent être mobilisées en temps opportun pour l'évaluation, le diagnostic et l'implantation de stratégies de prise en charge de l'AVC destinées à atténuer le risque de récurrence d'AVC ou de résultat défavorable.

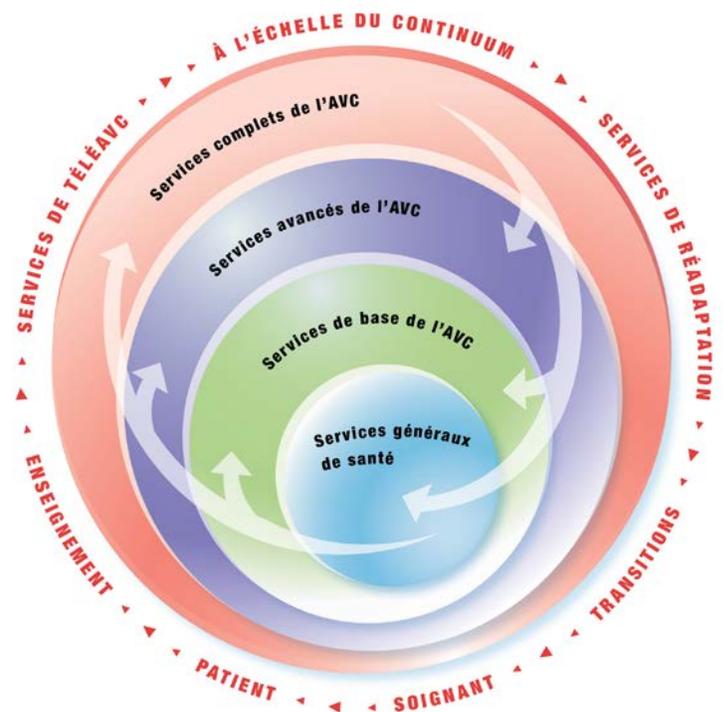


Figure 2.2:
Cadre des services optimaux d'AVC
des Pratiques optimales canadiennes d'AVC

2.2b Cadre de services optimaux d'AVC des Pratiques canadiennes optimales d'AVC - Description détaillée des niveaux de spécialisation

Le Cadre des services optimaux d'AVC a été développé afin de favoriser la croissance et le développement des services. Le modèle identifie quatre niveaux croissants de spécialisation en soins d'AVC :

- Établissements de santé généraux
- Établissements de services d'AVC de base
- Centres de services d'AVC avancés
- Centre de services d'AVC complets

La prise en charge efficace de l'AVC au niveau individuel exige un effort coordonné d'une gamme de professionnels des soins de santé ayant chacun un rôle critique à jouer dans le résultat final. De la même façon, un système d'AVC efficace exige la coordination d'une gamme diversifiée d'établissements et d'équipes jouant chacun un rôle différent selon leur niveau croissant de spécialisation. Chaque système doit compter un mélange adéquat de niveaux afin de servir la population de patients propre au système. On peut y arriver en rationalisant ou en réorganisant les ressources en place, ou encore en améliorant de façon continue un niveau de prise en charge en particulier.

L'objectif de tous les services d'AVC consiste à poursuivre le développement de l'expertise et des mécanismes de prestation des soins d'AVC de haute qualité fondés sur des preuves scientifiques, à optimiser les ressources structurelles⁹ (ex., personnel, équipement et espaces), les facteurs géographiques et les populations de patients. Par conséquent, chaque niveau de soins décrit dans le Cadre comprend tous les éléments, toutes les fonctions et tous les services décrits dans le niveau précédent, en plus des éléments, fonctions et services additionnels. Une fois tous les éléments identifiés d'un niveau de service d'AVC atteint, l'organisation doit s'efforcer de développer l'expertise et certains éléments critiques du prochain niveau supérieur de services. Il est important de souligner qu'il n'est pas simplement question de savoir quels services sont disponibles, mais plutôt dans quelle mesure ils sont prodigués adéquatement.

Les organismes devraient utiliser ce cadre pour auto-évaluer activement leur capacité d'offrir des soins d'AVC optimaux et de façon importante, identifier les carences et les défis. Les connaissances ainsi acquises offrent une orientation précieuse et identifient les priorités en vue de l'amélioration continue des services d'AVC, lesquelles améliorations devraient être guidées par les recommandations et les renseignements à l'appui contenus dans les Recommandations pour les pratiques optimales canadiennes en soins d'AVC.

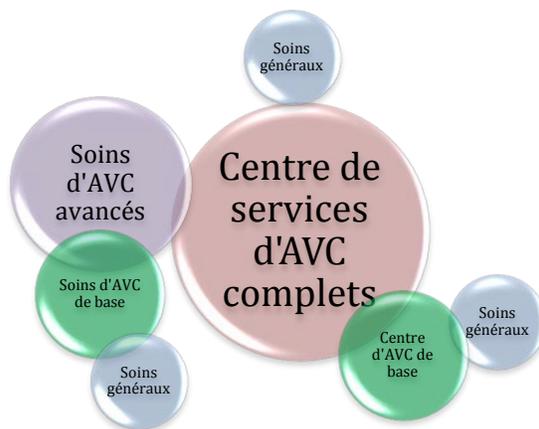


Figure 2.4 : Description du système de prise en charge de l'AVC

La description des quatre niveaux de services d'AVC du modèle de prise en charge de l'AVC stroke services model se trouve à la section suivante. Le tableau 2.2 donne le sommaire des éléments de services d'AVC par niveau

2.2c Descriptions détaillées des niveaux de services d'AVC

Niveau 1 : Services de santé généraux

Description : Les services de santé généraux sont offerts dans les établissements de petite taille en milieu rural et éloigné ou par des équipes de soins non spécialisées en neurosciences. Les soins dispensés dans ces hôpitaux ou centres le sont habituellement par une équipe composée de médecins de première ligne, de généralistes, de chirurgiens, d'infirmières non spécialisées en neurosciences et de personnel de santé connexe, ainsi que d'un nombre limité d'autres spécialistes. Le centre n'offre pas de services spécialisés de prise en charge de l'AVC, ne compte ni spécialiste de l'AVC sur place, ni ressources de diagnostic avancé comme un tomographe CT. Le centre n'effectue pas de thrombolyse en phase aiguë, ni par son personnel, ni par prestation assistée par télé-AVC.

Exemples de centres offrant des services généraux et non spécialisés :

- Petits hôpitaux ou centres de santé en milieu rural ou éloigné (avec urgence ou unités d'hospitalisation)
- Cabinets de médecins de famille ou cliniques sans rendez-vous
- Cliniques de suivi ou de traitement non spécialisées en AVC
- Services de prise en charge autonome ou de prise en charge des maladies chroniques non spécialisés en AVC
- Établissements de soins continus ou de soins palliatifs

Activités critiques : Quand un patient soupçonné d'être aux prises avec un AVC ou une ITC en phase hyperaiguë se présente dans un centre hospitalier général, les priorités du personnel consistent à confirmer le diagnostic, mobiliser et transférer ce patient, tel que décrit à l'Encadré 1. Pour les patients qui demeurent sous leurs soins, tous les éléments possibles des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales en soins de l'AVC doivent être mis en place. Un plan de prise en charge de la récupération et de la prévention doit être défini pour chaque patient d'AVC ou d'ICT et sa famille.

Ces centres non spécialisés peuvent aussi offrir des activités et services supplémentaires comme :

- Tri, évaluation médicale ou infirmière préliminaires – **CETTE MESURE NE DOIT PAS RETARDER LE TRANSFERT VERS UN NIVEAU DE SOINS SPÉCIALISÉS D'AVC PLUS APPROPRIÉ**
- Services de laboratoire non spécialisés
- Les tests cardiovasculaires comme l'électrocardiogramme, le Doppler carotidien et l'échocardiogramme
- Réception des patients d'AVC pour la poursuite des soins transitionnels ou continus après le congé de services d'AVC plus spécialisés
- Mise en œuvre des Recommandations de pratiques optimales en soins d'AVC
- Services de prévention d'AVC pour tous les patients d'AVC et d'ICT
- Veiller à ce que les services à domicile et extrahospitaliers (comme la réadaptation) et le soutien soient organisés et accessibles au besoin
- Soins ambulatoires non spécialisés en AVC offerts de façon continue
- Soins continus et palliatifs

Encadré 1 : Activités critiques en soins généraux

- **Confirmer** l'AVC ou l'ICT chez le patient dès son arrivée à l'hôpital
- **Mobiliser** rapidement les ressources disponibles afin de stabiliser le patient
- **Transférer** le patient d'AVC vers l'établissement offrant des services avancés ou complets d'AVC le plus près
- **Optimiser** la thérapie de prévention d'AVC à l'aide d'un plan de prise en charge personnalisé

Implications pour le roulement des patients destiné à favoriser une prise en charge adéquate :

- Les patients admissibles aux services d'AVC spécialisés en phase hyperaiguë devraient être transférés vers un service spécialisé d'AVC plus approprié (i.e., services d'AVC avancés ou complets) sans délai afin d'assurer un accès rapide à la thérapie par thrombolyse en phase aiguë pendant les premières 4,5 heures. Cette mesure comporte des protocoles de transport direct où les centres hospitaliers généraux doivent être initialement contournés dans la mesure du possible et sans compromettre la sécurité du patient;
- Les patients potentiellement admissibles à des soins d'AVC en phase aiguë ou en réadaptation doivent être transférés vers un service spécialisé d'AVC de niveau plus approprié le plus rapidement possible;
- Les patients peuvent être retransférés vers ce niveau de soins généraux au terme de l'épisode aigu ou de la réadaptation, si des soins hospitaliers ou palliatifs continus sont encore requis;
- Les patients peuvent recevoir des soins de suivi après leur congé de services d'AVC plus spécialisés.

Niveau 2 : Centres de services d'AVC de base

Description : Les soins d'AVC de base sont offerts dans les établissements de taille moyenne et les hôpitaux en milieu rural de plus petite taille par des équipes ayant reçu une préparation et une formation de base en neurosciences. Ces établissements disposent d'imagerie diagnostique avancée sur place, notamment de la tomographie CT. Cependant, ils n'ont pas l'expertise en AVC et n'offrent pas la thrombolyse en phase aiguë. Les soins dispensés par ces établissements le sont habituellement par des médecins de soins primaires, des médecins généralistes, des chirurgiens, des infirmières non spécialisées en neurosciences et du personnel connexe, ainsi qu'un nombre limité de spécialistes additionnels.

Exemples de centres offrant des soins d'AVC de base

- Hôpitaux en milieu rural ou éloigné ou petits hôpitaux en milieu urbain
- Cabinets de médecin de famille ou cliniques sans rendez-vous
- Services de clinique de suivi en prévention vasculaire secondaire ou d'AVC
- Services de prise en charge autonome non spécifique à l'AVC ou de prise en charge des maladies chroniques
- Établissements de soins de longue durée ou palliatifs

Activités critiques : Quand un patient soupçonné d'être aux prises avec un AVC ou une ICT en phase hyperaiguë se présente à un établissement offrant des services d'AVC de base, les priorités du personnel hospitalier consistent à confirmer le diagnostic d'AVC ou d'ICT, à effectuer une tomographie CT du cerveau sans délai, à communiquer avec l'établissement offrant des soins d'AVC avancés ou complets le plus près, à mobiliser et à transférer ce patient, tel que décrit à l'Encadré 2. Pour les patients qui demeurent sous leurs soins, tous les éléments

Encadré 2 : Activités critiques en soins d'AVC de base

- **Confirmer** l'AVC ou l'ICT chez le patient dès son arrivée à l'hôpital
- **Mobiliser** rapidement les ressources disponibles afin de stabiliser le patient
- Effectuer sans délai une **tomographie CT** du cerveau
- **Transférer** le patient d'AVC vers l'établissement offrant des soins avancés ou complets d'AVC le plus près
- Offrir l'accès à des soins **spécialisés** de réadaptation d'AVC
- **Optimiser** la thérapie de prévention d'AVC à l'aide d'un plan de prise en charge personnalisé

possibles des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales en soins de l'AVC doivent être mis en place. Un plan de prise en charge de la récupération et de la prévention d'AVC doit être défini pour chaque patient d'AVC ou d'ICT et sa famille.

Ces centres non spécialisés peuvent aussi offrir des activités et services supplémentaires comme :

- Tri, évaluation médicale ou infirmière préliminaires – **CETTE MESURE NE DOIT PAS RETARDER LE TRANSFERT VERS UN NIVEAU DE SOINS SPÉCIALISÉS D'AVC PLUS APPROPRIÉ**
- Imagerie neurovasculaire immédiate (tomographie CT)
- Services de laboratoire
- Tests cardiovasculaires comme l'électrocardiogramme, le Doppler carotidien et l'échocardiogramme
- Réception des patients d'AVC pour la poursuite des soins transitionnels ou continus après le congé de services d'AVC plus spécialisés
- Regroupement des patients d'AVC hospitalisés dans une unité hospitalière adéquate et implanter les protocoles d'AVC fondés sur les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales en soins d'AVC
- Veiller à ce que les services ambulatoires, extrahospitaliers et à domicile (comme la réadaptation) et les services de soutien aux familles soient organisés et accessibles au besoin
- Services de prévention d'AVC à tous les patients d'AVC et d'ICT
- Offrir un degré de suivi spécialisé en clinique de soins ambulatoires de prévention secondaire vasculaire ou de prévention d'AVC
- Soins continus et palliatifs

Implications pour le roulement des patients destiné à favoriser une prise en charge adéquate :

- Les patients admissibles aux services d'AVC spécialisés en phase hyperaiguë devraient être transférés vers un service spécialisé d'AVC plus approprié (i.e., services d'AVC avancés ou complets) sans délai afin d'assurer un accès rapide à la thérapie par thrombolyse en phase aiguë pendant les premières 4,5 heures. Cette mesure comporte des protocoles de transport direct où les centres hospitaliers généraux doivent être initialement contournés dans la mesure du possible et sans compromettre la sécurité du patient;
 - Les patients potentiellement admissibles à des soins d'AVC en phase aiguë ou en réadaptation doivent être transférés vers un service spécialisé d'AVC de niveau plus approprié le plus rapidement possible;
 - Les patients peuvent demeurer dans un hôpital de soins d'AVC de base s'ils ne sont pas candidats potentiels à la thrombolyse en phase aiguë et si tous leurs besoins de prise en charge d'AVC sont satisfaits à ce niveau de service;
 - Les patients peuvent être retransférés vers ce niveau de soins d'AVC de base au terme de l'épisode aigu ou de la réadaptation si des soins hospitaliers ou palliatifs continus sont encore requis;
 - Les patients peuvent recevoir des soins de suivi après leur congé de services d'AVC plus spécialisés.
-

Niveau 3 : Services d'AVC avancés (Centre d'AVC primaire, Centre d'AVC local)

Description : Les services d'AVC avancés sont prodigués dans de grands centres hospitaliers par des équipes spécialisées en soins d'AVC. Ces établissements disposent d'imagerie diagnostique avancée sur place, de personnel ayant une expertise en AVC et offrent la thrombolyse en phase aiguë grâce à leur expertise sur place ou au soutien par télé-AVC depuis un centre de soins d'AVC avancés ou complets.

Les soins dispensés dans ces centres le sont habituellement par des neurologues, des internistes, des physiatres ou d'autres médecins spécialisés en AVC. Des neurochirurgiens sont disponibles sur place ou des protocoles sont instaurés pour la référence et le transfert rapide des patients d'AVC nécessitant une consultation neurochirurgicale urgente. Les patients d'AVC sont pris en charge par les membres d'une équipe interprofessionnelle ayant reçu un certain degré de spécialisation en AVC. Des protocoles d'AVC sont en place depuis l'urgence jusqu'à l'imagerie et aux soins hospitaliers et reflètent les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales en soins d'AVC.

Les hôpitaux de cette catégorie disposent de lits dédiés à l'AVC disposés en groupe ou d'une unité d'AVC désignée, que ce soit pour les soins en phase aiguë ou pour la réadaptation, ou encore d'un modèle intégré de traitement en phase aiguë ou en réadaptation au sein d'une même unité. Les hôpitaux ayant un volume plus faible où une unité désignée d'AVC ou un modèle regroupé ne sont pas possibles devraient mettre en application les Pratiques optimales de soins d'AVC auprès de leurs patients hospitalisés dans la mesure du possible et établir des liens avec d'autres centres dans leur région ou système disposant d'unités d'AVC afin de développer et implanter des ententes efficaces pour le transfert et le rapatriement des patients. Ces centres peuvent être reliés au réseau universitaire et mener des recherches sur l'AVC.

Exemples de centres de services d'AVC avancés :

- Centres hospitaliers ruraux et communautaires de taille modérée à grande
- Hôpitaux urbains de petite et moyenne taille
- Centres d'AVC primaires
- Hôpitaux autonomes de réadaptation en milieu hospitalier
- Cliniques de prévention d'AVC affiliées à un programme d'AVC en milieu hospitalier

Activités critiques : Quand un patient soupçonné d'être aux prises avec un AVC ou une ICT en phase hyperaiguë se présente dans un hôpital offrant des services d'AVC avancés, les priorités du personnel hospitalier consistent à confirmer le diagnostic d'AVC ou d'ICT, initier un « code AVC » incluant une tomographie CT du cerveau sans délai, la mobilisation de l'équipe d'AVC à l'urgence et le transfert du patient, tel que décrit à l'Encadré 3. Les hôpitaux offrant des soins d'AVC avancés servent de site de

Encadré 3 : Activités critiques en soins d'AVC avancés

- **Confirmer** l'AVC ou l'ICT chez le patient dès son arrivée à l'hôpital
- **Mobiliser** rapidement les ressources disponibles afin de stabiliser le patient
- Effectuer sans délai une **tomographie CT** du cerveau
- **Prendre une décision** quant à l'admissibilité au tPA
- Administrer le tPA **en temps opportun**
- Prodiger des soins **spécialisés** d'AVC aux patients non admissibles au tPA
- **Accès rapide** à la consultation en neurochirurgie
- **Unité d'AVC / regroupement** des soins d'AVC en milieu hospitalier dispensés par une équipe d'AVC dédiée
- Accès à la thérapie de réadaptation d'AVC **spécialisée**
- **Optimiser** la thérapie de prévention des AVC à l'aide d'un plan de prise en charge personnalisé

référence aux hôpitaux où des services d'AVC non spécialisés ou moins spécialisés sont offerts et ont conclu des ententes afin d'assurer l'accès d'urgence aux patients en provenance de ces sites. Auprès des patients hospitalisés et traités aux soins d'AVC avancés, tous les éléments possibles des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales en soins d'AVC doivent être mis en place, y compris les modèles d'unités d'AVC pour les soins en milieu hospitalier. Un plan de prise en charge de la récupération et de la prévention d'AVC personnalisé devrait être défini pour chaque patient d'AVC et d'ICT et sa famille.

Ces centres spécialisés peuvent aussi offrir des activités et services supplémentaires comme :

- Soins d'AVC spécialisés offrant toutes les pratiques optimales pendant au moins une phase spécifique du continuum de prise en charge de l'AVC, par exemple en phase hyperaiguë, aiguë, en réadaptation ou en prévention secondaire
- Thrombolyse IV et IA et interventions endovasculaires
- Accès sur place ou par télé-AVC à des conseils et à des interventions neurochirurgicales
- Regroupement des patients hospitalisés pour AVC dans une unité adéquate, comme une unité d'AVC dédiée ou une unité regroupée et implantation des protocoles d'AVC fondés sur les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales en soins d'AVC
- Si le centre traite les cas en phase aiguë, il peut offrir du soutien et de la consultation par télé-AVC à d'autres centres moins spécialisés pour la prise en charge de l'AVC
- Si le centre offre la réadaptation, il peut offrir du soutien par télé-AVC à d'autres centres moins spécialisés pour la planification de la transition
- Veiller à ce que les services ambulatoires, extrahospitaliers et à domicile (comme la réadaptation) et les services de soutien à la famille soient organisés et accessibles au besoin
- Offrir un degré de suivi spécialisé en prévention secondaire vasculaire ou d'AVC ou en clinique de soins ambulatoires de prévention d'AVC

Implications pour le roulement des patients :

- Les patients susceptibles de bénéficier d'une prise en charge en phase aiguë hautement spécialisée ou de soins de réadaptation d'AVC non offerts dans les centres de services d'AVC avancés (comme les soins neurochirurgicaux ou les interventions endovasculaires) devraient être transférés vers un centre de soins d'AVC complets le plus tôt possible;
 - Les patients peuvent être acheminés dans les centres de soins d'AVC avancés par transport direct des ambulanciers en contournant initialement les centres de plus petite taille et moins spécialisés;
 - Les patients traités dans les centres offrant des soins d'AVC avancés peuvent être rapatriés à leur établissement d'origine pour la poursuite des soins et la palliation;
 - Les patients peuvent recevoir des soins de suivi après leur congé de centres d'AVC plus spécialisés.
-

Niveau 4 : Services d'AVC complets (Centre d'AVC régional)

Description : Les services d'AVC complets sont offerts dans le cadre de systèmes intégrés d'AVC, qui englobent une région géographique d'une ville, une zone sous-provinciale ou un système régional identifié d'AVC. Les centres de services d'AVC complets servent de site de consultation et de référence aux établissements offrant des services d'AVC non spécialisés ou moins spécialisés (voir figure 2.4) et ont conclu des ententes afin d'assurer l'accès d'urgence aux patients en provenance de ces centres. Ils jouent aussi un rôle dans la coordination des services d'AVC de l'ensemble du continuum au sein de leur région, afin de permettre aux patients de se déplacer dans la région afin d'obtenir les soins d'AVC optimaux en fonction de leurs besoins spécifiques. Les centres de services d'AVC complets offrent le leadership, la formation professionnelle et le soutien aux centres de plus petite taille et moins spécialisés, tout en collaborant étroitement avec les services d'urgence et les fournisseurs de services extrahospitaliers. Ils sont aussi étroitement associés au milieu universitaire et effectuent des recherches sur l'AVC.

Ces systèmes disposent d'imagerie diagnostique avancée sur place, d'équipes d'AVC dédiées possédant une vaste gamme d'expertise et offrent la thrombolyse en phase aiguë sur place, tout en agissant comme plaque tournante pour la consultation spécialisée sur tout le continuum pour les services d'AVC avancés ou généraux (incluant la télé-AVC). Plusieurs centres de services complets utilisent également des technologies avancées pour la prise en charge en phase aiguë et la réadaptation. Les soins offerts dans ces hôpitaux ou centres sont prodigués par les neurologues, des neurochirurgiens, des neuroradiologistes d'intervention, des internistes, des physiatres et d'autres médecins spécialisés en AVC. On y offre aussi de la spécialisation en AVC aux infirmières et au personnel connexe. Les systèmes de cette catégorie ont des lits dédiés à la prise en charge de l'AVC en phase aiguë et à la réadaptation, en plus de soins ambulatoires spécialisés en AVC.

Activités critiques : Quand un patient soupçonné d'être aux prises avec un AVC ou une ICT en phase hyperaiguë se présente à un centre de services d'AVC complets, les priorités du personnel hospitalier consistent à confirmer le diagnostic d'AVC ou d'ICT, à initier un « code AVC » comprenant une tomographie CT du cerveau sans délai, la mobilisation de l'équipe d'AVC à l'urgence et le transfert du patient, tel que décrit à l'Encadré 4. Les hôpitaux offrant des services d'AVC complets servent de site de référence aux hôpitaux offrant des services d'AVC moins spécialisés ou non spécialisés et ont conclu des ententes afin d'assurer l'accès d'urgence aux

Encadré 4 : Activités critiques en soins d'AVC avancés complets

- **Confirmer** l'AVC ou l'ICT chez le patient dès son arrivée à l'hôpital
- **Mobiliser** rapidement les ressources disponibles afin de stabiliser le patient
- Effectuer sans délai une **tomographie CT** du cerveau
- **Prendre une décision** quant à l'admissibilité au tPA
- Administrer le tPA **en temps opportun**
- Prodiguer des soins **spécialisés** d'AVC aux patients non admissibles au tPA
- **Accès rapide** à la consultation en neurochirurgie
- **Unité d'AVC / regroupement** des soins d'AVC en milieu hospitalier dispensés par une équipe d'AVC dédiée
- Inscription des patients d'AVC dans des essais de **recherche** clinique
- Accès à la thérapie de réadaptation d'AVC **spécialisée**
- **Optimiser** la thérapie de prévention des AVC à l'aide d'un plan de prise en charge personnalisé
- **Agir comme leader** de la coordination et de la réorganisation régionales du système de soins d'AVC

patients en provenance de ces établissements. Après des patients hospitalisés dans un établissement offrant des services d'AVC complet, tous les éléments possibles des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales en soins d'AVC doivent être mis en place, y compris les modèles d'unités d'AVC en milieu hospitalier. Un plan de prise en charge de la récupération et de la prévention d'AVC devrait être préparé pour chaque patient d'AVC ou d'ICT et sa famille.

Ces centres spécialisés peuvent aussi offrir des activités et services supplémentaires comme:

- Soins spécialisés d'AVC offrant toutes les pratiques optimales pour la plupart des phases spécifiques du continuum de prise en charge de l'AVC, par exemple phase hyperaiguë, phase aiguë, réadaptation ou prévention secondaire
- Thrombolyse IV et IA et interventions endovasculaires
- Accès sur place à la consultation et à l'intervention en neurochirurgie et prestation de consultation neurochirurgicale aux centres de services d'AVC de base ou avancés
- Regroupement des patients hospitalisés pour AVC dans une unité adéquate, comme une unité d'AVC dédiée ou regroupée où sont implantés les protocoles d'AVC fondés sur les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales en soins d'AVC
- Si le centre offre des soins en phase aiguë, il peut offrir du soutien et de la consultation par télé-AVC aux centres moins spécialisés pour la prise en charge de l'AVC
- Si le centre offre de la réadaptation, il peut offrir du soutien par télé-AVC aux autres centres moins spécialisés pour la planification de la transition
- Veiller à ce que les services ambulatoires, extrahospitaliers et à domicile (comme la réadaptation) et les services de soutien à la famille soient organisés et accessibles au besoin
- Offrir du suivi spécialisé en prévention secondaire vasculaire ou d'AVC ou dans une clinique ambulatoire de prévention d'AVC

Implications pour le roulement des patients :

- Les patients susceptibles de bénéficier de soins d'AVC en phase aiguë ou de réadaptation d'AVC hautement spécialisés non offerts dans les centres de soins d'AVC avancés (par exemple, soins neurochirurgicaux ou interventions endovasculaires) devraient être transférés vers un centre d'AVC complet le plus rapidement possible);
- Les patients exigeant des interventions neurochirurgicales ou des interventions endovasculaires avancées devraient être transférés vers ce niveau de soins le plus rapidement possible;
- Les patients peuvent se présenter aux centres de services d'AVC complets par transport direct des ambulanciers en contournant initialement les centres de plus petite taille et moins spécialisés;
- Les patients traités dans des centres offrant des services d'AVC complet peuvent être rapatriés à leur établissement d'origine afin de poursuivre leur prise en charge ou la palliation.

Tableau 2.2 : Sommaire des services d'AVC par niveau d'établissement de soins de santé

Éléments des services d'AVC	Centre, hôpital ou établissement isolé de soins en phase aiguë,	Hôpital de soins en phase aiguë ou établissement de réadaptation en milieu hospitalier		
	Services de santé généraux*	Services d'AVC de base	Services d'AVC avancés	Services d'AVC complets
Système de soins d'AVC (accès et mobilité)				
L'établissement offre des services non spécialisés d'évaluation d'AVC et de laboratoire	✓	S/O	S/O	S/O
L'établissement offre des services non spécialisés d'évaluation et de diagnostic d'AVC (neuro-imagerie)	S/O	✓	S/O	S/O
L'établissement offre des services spécialisés d'évaluation, de diagnostic et d'intervention d'AVC	S/O	S/O	✓	S/O
L'établissement offre des services d'AVC tertiaires ou quaternaires complets : leadership et expertise en soins d'AVC à l'échelle régionale pour l'ensemble du continuum de prise en charge	S/O	S/O	S/O	✓
Mise en place d'un système ou réseau d'AVC à l'échelle régionale qui comprend tous les niveaux de services d'AVC non spécialisés et spécialisés collaborant afin d'assurer l'accès en temps opportun au niveau de spécialisation optimal des soins d'AVC à tous les patients d'AVC	✓	✓	✓	✓
Accès à des spécialistes d'AVC par la télémédecine (télé-AVC) couvrant tout le continuum des soins	✓	✓	✓	✓
Coordination régionale avec protocoles et ententes en place pour l'acheminement direct par les services d'urgence vers des services plus spécialisés d'AVC pour la prise en charge en phase hyperaiguë et l'admissibilité au tPA (comprend le préavis de réception au centre d'AVC par les services d'urgence)	✓	✓	✓	✓
Coordination régionale avec protocoles en place pour le transfert de patients de prise en charge d'AVC en phase aiguë non admissibles au tPA vers des niveaux de soins plus adéquats	✓	✓	✓	✓
Ententes en vue du rapatriement des patients d'AVC entre le centre et leur	✓	✓	✓	✓

Éléments des services d'AVC	Centre, hôpital ou établissement isolé de soins en phase aiguë,	Hôpital de soins en phase aiguë ou établissement de réadaptation en milieu hospitalier		
	Services de santé généraux*	Services d'AVC de base	Services d'AVC avancés	Services d'AVC complets
milieu de vie				
Partage de la prise de décision et de la définition des objectifs entre l'équipe interprofessionnelle, les patients et les aidants	✓	✓	✓	✓
Participation par l'inscription des patients dans des projets de recherche et des essais cliniques	S/O	S/O	✓	✓
Leadership ou coordination des projets de recherche et des essais cliniques	S/O	S/O	S/O	✓
Présentation et évaluation initiale du patient				
Protocoles cliniques en place afin d'identifier un patient d'AVC ou d'ICT à partir des signes et des symptômes de présentation ainsi que des antécédents neurologiques	✓	✓	✓	✓
Capacité d'effectuer une évaluation clinique neurologique de base et d'offrir la prise en charge de base en phase aiguë et des soins d'AVC préventifs	✓	✓	✓	✓
Accès à des services diagnostiques d'AVC				
Protocoles en place afin d'avoir accès à la neuro-imagerie d'urgence en l'absence de tomographie CT sur place – transfert des patients d'AVC vers l'établissement disposant de la tomographie CT 24/7 le plus près	✓	S/O	S/O	S/O
Neuro-imagerie sur place (tomographie CT), notamment angiographie CT (accès disponible pour les patients qui arrivent des hôpitaux de soins généraux et ont besoin d'un transfert pour la neuro-imagerie)	S/O	✓	✓	✓
Tests neurovasculaires de base – Doppler carotidien	S/O	✓	✓	✓
Imagerie neurovasculaire avancée (comprend CT, CTA, perfusion CT, IRM, ARM)	S/O	S/O	✓	✓
neuroradiologie d'intervention pour les interventions d'AVC en phase aiguë 24/7	S/O	S/O	S/O	✓

Éléments des services d'AVC	Centre, hôpital ou établissement isolé de soins en phase aiguë,	Hôpital de soins en phase aiguë ou établissement de réadaptation en milieu hospitalier		
	Services de santé généraux*	Services d'AVC de base	Services d'AVC avancés	Services d'AVC complets
Tests de laboratoire selon les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales en soins de l'AVC	✓	✓	✓	✓
Tests cardiaques de base - ECG et monitoring (télémétrie)	✓	✓	✓	✓
Tests cardiaques avancés - moniteur Holter, échocardiographie, échocardiographie trans-œsophagienne (ETE)	S/O	S/O	✓	✓
Prise en charge de l'AVC en phase hyperaiguë à l'urgence				
Protocoles d'AVC de base selon les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales en soins de l'AVC	✓	✓	✓	✓
Protocoles écrits complets fondés sur des preuves scientifiques et algorithmes en place afin de guider les équipes de prise en charge d'AVC en phase hyperaiguë, notamment les évaluations de réadaptation et la gestion de l'ensemble du continuum de prise en charge de l'AVC	S/O	S/O	✓	✓
Accès au tPA sur place pour tous les patients admissibles, y compris les patients transférés depuis des centres hospitaliers généraux ou dotés de services d'AVC de base	S/O	S/O	✓	✓
Soutien aux sites de référence de télé- AVC (i.e., les centres offrent des services de consultation par télé- AVC)	S/O	S/O	✓	✓
Équipe d'AVC disponible sur place - équipe interprofessionnelle dédiée ayant reçu une formation avancée en prise en charge de l'AVC. Membres de l'équipe d'AVC sur place ou sur appel 24/7.	S/O	S/O	✓	✓
Accès à la consultation d'urgence en neurochirurgie avec l'équipe de neurochirurgie et disponible 24/7 sur place, par télémétrie ou par transfert du patient depuis un centre non spécialisé	S/O	S/O	✓	✓

Éléments des services d'AVC	Centre, hôpital ou établissement isolé de soins en phase aiguë,	Hôpital de soins en phase aiguë ou établissement de réadaptation en milieu hospitalier		
	Services de santé généraux*	Services d'AVC de base	Services d'AVC avancés	Services d'AVC complets
Accès la consultation d'urgence en neuroradiologie d'intervention d'urgence avec équipe de neuroradiologie d'intervention sur place 24/7 ou par transfert du patient	S/O	S/O	S/O	✓
Prise en charge de l'AVC en phase aiguë en milieu hospitalier				
Modèle de soins d'AVC regroupés - patients traités dans une unité d'AVC ou neurovasculaire organisée en lits regroupés avec équipe interprofessionnelle d'AVC dédiée et spécialisée	S/O	S/O	✓	✓
Développement professionnel continu spécialisé spécifique à l'AVC pour tous les membres de l'équipe interprofessionnelle	S/O	S/O	✓	✓
L'équipe interprofessionnelle effectue des rondes quotidiennes et tient des réunions d'étude des cas des patients régulièrement	S/O	S/O	✓	✓
Accès à la réadaptation générale non spécialisée et au développement d'un plan de prise en charge personnalisé	S/O	✓	S/O	S/O
Accès à l'évaluation et à la prise en charge précoces de la réadaptation spécialisées et au développement d'un plan de prise en charge personnalisé	S/O	S/O	✓	✓
Accès aux soins palliatifs	✓	✓	✓	✓
Réadaptation d'AVC et soins ambulatoires				
Accès aux services de réadaptation d'AVC en milieu hospitalier ou extrahospitalier par des services de congé précoce avec soutien	S/O	S/O	✓	✓
Accès en temps opportun aux services de réadaptation d'AVC spécialisés en milieu hospitalier	S/O	S/O	✓	✓
Accès en temps opportun aux services de réadaptation d'AVC spécialisés extrahospitaliers	S/O	S/O	✓	✓
Accès en temps opportun à des services de prévention vasculaire n milieu hospitalier ou extrahospitalier en vue de la prise en charge autonome	✓	✓	✓	✓

Éléments des services d'AVC	Centre, hôpital ou établissement isolé de soins en phase aiguë,	Hôpital de soins en phase aiguë ou établissement de réadaptation en milieu hospitalier		
	Services de santé généraux*	Services d'AVC de base	Services d'AVC avancés	Services d'AVC complets
Soins aux patients et à leur famille et mobilisation				
Protocoles et matériel disponibles afin d'offrir de l'éducation et de la formation en vue de la prise en charge autonome aux patients, à leur famille et aux aidants	✓	✓	✓	✓
Expertise disponible afin de dépister les troubles d'humeur et de cognition durant le séjour à l'hôpital ou les soins ambulatoires	✓	✓	✓	✓
Accès à des services de soins à domicile pour les patients à leur retour dans leur milieu après le congé	✓	✓	✓	✓
Approche de prise de décision partagée qui reflète les préférences de la famille et du patient ainsi que les directives avancées	✓	✓	✓	✓

* S/O indique que l'élément de services d'AVC ne s'applique pas à ce niveau de spécialisation en particulier, soit que l'élément en question exige une spécialisation et une coordination des soins d'AVC plus poussées, soit que cet élément est prévu pour les établissements n'offrant pas de soins d'AVC spécialisés.

SECTION TROIS : IMPLANTATION DES SOINS OPTIMAUX D'AVC EN MILIEU HOSPITALIER

3.0 Agir pour des soins optimaux d'AVC

Le développement d'un plan régional de services d'AVC complets dans l'ensemble d'une région est la première étape cruciale de la prise en charge optimale de l'AVC. Cette étape implique la participation de personnes clés et de champions, de chefs de file et du personnel de première ligne de tous les niveaux de services d'AVC. Plusieurs étapes sont à prévoir lors de la planification et de la mise en place des soins complets d'AVC, notamment la création de lits dans une unité d'AVC ou voir à conserver la qualité de l'amélioration lors du réaménagement de la capacité existante d'une unité d'AVC. Cette section du guide décrit certaines des étapes les plus importantes à cet effet et offre l'accès à un certain nombre d'outils permettant le partage des connaissances pertinentes à ces phases.

3.1 Unité de soins d'AVC

On retrouve plusieurs types d'unités d'AVC, qui sont habituellement déterminés par la phase de prise en charge, le type de patients de l'unité, ou ces deux critères. Les trois types les plus souvent rencontrés sont : l'unité de soins d'AVC en phase aiguë (consulter la définition des soins en phase aiguë plus haut) ; l'unité de réadaptation d'AVC (consulter la définition des soins de réadaptation plus haut); ainsi que l'unité de soins d'AVC intégrés ou complets (qui prodigue des soins à la fois en phase aiguë et en réadaptation). D'autres types d'unités sont moins courants, mais peuvent comprendre une unité neurovasculaire, une unité de soins en phase hyperaiguë ou critique (qui prodigue des soins neurologiques ou neurochirurgicaux – consulter la définition des soins en phase hyperaiguë plus haut).

Sans égard au type d'unité, les caractéristiques clés fondées sur les preuves scientifiques s'appliquent à tous les modèles. Le groupe « Stroke Unit Trialists' Group (Cochrane Collaborative 2009) » a identifié les éléments principaux suivants comme critères minimaux pour une unité d'AVC : ¹

- Unités dédiées définies géographiquement;
- Personnel interprofessionnel – équipe formée de médecins, de personnel infirmier et de thérapeutes (habituellement physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste et travailleur social)
- Services de réadaptation multidisciplinaires coordonnés
- Personnel ayant un intérêt spécial envers l'AVC et la réadaptation
- Rencontres d'équipe au moins une fois par semaine
- Implication routinière des aidants dans le processus de réadaptation
- Programmes périodiques d'éducation et de formation du personnel.

Caractéristiques supplémentaires d'une unité d'AVC tel qu'identifiées dans les Recommandations pour les pratiques optimales 2012 :

- Procédures d'évaluation diagnostique
- Surveillance en phase aiguë de la fonction neurologique et des signes vitaux
- Traitement en phase aiguë
- Mobilisation physique précoce (comme s'asseoir, se tenir debout et ambulation précoce);
- Grande emphase sur la réadaptation et la récupération.

¹ Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organized inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Numéro 4. Art. No.: CD000197. DOI: 10.1002/14651858.CD000197.pub2.

La mise en place d'une unité d'AVC n'implique pas nécessairement l'ajout de nouveaux lits. Dans la plupart des cas, l'ouverture d'une unité d'AVC consiste principalement à réassigner ou à réorganiser la capacité d'accueil existante. Il peut donc s'agir de rassembler ces lits dans un même lieu géographique plutôt qu'offrir la prise en charge des patients d'AVC dans d'autres unités (par exemple, neurosciences, neurologie, cardiologie et unités médicales ou chirurgicales). Les preuves des bienfaits de la prise en charge en unité d'AVC concernent non seulement les meilleurs résultats obtenus par les survivants d'AVC, mais aussi l'impact positif sur le système, comme la réduction du séjour des patients. Ainsi, la réallocation de lits dans le but de créer une unité d'AVC regroupée confère des bienfaits significatifs sur le roulement des patients si on la compare à la dispersion des patients d'AVC dans d'autres unités non spécialisées.

Le regroupement des patients d'AVC dans des unités non spécialisées en AVC où les volumes sont faibles (par exemple, un établissement où en moyenne on retrouve moins de quatre patients d'AVC) est préférable à la dispersion de ces patients dans diverses régions géographiques. Les preuves de l'amélioration de l'impact individuel et systémique sont encore plus formelles dans le cas des lits d'une unité d'AVC dédiée.

La recherche reconnaît également que la simple création d'une unité d'AVC ne se traduit pas nécessairement en meilleurs résultats pour le patient. La capacité de mettre en place les pratiques optimales en temps opportun et de façon fiable auprès des patients d'une unité d'AVC détermine l'ampleur de l'impact positif et les étapes vers l'implantation de soins optimaux d'AVC en milieu hospitalier décrites à la section suivante offrent des conseils pratiques afin d'y parvenir.

Tableau 3.1: Étapes à suivre pour des soins optimaux en unité d'AVC

Étape	Éléments de cette étape
1. Préparer un plan d'implantation	Préparation d'un projet décrivant le besoin, les ressources nécessaires, les bienfaits attendus et les principales étapes de l'implantation d'une unité d'AVC. Cette étape comprend l'évaluation du type d'unité, l'identification des intervenants à impliquer et la façon de les impliquer.
2. Définir l'emplacement de l'unité	Identification et obtention de l'espace et des lits requis pour l'unité d'AVC. Cette étape comprend l'identification de l'impact prévisible sur le roulement des patients et les implications pour les services en amont (ex., ambulanciers, urgence) et en aval (ex., réadaptation ou collectivité) de l'unité.
3. Identifier la composition de l'équipe d'AVC	Selon l'évaluation des besoins de soins essentiels en fonction du nombre et du type de patients de l'unité d'AVC, identifier le type, le nombre et la rotation ainsi que le déploiement du personnel, dont les médecins, le personnel infirmier, les professionnels connexes et le personnel de soutien.
4. Implanter les pratiques optimales en soins d'AVC	Évaluation de la capacité actuelle d'offrir les pratiques optimales, de prioriser les possibilités d'amélioration et de soutenir la mise en place systématique des pratiques optimales au sein de l'unité.
5. Mettre en place les processus de communication d'équipe	Identification et développement des processus de communication clinique et de développement d'équipe à l'intention de l'équipe de l'unité d'AVC. Les processus cliniques de communication comprendront les rondes au chevet des patients, les rondes assises et les communications transmises. Les processus de communication pour la formation d'équipes comprendront des rencontres d'équipes (fonctionnelles), l'interaction avec d'autres intervenants clés de l'ensemble du continuum de prise en charge et avec le milieu élargi.

Étape	Éléments de cette étape
6. Définir les processus de mobilisation, de transition et d'éducation des patients	Développement de processus destinés à soutenir la mobilisation efficace des patients et des familles aux points de transition. Développement et implantation de processus efficaces d'éducation et de soutien des patients. Développement de moyens pratiques et efficaces pour que les patients et les familles puissent donner leur avis quant à l'amélioration de la qualité et aux processus de planification.
7. Mettre en place des dispositions de gestion de la qualité	Implantation des principaux éléments des dispositions de gestion de la qualité au sein de l'unité, comme la mesure de la performance, les activités de soutien critiques, comme l'éducation des aidants et les approches adoptées pour assurer l'amélioration continue de la qualité.

Avis :

Ce document dynamique continue de se développer et d'évoluer.

Des renseignements et des outils détaillés en vue de l'implantation des sept étapes, en plus de renseignements sur l'amélioration de la qualité seront disponibles sur le site Web des pratiques optimales août 2013.

Restez des nôtres!