



FONDATION^{MC}
DES MALADIES
DU CŒUR
ET DE L'AVC


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

AGIR EN VUE DE SOINS OPTIMAUX DE L'AVC

UNE RESSOURCE POUR SOUTENIR LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LES PRATIQUES OPTIMALES DE SOINS DE L'AVC

Action collaborative canadienne pour la Télé-AVC

Trousse d'outils de mise en œuvre de Télé-AVC

Octobre 2013

**Soins en
phase
hyperaiguë**

Prévention

*Agir pour optimiser les services de
Télé-AVC partout au Canada afin
de soutenir l'accès en temps
opportun et les compétences en
matière de soins en phase
hyperaiguë, la gestion de la phase
aiguë, la réadaptation, la
prévention et le processus de*

**Réadaptatio
n**

**RéIntégratio
n**

Action collaborative canadienne pour la Télé-AVC

Une initiative des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC

Trousse d'outils de mise en œuvre de Télé-AVC : Table des matières

Chaque section de cette trousse d'outils présente une introduction et un aperçu ainsi que des liens vers tous les documents à l'appui des différentes sections.

Section	Contenu	Page/Emplacement
1.0	Aperçu de la Télé-AVC	5
1.1	Introduction – Agir en vue de soins optimaux de l'AVC	5
1.2	Définitions en télémédecine et Télé-AVC	6
1.3	Cadre de Télé-AVC	7
1.4	Feuille de route du programme de Télé-AVC	9
1.5	À propos des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC	10
1.6	Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Groupe de rédaction de Télé-AVC et examinateurs à l'externe	12
1.7	Telestroke Report 2012 – Executive Summary (Rapport sur la Télé-AVC 2012 – Synopsis)	Document en ligne
1.8	Telestroke Report 2012 Slides (diapositives du Rapport sur la Télé-AVC 2012)	Document en ligne
1.9	Taking Action for Telestroke Slides (diapositives du thème Agir pour la Télé-AVC) (Blacquiére)	Document en ligne
2.0	Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Télé-AVC (mise à jour en 2013)	15
2.1	Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Prestation des soins de l'AVC à l'aide de la technologie de Télé-AVC	15
2.2	Tableaux de données probantes de Télé-AVC	Document en ligne
3.0	Création d'un programme de Télé-AVC : Préparatifs et niveau de préparation	21
3.1	Introduction	21
3.2	Feuille de route de Télé-AVC	Voir la page 9
3.3	Listes de vérifications maîtresses du service de Télé-AVC	
	1 : Exigences de service pour les rencontres par Télé-AVC planifiées et sur demande	22
	2 : Liste de vérification de l'établissement d'orientation pour les services de Télé-AVC d'urgence sur demande	24
	3 : Liste de vérification des exigences pour un service de Télé-AVC planifié à l'établissement d'orientation	26
3.4	Plan de mise en œuvre du programme de Télé-AVC	27
3.5	Sélection du modèle de Télé-AVC	28
3.6a	Stakeholder Engagement (engagement des intervenants)	Document en ligne
3.6b	Stakeholder Engagement Presentation (présentation de l'engagement des intervenants)	Document en ligne

Section	Contenu	Page/Emplacement
3.7a	Telestroke Readiness Assessment – Hyperacute Care (évaluation du niveau de préparation à Télé-AVC – soins en phase hyperaiguë) (Ont.)	Document en ligne
3.7b	Telestroke Readiness Assessment - Scheduled Visits (évaluation du niveau de préparation à Télé-AVC - Visites prévues) (Ont.)	Document en ligne
3.8	Telestroke Start Up Questionnaire Template (APSS) (modèle de questionnaire sur le démarrage de Télé-AVC)	Document en ligne
3.9	Telestroke Business Case Template (modèle d'analyse de rentabilisation de la Télé-AVC) (C.-B.)	Document en ligne
3.10	Telestroke Briefing Note Template (modèle de note d'information sur la Télé-AVC) (Ont.)	Document en ligne
3.11	Telestroke Initiation Communications Plan (plan de communications pour le démarrage de la Télé-AVC) (C.-B.)	Document en ligne
3.12	Telestroke Development Slide Presentation (Truran) (diaporama sur le développement de la Télé-AVC)	Document en ligne
4.0	Création d'un programme de Télé-AVC : Établissement de l'infrastructure de la technologie de Télé-AVC	31
4.1	Introduction	31
4.2	Évaluation du niveau de préparation pour les consultations par Télé-AVC planifiées de l'ACCT	32
4.3	Liste de vérification relative à la mise en œuvre technique de Télé-AVC pour soins de l'AVC en phase aiguë de l'ACCT	36
4.4	Guide d'essai de l'équipement vidéo de Télé-AVC	38
4.5	Ameublement et considérations cosmétiques	41
4.6	Plan de consultation fictif par Télé-AVC – Établissement d'orientation	43
5.0	Mise en œuvre d'un programme de Télé-AVC	45
5.1	Introduction	45
5.2	Feuille de route du programme de Télé-AVC de l'ACCT	46
5.3	Listes de vérification de Télé-AVC	Voir les pages 22 à 26
5.4	Telestroke Clinical Workflow Maps (tableaux des étapes cliniques)	Document en ligne
5.5	New Site Eligibility Screening Checklist (liste de vérification d'examen d'admissibilité d'un nouvel établissement)	Document en ligne
5.6	New Site Readiness Template (modèle de niveau de préparation d'un nouvel établissement)	Document en ligne
5.7	Telestroke Education Plan (plan de formation pour utiliser le service de Télé-AVC)	Document en ligne
5.8	Telestroke Training Case Study (l'étude de cas dans le cadre de la formation pour Télé-AVC)	Document en ligne
5.9	Telestroke Referring Physician Competencies (compétences des médecins orienteurs dans le contexte de Télé-AVC)	Document en ligne
5.10	Telestroke ED Protocol Sample (exemple de protocole des services d'urgence dans le contexte de Télé-AVC)	Document en ligne
5.11	Telestroke Mock Consult Plan (Plan de consultation fictif par Télé-AVC)	Document en ligne
6.0	Évaluation des programmes et services de Télé-AVC	47
6.1	Introduction	47
6.2	Indicateurs de rendement de base pour la Télé-AVC de l'ACCT	48

Section	Contenu	Page/Emplacement
6.3	Telestroke Patient Experience Survey (sondage sur l'expérience des patients avec Télé-AVC)	Document en ligne
6.4	Telestroke Provider Experience Survey (sondage sur l'expérience des fournisseurs avec Télé-AVC)	Document en ligne
6.5	Telestroke Evaluation Overview Slides (diapositives de l'aperçu de l'évaluation de Télé-AVC) (Lindsay)	Document en ligne
6.6	Stroke Cost Avoidance _Including Telestroke (Krueger et coll., Stroke 2011) (éviter des coûts de l'AVC, y compris Télé-AVC)	Document en ligne
7.0	Ressources et outils de Télé-AVC dans l'ensemble du Canada	50
7.1	Introduction	50
7.2	Représentations en faveur de la télémédecine, organismes de recherche et de services au Canada	51
7.3	Membres principaux de l'ACCT	52
7.4	Ressources pour soutenir les programmes de Télé-AVC	53
	A : Ressources d'information sur les services de Télé-AVC pour les patients et leur famille	53
	B : Ressources relatives au remboursement des médecins qui offrent des services par Télé-AVC	53
	C : Ressources de formation et de perfectionnement professionnels en Télé-AVC	53
	D : Outils et protocoles de mise en œuvre de Télé-AVC	54
	E : Manuscrits et rapports publiés de Télé-AVC	54
	F : Rapports d'évaluation de Télé-AVC	54

1.0 APERÇU DE LA TÉLÉ-AVC

1.1 Introduction – Agir en vue de soins optimaux de l'AVC

La technologie, dont la qualité et la disponibilité se sont améliorées, permettent la prestation de services du continuum au sein de divers établissements et milieux de pratique au Canada. Cette technologie fournit le motif et l'occasion pour combler le fossé quant à l'accès à des services de soins de l'AVC équitables, peu importe la région. Ce défi qui se présente maintenant à nous est la sous-utilisation d'une technologie connue et disponible dans la gestion de patients qui ont été victimes d'un AVC, et des membres de leur famille.

L'Action collaborative canadienne pour la Télé-AVC (ACCT) est dirigée par un groupe d'experts au sein de l'initiative des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*. Le groupe de l'ACCT est mandaté pour mettre à jour les recommandations sur la Télé-AVC, fondées sur des données probantes, ainsi que pour recueillir et réunir les connaissances et l'expérience des spécialistes en Télé-AVC au Canada dans cette trousse d'outils de mise en œuvre, afin de soutenir l'adoption de pratiques optimales. Le but de l'ACCT est d'accroître l'accès aux spécialistes de l'AVC à l'aide de modèles de Télé-AVC pour la prestation de soins de l'AVC en phase hyperaiguë, la réadaptation post-AVC, et les services de prévention, et de soutenir les patients qui retournent dans la collectivité.

Les principes d'orientation de l'ACCT dans la mise à jour des pratiques optimales pour la Télé-AVC et l'élaboration d'une trousse d'outils de mise en œuvre complète comprennent ce qui suit :

- ❖ Les programmes de Télé-AVC doivent être établis dans des systèmes coordonnés de soins de l'AVC, et non, dans la mesure du possible, comme des projets autonomes isolés. Cela permettra d'accroître les avantages d'un investissement dans Télé-AVC, et d'améliorer la durabilité, si le projet est solidement intégré à un modèle de soins plus étendu dans le cadre des services pour l'AVC.
- ❖ Les programmes de Télé-AVC doivent être établis dans le continuum complet de soins pour l'AVC, et être élargis au-delà de la phase hyperaiguë, en particulier en raison de la pénurie de spécialistes en réadaptation post-AVC dans bon nombre de collectivités plus petites, et du fardeau croissant sur les familles et le système de soins pour l'AVC lorsque les patients n'ont pas accès aux services qui les aident à se rétablir de façon optimale.
- ❖ Les dispensateurs de soins qui participent aux programmes de Télé-AVC doivent poursuivre une formation continue afin de conserver leurs compétences en soins pour l'AVC, et d'utiliser efficacement la technologie.
- ❖ Les initiatives de Télé-AVC, qui doivent respecter un modèle d'amélioration de la qualité, pourraient commencer à petite échelle avec un investissement minimal en technologie, puis continuer à se développer et à s'améliorer à mesure que leur capacité s'accroît.

Les documents offerts par cette trousse d'outils sont conçus pour soutenir les établissements de consultation et d'orientation accompagnant la mise en œuvre des services de Télé-AVC dans l'établissement. Les renseignements fournis doivent être considérés comme un point de départ, soit des exemples et des modèles qui peuvent être examinés, adoptés ou adaptés, le cas échéant, par tous les établissements, afin de répondre à leurs propres besoins et d'afficher, de la meilleure façon possible, leur propres ressources et technologie dans le but de faire progresser le développement et la mise en œuvre d'un programme de Télé-AVC qui permettrait de soutenir la prestation de soins dans le continuum de l'AVC.

Les renseignements offerts ici doivent aussi être considérés comme dynamiques. Ils seront modifiés et évolueront à mesure de l'émergence de nouvelles données probantes, et nous encourageons tous les utilisateurs à faire circuler leur matériel dans la collectivité élargie de Télé-AVC à l'aide de la présente ressource. Toutes les soumissions peuvent être envoyées au bureau des pratiques optimales en matière d'AVC à l'adresse électronique suivante pratiquesoptimalesAVC@hsf.ca.

1.2 Définitions en télémédecine et Télé-AVC

La documentation et la pratique présentent des différences considérables en ce qui concerne la terminologie utilisée pour décrire les services de télémédecine et de Télé-AVC. Aux fins de l'information présentée dans la trousse d'outils de mise en œuvre des services de Télé-AVC de l'ACCT, les définitions suivantes ont été acceptées et appliquées.

- ❖ **La télésanté** est l'utilisation de la technologie de l'information et de la communication pour fournir des services de santé et transmettre des compétences et des renseignements à distance. Le système comprend des applications téléphoniques, de vidéo et de santé en ligne sur l'Internet ou le Web, et les informations peuvent être transmises en temps réel (en direct) ou en mode enregistrement (enregistrer maintenant et visionner plus tard) (Université de Calgary).
- ❖ **La télémédecine** est la prestation d'expertise médicale aux fins de diagnostic et de soins au patient, à l'aide de la technologie de l'information et des télécommunications, lorsque le patient et le dispensateur sont séparés par la distance. La télémédecine peut inclure, sans y être limitée, la prestation de services de pathologie, d'imagerie médicale et de consultation pour le patient (Fédération des ordres des médecins du Canada). Parfois la télésanté peut être utilisée comme synonyme. Cependant, dans le présent document, nous utiliserons télémédecine. La télésanté est un concept plus large de l'utilisation de la technologie dans les soins de santé.

Aux fins de la présente trousse d'outils, les définitions opérationnelles suivantes sont utilisées pour la Télé-AVC :

- ❖ **Télé-AVC** : utilisation de la technologie des télécommunications pour relier les établissements d'orientation et de consultation de soins de santé pour l'évaluation et la prise en charge en temps réel de victimes d'un AVC. Actuellement, la Télé-AVC est utilisée principalement pour élargir l'accès au traitement thrombolytique dans les établissements de soins de santé, qui ne disposent pas de compétences en AVC sur place tous les jours 24 heures sur 24. Cependant, la Télé-AVC est aussi un mécanisme pour accroître l'accès aux compétences et à la formation en AVC pendant la phase aiguë et post-aiguë, et visant la prévention secondaire, la réadaptation et le rétablissement.
- ❖ **Établissement d'orientation** : endroit où se trouve le patient physiquement.
- ❖ **Établissement de consultation** : endroit où se trouvent les compétences en matière d'AVC servant à soutenir l'établissement d'orientation pour établir le diagnostic et déterminer le traitement.
- ❖ **Réseau de Télé-AVC** : groupe intégré d'établissements de soins de santé, organisé officiellement et disponible en permanence, qui inclut au moins un centre de soins tertiaires de l'AVC, et qui possède une infrastructure de télécommunications appropriée pour la communication audiovisuelle et la transmission rapide en temps réel des images radiologiques entre l'établissement d'orientation et l'établissement de consultation.
- ❖ **Télé-AVC sur demande** : consultation par Télé-AVC non planifiée et souvent urgente. L'accès aux services de Télé-AVC non planifiés exige une disponibilité 24 heures par jour et 7 jours par semaine, et survient généralement dans le service d'urgence.

1.3 Cadre de l'Action collaborative canadienne pour la Télé-AVC

Le groupe de rédaction de l'ACCT a élaboré un cadre complet qui englobe les volets majeurs de la Télé-AVC comme mécanisme de prestation de soins (politique et défense des intérêts, état de préparation et modèles de prestation, pratiques optimales, et mise en œuvre, technologie et évaluation) intégré dans les domaines de qualité selon Donabedian, de structure, de processus et de résultats de la mise en œuvre de Télé-AVC. Les soins axés sur le patient sont aussi inhérents au cadre, le patient et sa famille étant représentés par les « points » rouges inclus dans chaque volet.

Le cadre démontre aussi le concept précisant que les soins de l'AVC offerts par Télé-AVC peuvent être prodigués à n'importe quelle étape du continuum des soins, et aux fins de divers objectifs prévus, allant des soins en phase hyperaiguë afin de soutenir l'administration des activateurs tissulaires du plasminogène (tPA), jusqu'à la réadaptation, l'accès à l'orthophonie, la réintégration dans la collectivité et la surveillance à domicile des activités de la vie quotidienne. Télé-AVC devrait permettre d'administrer des soins efficaces axés sur le patient, peu importe où il se trouve, de garantir l'accès à des soins de l'AVC optimaux, d'offrir des soins en temps opportun et, dans la mesure du possible, des soins économiques (amener le spécialiste au patient avec Télé-AVC).



Figure 1 :
Cadre d'action de la Télé-AVC
La Fondation des maladies du cœur et
de l'AVC et le Réseau canadien contre
les accidents cérébrovasculaires, 2013

AGIR DANS TÉLÉ-AVC

AGIR est essentiel pour les soins de l'AVC et le rétablissement post-AVC, et s'applique aux systèmes et dispensateurs de soins, aux patients et à la collectivité en général. Les résultats du rapport sur la qualité des soins de l'AVC au Canada (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, 2011) indiquent que bon nombre de Canadiens et Canadiennes ne reçoivent pas des services optimaux pour l'AVC, et qu'il existe des variations considérables dans les soins entre les différentes régions. La Télé-AVC est une modalité de prestation de soins qui a émergé pour combler le fossé géographique entre le patient et les compétences. Même si bon nombre d'établissements de soins de santé possèdent déjà certains éléments de télé-médecine sur place, seul un petit nombre d'endroits utilisent activement la technologie de télé-médecine permettant d'évaluer et de prendre des décisions rapidement quant au traitement thrombolytique en phase aiguë, pour offrir des soins de l'AVC en phase hyperaiguë, ou pour accéder à des spécialistes en réadaptation et en prévention qui peuvent aider les patients à atteindre leur potentiel optimal de rétablissement et à réduire le risque de récurrence de l'AVC.

AGIR dans le cadre de Télé-AVC exige la participation des dispensateurs de soins, des décideurs, des patients et du public. Télé-AVC est un outil ou une modalité de prestation de soins. Un volet essentiel de la Télé-AVC est le développement de l'accès « sur demande » (urgent, non planifié) et de l'accès « planifié » à des services spécialisés pour l'AVC, idéalement offerts par des dispensateurs de soins de l'AVC experts dans les soins actifs, la prévention, la réadaptation et le rétablissement dans la collectivité. Pour réussir, la Télé-AVC doit être mise en œuvre dans un système de soins de l'AVC établi et coordonné, où les spécialistes en soins de l'AVC et les établissements d'orientation peuvent être reliés de façon organisée et efficace. Des problèmes, tels que la charge de travail accrue, la planification des défis, le coût et le fonctionnement de l'équipement, et le remboursement du médecin, ont été cités comme des obstacles à la mise en œuvre de la Télé-AVC. Les systèmes de soins de santé doivent **AGIR** pour éliminer les obstacles et les réserves dans leur sphère de compétence et trouver des solutions pratiques. En 2011, Krueger et coll. ont découvert que la mise en œuvre de Télé-AVC permet d'éviter des coûts considérables et représente l'un des quatre moteurs d'évitement des coûts dans la gestion des soins de l'AVC (avec les soins de l'unité de l'AVC, l'administration de tPA et le congé précoce de l'hôpital avec soutien) (Stroke, 2011). En outre, on encourage fortement les comités de Télé-AVC **D'AGIR** en suivant la feuille de route de la Télé-AVC (figure 2) élaborée par le groupe de l'ACCT visant à offrir un aperçu de haut niveau des volets et des considérations à traiter dans la création du programme de Télé-AVC.

Dans le cadre de Télé-AVC, **AGIR** signifie aussi que les dispensateurs de soins doivent continuer à songer à l'utilité de Télé-AVC au-delà de la prise de décision concernant le tPA et de son administration simplement pour les soins en phase hyperaiguë. Une série émergente de projets de démonstration d'initiatives de recherche utilisent Télé-AVC comme modèle de prestation de soins aux fins de prévention et de services de réadaptation. Ces applications permettent à des personnes d'accéder aux compétences pertinentes pour gérer les facteurs de risque qui réduisent les taux de récurrence pour l'AVC et, par conséquent, le fardeau sur le système de soins de santé. De même, les applications dans le secteur de la réadaptation permettent l'accès à la physiothérapie, à l'ergothérapie et à l'orthophonie pour aider à faire progresser les gains réalisés après un AVC (résultats positifs associés au patient) et, encore une fois, à réduire le fardeau sur le système de soins de santé.

Les messages clés pour 2013 et les modifications majeures apportées aux anciennes recommandations comprennent ce qui suit :

- ✓ **La Télé-AVC comme modalité de prestation de soins est sous-utilisée au Canada.**
- ✓ **La Télé-AVC doit être mise en œuvre dans les systèmes de soins de l'AVC établis afin de maximiser son efficacité.**
- ✓ **Les applications de Télé-AVC doivent inclure les soins en phase hyperaiguë pour accroître l'accès au traitement thrombolytique en phase aiguë, mais aussi s'étendre au-delà de ce cadre jusqu'à la mise en œuvre pour la réadaptation, la prévention et le soutien communautaire.**

1.4 Feuille de route de l'élaboration du programme de Télé-AVC (ACCT 2013)

Cette feuille de route offre un aperçu d'éléments, d'étapes et d'intervenants qu'il est nécessaire de prendre en considération dans l'élaboration d'un programme de Télé-AVC. Elle a été élaborée pour aider les équipes du projet de Télé-AVC à planifier tous les aspects de la création et de la mise en œuvre de la Télé-AVC qui peut être appliquée partout dans le continuum des soins et sur demande (urgence), et lors de rencontres planifiées avec les professionnels de la santé qui utilisent la technologie de Télé-AVC. Étant donné que la Télé-AVC est une modalité de prestation de soins, il est essentiel d'avoir en place des structures de soutien coordonnées pour garantir la mise en œuvre et la durabilité. Cette feuille de route indique des éléments de haut niveau qu'il faut traiter pendant toute la période de développement et de mise en œuvre de Télé-AVC.

Figure 2 : Feuille de route du programme de Télé-AVC (ACCT 2013)

Figure 2 : Feuille de route du programme de Télé-AVC (ACCT 2013)

Service de Télé-AVC déterminé	Niveau de préparation clinique	Gouvernance	Technologie	Télesanté
Exigences de Télé-AVC par ordre d'importance pour la mise en œuvre du service				
Service d'urgence de Télé-AVC	<ul style="list-style-type: none"> Groupe de spécialistes engagés Clinicien participant dans un établissement local Stratégie en matière d'AVC 	<ul style="list-style-type: none"> Soutien administratif provincial, régional et local Modèle de prise en charge Entente de disponibilité Financement 	<ul style="list-style-type: none"> Connectivité du réseau de point à point Qualité du diagnostic et équipement mis à l'essai par le médecin Solution de soutien du service sur demande Points de services de soins de rechange Solution d'archivage et de transmission d'images (PAC) 	<ul style="list-style-type: none"> Soutien du programme de télesanté Solution de gestion de l'orientation sur demande
Moins d'exigences sont satisfaites actuellement, plus l'investissement en temps et en ressources sera important.				
Service de Télé-AVC planifié	<ul style="list-style-type: none"> Groupe de spécialistes engagés Clinicien participant dans un établissement local Stratégie en matière d'AVC 	<ul style="list-style-type: none"> Soutien administratif provincial, régional et local Modèle de gestion du service 	<ul style="list-style-type: none"> Connectivité du réseau Qualité du diagnostic et équipement mis à l'essai par le médecin Solution de soutien du service 	<ul style="list-style-type: none"> Soutien du programme de télesanté Solution de gestion de l'orientation
Début des services de Télé-AVC là où les exigences les plus importantes des services de Télé-AVC sont satisfaites.				
Services de soins à domicile de Télé-AVC	<ul style="list-style-type: none"> Groupe de spécialistes engagés Clinicien participant dans un établissement local Stratégie en matière d'AVC 	<ul style="list-style-type: none"> Soutien administratif régional et local Propriété du programme Entente de disponibilité 	<ul style="list-style-type: none"> Technologies de télésoins à domicile Solution de soutien du service 	<ul style="list-style-type: none"> Soutien du programme de télesanté
La formation en Télé-AVC doit être considérée comme un élément de tous les plans de gestion du changement en				

matière de Télé-AVC.				
Formation en Télé-AVC	<ul style="list-style-type: none"> Intérêt et soutien pour l'information sur l'AVC 	<ul style="list-style-type: none"> En l'absence d'infrastructure de Télé-AVC : Soutien administratif provincial, régional et local 	<ul style="list-style-type: none"> Connectivité du réseau Équipement Web ou de communication virtuelle Solution de soutien du service 	<ul style="list-style-type: none"> Processus de planification
S'assurer que le programme de Télé-AVC est pris en considération dans toutes les stratégies en matière d'AVC.				

1.5 À propos des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC.

Les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* offrent des lignes directrices mises à jour et fondées sur des données probantes pour la prévention et la prise en charge de l'AVC. L'objectif de la diffusion et de la mise en œuvre de ces recommandations est de réduire les différences dans l'administration de soins aux patients victimes d'un AVC partout au Canada, et de combler le fossé entre les connaissances et la pratique. Les recommandations sont mises à jour selon un cycle de deux ans pour s'assurer qu'elles continuent à refléter les données probantes recueillies dans le cadre de la recherche actuelle ainsi que l'opinion des principaux experts en la matière. Chaque mise à jour comporte un examen critique de la documentation médicale actuelle qui contribue à informer les décisions concernant la modification des recommandations et les indicateurs de rendement utilisés pour évaluer leur impact. L'examen continu de la documentation à la recherche de nouvelles données probantes permet de s'assurer que les recommandations sont récentes et fiables. Toutes les séries de recommandations sont accompagnées de ressources de mise en œuvre pour guider les utilisateurs finals dans le processus d'intégration efficace des recommandations à la pratique clinique. Ces ressources sont élaborées en collaboration avec des spécialistes de l'AVC et de la mise en œuvre partout au Canada et à l'étranger.

Il s'agit de la quatrième édition des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, qui ont d'abord été publiées en 2006. Le thème de la mise à jour de 2012 – 2013 est **AGIR**, qui insiste sur le rôle essentiel et la responsabilité des dispensateurs de soins de santé à chaque étape du continuum des soins, afin de s'assurer que les recommandations pour les pratiques optimales sont mises en œuvre et respectées. **AGIR** conduira à des résultats optimaux pour chaque victime d'un AVC en lui offrant les meilleurs soins dans le milieu le plus approprié. Cette démarche comprend un accès rapide et efficace aux services diagnostiques, à des compétences en soins de l'AVC, à des interventions médicales et chirurgicales, à la réadaptation et au soutien pendant un rétablissement à long terme et à la réintégration dans la collectivité.

AGIR exige une approche d'équipe engagée et une solide coordination de soins dans l'ensemble des régions et des réseaux. Les dispensateurs de soins préhospitaliers, de soins actifs, ainsi que de soins pendant la réadaptation et dans la collectivité doivent travailler ensemble pour procurer aux patients et à leur famille des résultats optimaux, peu importe la région où ils se trouvent.

AGIR s'applique aussi aux patients qui ont souffert d'un AVC, à leur famille et aux aidants naturels. Les patients victimes d'un AVC et leur famille doivent participer activement à la phase de rétablissement et communiquer ouvertement avec leur équipe de soins de santé. Les patients et leur famille doivent participer à l'établissement d'objectifs qu'ils souhaitent atteindre pendant la période de rétablissement après un AVC, et faire part, à leur équipe de soins, de leurs préoccupations ainsi que des problèmes physiques, cognitifs et d'humeur, qui permettront d'obtenir les soins requis pour un rétablissement optimal à tout point de vue.

TOUTES LES RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LES PRATIQUES OPTIMALES DE SOINS DE L'AVC
ET TOUTS LES DOCUMENTS À L'APPUI AINSI QUE LES OUTILS ET LES RESSOURCES DE MISE EN ŒUVRE
SONT DISPONIBLES SUR NOTRE SITE WEB DES PRATIQUES OPTIMALES EN MATIÈRE D'AVC À :

www.pratiquesoptimalesAVC.ca

1.6 Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Groupe de rédaction de Télé-AVC et examinateurs à l'externe

RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LES PRATIQUES OPTIMALES DE SOINS DE L'AVC
Groupe de rédaction sur l'AVC pour Télé-AVC 2012 - 2013 :

MEMBRE	RÔLE PROFESSIONNEL	LIEU
Taralson, Colleen Coprésidente	Coordonnatrice pour l'AVC (Edmonton et région), Alberta Health Services (Services de santé de l'Alberta); Alberta Provincial Stroke Strategy (stratégie de lutte contre l'AVC de l'Alberta)	Alberta
Lindsay, Patrice Coprésidente	Directrice, Pratiques exemplaires et rendement, AVC, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC; infirmière autorisée; membre auxiliaire du corps professoral, Institute of Health Policy, Management and Evaluation, Université de Toronto	Ontario
Amelio, Josephine	Directrice provinciale de Clinical Telehealth (télésanté clinique), Technologies de l'information, Alberta Health Services (Services de santé de l'Alberta)	Alberta
Ashworth, Valerie	British Columbia Telehealth Program (programme de télésanté de la Colombie-Britannique)	Colombie-Britannique
Cole-Haskeyne, Andrea	Infirmière clinicienne en prévention de l'AVC; Calgary Stroke Program (programme de soins de l'AVC de Calgary)	Alberta
Corriveau, Hélène	Professeure titulaire, École de réadaptation Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke	Québec
Clement, Louise	Conseillère médicale, Implantation du continuum de services aux personnes victimes d'AVC ou à risque de le devenir, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec	Québec
Foley, Norine	Spécialiste en examen de données probantes, <i>workHorse Consulting</i>	Ontario
Hakim, Antoine	Président-directeur général, Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires; professeur, Faculté de médecine, Université d'Ottawa	Ontario
Hochsmann, Alexander	Directeur des services cliniques, Service d'urgence, Administration des services de santé et des services sociaux de Yellowknife	Territoires du Nord-Ouest
Kamal, Noreen	Gestionnaire de projet, Stroke Services British Columbia (Services pour l'AVC de Colombie-Britannique)	Colombie-Britannique
Kelloway, Linda	Responsable des pratiques optimales, Réseau ontarien contre les accidents vasculaires cérébraux	Ontario
Mills-Beaton, Jennifer	Responsable de Télé-AVC, Ontario Telemedicine Network (Réseau de télémédecine de l'Ontario)	Ontario
Palmer, Krisan	Coordination de télésanté, Horizon Health Network	Nouveau-Brunswick
Robart, Sherry	Analyste d'affaires, télésanté, eHealth Saskatchewan (outils de santé en ligne)	Saskatchewan
Silver, Frank	Directeur, Programme de l'AVC du Réseau universitaire de santé; Professeur de médecine, Faculté de médecine de l'Université de Toronto; Directeur médical, Services de Télé-AVC, Ontario	Ontario
Tousignant, Michel	Directeur du Centre de recherche; Titulaire de la Chaire de recherche en téléadaptation; École de réadaptation Faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke	Québec
Troughton, Mark	Médecin de service d'urgence, Centre régional de santé de Peterborough	Ontario
Truran, Helen	Conseillère en télésanté	Colombie-Britannique

RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LES PRATIQUES OPTIMALES DE SOINS DE L'AVC
Examineurs externes de Télé-AVC en matière d'AVC 2012 - 2013 :

EXAMINATEUR EXTERNE	ROLE	LIEU
Jordan, Deborah	Directrice administrative, Services actifs et d'urgence, ministère de la Santé	Saskatchewan
MacPhail, Carolyn	Coordinatrice provinciale de l'AVC	Î.-P.-É.
Harrison, Ed	Physiatre	Î.-P.-É.
Watson, Tim	Neurologue	Alberta
Samis, Andrew	Médecin	Ontario
Eustace, Marsha	Neurologue	Terre-Neuve-et-Labrador

LA TROUSSE DES RESSOURCES DE MISE À JOUR 2013 DE LA TÉLÉ-AVC COMPREND CE QUI SUIT :

- i. Recommandations pour les pratiques optimales de soins de l'AVC dans le cadre de Télé-AVC
- ii. Sommaire et tableau de données probantes pour tous les thèmes abordés dans les recommandations
- iii. Trousse d'outils de mise en œuvre de l'Action collaborative canadienne pour Télé-AVC, présentant des renseignements, des listes de ressources et des feuilles de route pour l'utilisation de Télé-AVC en phase aiguë « sur demande », et pour des rencontres planifiées dans le continuum. Cette trousse d'outils vise tous les aspects du projet allant du processus décisionnel à l'élaboration d'un programme de Télé-AVC, ainsi qu'à la préparation à la mise en œuvre et à l'évaluation de Télé-AVC.
- iv. Coordonnées des dirigeants de Télé-AVC et des organismes qui appuient le programme de télésanté à l'échelle nationale et dans les provinces.

ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LES PRATIQUES OPTIMALES DE SOINS DE L'AVC

Pour en savoir plus sur la méthodologie de l'élaboration et de la diffusion des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, visitez le site Web sur les pratiques optimales en matière d'AVC à <http://www.strokebestpractices.ca/index.php/methods/>.

Remerciements

L'équipe canadienne des pratiques optimales en matière d'AVC, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, et le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires remercient sincèrement les chefs et les membres du groupe de rédaction, les membres du comité consultatif sur les pratiques optimales en matière d'AVC, et les examinateurs externes, qui ont tous offert bénévolement leur temps et leurs connaissances pour réaliser cette mise à jour. Nous remercions le groupe consultatif canadien sur la qualité et le rendement des soins de l'AVC pour son travail qui a permis la mise à jour et la confirmation des indicateurs de rendement qui accompagnent chaque recommandation. Nous remercions Norine Foley et son équipe chez *workHORSE* Consulting Group pour leur travail diligent comportant l'examen et les sommaires de données probantes, l'élaboration de l'outil de mise en application ainsi que l'information et le soutien offerts au groupe de rédaction. Nous reconnaissons spécialement la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Nouveau-Brunswick, Vitalité et Horizon Health, ainsi que leur équipe, pour avoir commandité et accueilli un sommet national sur la Télé-AVC en mai 2013. Ce sommet a joué un rôle de premier plan en éclairant l'élaboration de ces lignes directrices et la trousse d'outils de mise en œuvre à l'appui. La traduction française de ce chapitre a été réalisée par Globally Aligned Translations .

Le financement

L'élaboration des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC est entièrement financée par le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Aucun soutien financier par des intérêts commerciaux, y compris les sociétés pharmaceutiques, n'a contribué à l'élaboration de ces lignes directrices. Tous les membres des groupes de rédaction ainsi que les examinateurs à l'externe sont des bénévoles qui ne reçoivent aucune rémunération pour leur contribution à l'élaboration, à la diffusion ou à la mise en œuvre des lignes directrices.

Conflit d'intérêts

Tous les participants à l'élaboration, à la rédaction et à l'examen de ces recommandations ont rempli un formulaire de conflit d'intérêts, qui a été examiné par le responsable de la confidentialité du RCCACV aux fins d'évaluation du risque. Aucun conflit d'intérêts significatif qui aurait eu des répercussions sur ces recommandations n'a été relevé. Un large consensus a permis de minimiser tout parti pris potentiel.

La trousse d'outils de mise à jour et de mise en œuvre des pratiques optimales de Télé-AVC 2013 a été citée :

par Lindsay MP, Taralson C, McClure A, Foley N, et Silver F, au nom du groupe de rédaction de l'Action collaborative canadienne pour la Télé-AVC. *Chapitre 8:Télé-AVC*;

dans Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, et Phillips S (dir. de publication) au nom du Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales et les normes en matière d'AVC. *Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care: 2013*; Ottawa (Ontario) Canada : La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC et le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires.

Commentaires

Nous vous invitons à formuler des commentaires, des suggestions et des demandes d'information sur l'élaboration et l'application des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*.

Veillez faire parvenir vos commentaires à l'équipe de *pratiques optimales et de rendement en matière d'AVC de la* Fondation des maladies du cœur et de l'AVC à pratiquesoptimalesAVC@hsf.ca.

**2.0 RECOMMANDATIONS CANADIENNES POUR LES PRATIQUES OPTIMALES DE SOINS DE L'AVC : TÉLÉ-AVC
(MISE À JOUR EN 2013)**

Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC Mise à jour en 2013
Soins de l'AVC grâce à la Télé-AVC

2.0 Les modalités de prestation des soins de Télé-AVC doivent être intégrées à la planification et à la prestation de services de soins de l'AVC dans le continuum permettant de garantir l'égalité d'accès aux soins dans toutes les régions du Canada [niveau de preuve C]. La Télé-AVC est une modalité qui doit être incluse dans toute stratégie en matière d'AVC organisée à l'intérieur d'établissements et de régions.

2.1 Organisation des services de Télé-AVC pour la prise en charge de l'AVC en phase hyperaiguë

- i. Des réseaux de Télé-AVC doivent être mis en œuvre pour offrir l'accès à des consultations avec des spécialistes en matière d'AVC aux fins d'évaluation, de diagnostic et de traitement de l'AVC en phase aiguë et hyperaiguë, y compris le traitement thrombolytique avec un activateur tissulaire du plasminogène (tPA). [Niveau de preuve B].
 - a. Les établissements de consultation et d'orientation doivent disposer de processus permettant l'accès aux experts en AVC par l'entremise des modalités de Télé-AVC, disponibles tous les jours, 24 heures sur 24, afin d'offrir l'égalité d'accès aux soins de l'AVC dans toutes les régions du Canada [niveau de preuve B].
- ii. Des protocoles normalisés doivent être établis pour garantir une approche coordonnée et efficace de prestation de services de Télé-AVC en matière de soins de l'AVC en phase hyperaiguë, afin de faciliter l'administration du traitement thrombolytique dans les établissements d'orientation [niveau de preuve B]. *Pour en savoir plus, veuillez consulter la trousse d'outils de Télé-AVC.*
- iii. Des critères et des protocoles clairement définis doivent être disponibles pour les établissements d'orientation permettant de déterminer quand et comment, ainsi que pour quel patient, il est nécessaire de demander une consultation par Télé-AVC [niveau de preuve B]. Ce système d'orientation doit faire partie d'un système coordonné de soins de l'AVC dans les régions du Canada. *Pour plus de renseignements et d'exemples, veuillez consulter la trousse d'outils des ressources de Télé-AVC.*
- iv. Le conseiller doit être un médecin possédant une formation spécialisée pour la prise en charge de l'AVC, et qui a accès en temps opportun à un tomodensitogramme d'une qualité permettant l'établissement d'un diagnostic, pendant la consultation en mode de Télé-AVC [niveau de preuve A]. *Pour en savoir plus, veuillez consulter la section technique de la trousse d'outils des ressources de Télé-AVC.*
- v. Un moyen de communication audiovisuelle bidirectionnelle doit être en place pour permettre l'évaluation clinique à distance du patient par l'expert en AVC consulté [niveau de preuve B].
 - a. Comparativement à l'évaluation et à l'utilisation traditionnelles au chevet du patient de l'activateur tissulaire du plasminogène par voie intraveineuse, la sécurité et l'efficacité de l'administration de l'activateur tissulaire du plasminogène fondée uniquement sur une consultation par téléphone sans interprétation d'un tomodensitogramme par téléradiologie ne sont pas bien établies.
- vi. Tous les résultats diagnostiques et analyses de laboratoire requis par le conseiller doivent être immédiatement disponibles pendant la consultation par Télé-AVC [niveau de preuve B].
- vii. Les médecins orienteurs doivent respecter un algorithme, accepté par l'établissement d'orientation et l'établissement de consultation, qui décrit les critères d'inclusion et d'exclusion pour le traitement thrombolytique [niveau de preuve A].
- viii. Le médecin orienteur et le personnel infirmier qui pourraient participer à des consultations par Télé-AVC doivent recevoir une formation en administration de l'échelle de l'accident vasculaire cérébral des National Institutes of Health (NIHSS), pour être capables d'aider efficacement et de façon compétente le médecin consulté par Télé-AVC lors d'un examen neurologique par vidéo à distance. Idéalement, les médecins orienteurs doivent recevoir la formation en NIHSS [niveau de preuve B].
- ix. Le médecin qui a la plus grande responsabilité est le médecin traitant au lieu d'orientation. La prise de décision est un processus par consensus qui est obtenu en consultation avec le personnel médical traitant au lieu d'orientation, le patient et sa famille, et le médecin-conseil qui possède les compétences en soins de l'AVC [niveau de preuve C].

2 Recommandations pour les pratiques optimales de Télé-AVC

- x. Un médecin-conseil doit demeurer disponible afin de guider le lieu d'orientation de façon constante, le cas échéant, après la consultation initiale [niveau de preuve C].
- xi. Des protocoles doivent être en place pour définir les critères de transfert du patient à un établissement qui peut lui administrer des soins de l'AVC de niveau plus avancé lorsqu'ils sont indiqués au plan clinique [niveau de preuve C].
- xii. Des documents normalisés doivent être remplis tant par le lieu d'orientation que par le lieu de consultation (conformément aux processus hospitaliers, à la législation de l'autorité compétente et aux organismes de réglementation) [niveau de preuve C].
 - a. À l'achèvement de la consultation, le médecin-conseil doit fournir une note de consultation au lieu d'orientation à inclure dans le dossier médical du patient [niveau de preuve C].
 - b. Le lieu d'orientation doit envoyer un sommaire de congé au médecin-conseil de Télé-AVC aux fins de rétroaction sur les résultats du patient [niveau de preuve C].
 - c. Les données associées à la consultation par Télé-AVC et aux résultats obtenus doivent être recueillies et saisies par le programme de Télé-AVC afin d'en améliorer la qualité [niveau de preuve C].

2.2 Organisation des services de Télé-AVC pour l'évaluation et la prise en charge continues de l'AVC

- i. Les services de Télé-AVC doivent faire partie d'un plan de prestation de soins de l'AVC intégré, qui permet de traiter l'AVC en phase aiguë et hyperaiguë et comporte aussi des volets de prévention de l'AVC, de réadaptation, ainsi que de soins à domicile et ambulatoires, en vue de soutenir le rétablissement optimal du patient ainsi que sa famille, peu importe la région où se trouve le patient [niveau de preuve C].
- ii. La communication audiovisuelle bidirectionnelle doit être en place pour permettre aux hôpitaux d'orientation de demander des consultations par Télé-AVC concernant ce qui suit :
 - a. Les soins de l'AVC optimaux à l'hôpital (unité d'AVC virtuelle) [niveau de preuve C];
 - b. Les services de réadaptation après un AVC, où toutes les disciplines de réadaptation doivent tenir compte de l'utilisation de la technologie de télémédecine pour l'évaluation du patient et les traitements cliniques (p. ex., la surveillance de l'exercice et les ajustements d'intensité, l'orthophonie pour réduire l'aphasie) [niveau de preuve C];
 - c. La consultation en matière de prévention secondaire et les services de suivi dans les collectivités où ces services n'existent pas [niveau de preuve A];
 - d. La surveillance du patient à domicile au moyen d'applications Web doit être prise en considération pour remplacer les visites en personne à la clinique dans les cas où une surveillance plus fréquente du patient est nécessaire, comme pour les services de réadaptation hors du milieu hospitalier [niveau de preuve C].
- iii. Des critères et des protocoles ou des algorithmes clairement définis doivent être disponibles pour les établissements d'orientation afin de déterminer quand et comment accéder aux services ambulatoires, de réadaptation et de prévention pour les patients ayant souffert d'un AVC [niveau de preuve B].
- iv. Le dispensateur de soins de santé conseil doit fournir des documents au lieu d'orientation à inclure dans le dossier médical du patient, concernant ses progrès, les plans de traitement, les plans de suivi continu, et les recommandations concernant son congé (conformément aux processus de soins cliniques, aux exigences organisationnelles, à la législation de l'autorité compétente et aux organismes de réglementation) [niveau de preuve C].

2.3 Formation du personnel et perfectionnement continu

- i. Les dispensateurs de soins conseil et orienteurs doivent recevoir une formation leur permettant d'utiliser le système de Télé-AVC et de comprendre leur rôle et leurs responsabilités relativement aux aspects techniques d'une consultation par Télé-AVC [niveau de preuve C].
- ii. La formation doit être offerte aux médecins, aux infirmiers/infirmières, aux thérapeutes et au personnel de soutien (tels que les membres du service de technologie), qui pourraient devoir participer à une consultation ou à une séance de thérapie par Télé-AVC [niveau de preuve C].
- iii. La formation et le perfectionnement nécessaires pour utiliser la Télé-AVC doivent être continus et comporter un cycle

2 Recommandations pour les pratiques optimales de Télé-AVC

	de mise à jour régulier pour garantir le niveau de compétence adéquat [niveau de preuve C]. <i>Veuillez consulter la section technique de la trousse d'outils des ressources de Télé-AVC pour en savoir plus et connaître les ressources pour la formation du personnel.</i>
iv.	Les médecins-conseils et d'autres professionnels de la santé qui participent aux consultations par Télé-AVC doivent posséder les compétences et l'expérience nécessaires pour prendre en charge les patients victimes d'un AVC [niveau de preuve C].
v.	La formation doit être disponible en ligne ainsi que sous forme d'enseignement traditionnel (face à face) afin de s'assurer que les praticiens à distance ont accès à la formation continue [niveau de preuve C].

Justification

La technologie de Télé-AVC est une modalité de prestation de soins, offerte dans le but de soutenir l'égalité d'accès en temps opportun aux services optimaux pour l'AVC dans le continuum de soins et pour toutes les régions. Dans bon nombre de collectivités, il n'y a pas de neurologues, d'autres médecins possédant des compétences en soins de l'AVC, ou des experts en réadaptation et rétablissement après un AVC. La Télé-AVC est un outil rentable de soutien des systèmes de santé permettant de combler le fossé entre les régions urbaines et les régions rurales ainsi qu'entre les soins tertiaires et les soins primaires.

En améliorant la communication et le réseautage, la Télé-AVC permet un meilleur accès aux compétences en matière d'AVC, peu importe l'emplacement physique de l'hôpital traitant (établissement) et le lieu où se trouve le patient. Dans une situation d'AVC en phase hyperaiguë, la courte fenêtre thérapeutique où il est possible de commencer un traitement thrombolytique chez les patients souffrant d'un AVC ischémique aigu ne permet pas à ces patients d'être transportés sur de longues distances au centre régional de soins de l'AVC. Grâce à la Télé-AVC, un conseiller expérimenté en soins de l'AVC visite virtuellement le service d'urgence local (c.-à-d. « électroniquement »). Les patients évalués par un spécialiste en soins de l'AVC au moyen du système de Télé-AVC, qui ne sont pas considérés comme des candidats pour le traitement par l'activateur tissulaire du plasminogène, profitent aussi de l'évaluation et des recommandations offertes par le spécialiste en soins de l'AVC pour des examens et des traitements optimaux. La consultation couvre aussi le triage et la prise en charge des patients victimes d'une ischémie cérébrale transitoire ou d'un AVC mineur.

Au cours des dernières années, l'outil de prestation de soins qu'est la Télé-AVC s'est élargi au-delà des soins de l'AVC en phase hyperaiguë, et de nouvelles données probantes commencent à émerger à l'appui des avantages et de l'efficacité de la Télé-AVC, qui facilitent le rétablissement optimal post-AVC après une phase hyperaiguë, en améliorant l'accès en temps opportun aux spécialistes en réadaptation et aux programmes thérapeutiques par des connexions à distance dans les établissements de soins de santé et l'endroit où se trouve le patient.

Exigences pour le système

- L'engagement et le financement des bailleurs de fonds de l'établissement, de la région et/ou de la province sont nécessaires.
- Une structure de gouvernance comportant un cadre clair de responsabilités pour les services de Télé-AVC.
- Télé-AVC doit faire partie de plans de prestation de soins de l'AVC régionaux ou provinciaux élargis, afin de garantir des services cliniques adéquats pour l'AVC au sein des collectivités qui n'ont pas de médecins possédant des compétences particulières en soins de l'AVC. Des ententes de services signées doivent être en place et inclure la reconnaissance de transferts possibles de patients à des endroits plus appropriés possédant des services évolués pour l'AVC, si ces services sont indiqués au plan clinique.
- La participation de dispensateurs partout dans le continuum de soins est importante pour garantir un effort coordonné au sein de Télé-AVC (p. ex., le SMU, l'urgence, la radiologie, les unités pour patients hospitalisés, les soins intensifs et les services de réadaptation).
- Ressources humaines, technologiques et financières pour établir des réseaux de Télé-AVC et la formation appropriée.
- Sensibilisation du patient et de sa famille, et consentement éclairé pour une consultation par Télé-AVC.
- Lignes directrices et processus précis pour le remboursement du médecin établi au début d'un programme de Télé-AVC.
- Services d'urgence et de soins intensifs appropriés à l'établissement d'orientation, surtout pour prendre en charge les patients qui reçoivent l'activateur tissulaire du plasminogène, tels les tomodensitogrammes disponibles 24 heures sur 24, les protocoles pour utiliser l'activateur tissulaire du plasminogène par voie intraveineuse et les équipes de soins intensifs.
- Ententes de service qui visent la disponibilité du soutien technique et d'entretien, afin de s'assurer que les exigences cliniques de la Télé-AVC sont satisfaites. (Dans le cas des applications en phase hyperaiguë, ce soutien doit être disponible tous les jours 24 heures sur 24).
- La nécessité pour tous les utilisateurs du système de Télé-AVC d'être conscients de leur rôle et de leurs responsabilités, et de

2 Recommandations pour les pratiques optimales de Télé-AVC

bien connaître le fonctionnement de la technologie, y compris des mises à jour régulières pour maintenir leur compétence.

- Ententes et protocoles pour des consultations interprovinciales au besoin.

Indicateurs de rendement :

1. **Pourcentage de patients qui arrivent à un hôpital d'orientation désigné présentant des symptômes d'AVC, qui obtiennent l'accès à des compétences en matière d'AVC par Télé-AVC en tant que a) proportion du total des cas d'AVC traités au lieu d'orientation, et b) proportion de patients souffrant d'un AVC ischémique aigu arrivant à l'hôpital dans les 3,5 heures suivant le début des symptômes.**
2. Proportion de cas traités par Télé-AVC pour lesquels un suivi urgent est nécessaire avec le spécialiste en soins d'AVC en raison de complications ou d'événements imprévus.
3. Temps écoulé jusqu'au début d'une consultation par Télé-AVC à partir
 - a. du début des symptômes de l'AVC (le dernier moment connu où le patient était normal),
 - b. de l'arrivée au service d'urgence,
 - c. de l'achèvement d'un tomodensitogramme.
4. Nombre de cas adressés par Télé-AVC où les spécialistes en soins de l'AVC étaient inaccessibles ou que l'accès était retardé en raison de
 - a. plusieurs appels conflictuels (Télé-AVC et autres),
 - b. difficultés techniques qui empêchaient la transmission vidéo.
5. Pourcentage de patients qui ont été traités avec tPA après une consultation par Télé-AVC.
6. Proportion de patients victimes d'un AVC pris en charge par Télé-AVC, qui ont reçu le tPA, qui ont souffert d'une hémorragie intracérébrale secondaire symptomatique, d'une hémorragie systémique, sont décédés à l'hôpital, et ont obtenu leur congé de l'hôpital et été orientés vers un établissement de soins de longue durée par rapport à la maison ou en réadaptation.
7. Pourcentage de patients pris en charge par la Télé-AVC dont le dossier contient une note du médecin-conseil de Télé-AVC.
8. Nombre médian de séances de réadaptation prévues pour des patients victimes d'un AVC, qui accèdent à des services de réadaptation par les modalités de Télé-AVC (indiquer les valeurs séparément pour chaque service obtenu, p. ex., physiothérapie, orthophonie).
9. Durée médiane des séances de réadaptation prévues pour des patients victimes d'un AVC, qui accèdent à des services de réadaptation par les modalités de Télé-AVC (indiquer les valeurs séparément pour chaque service obtenu, p. ex., physiothérapie, orthophonie).
10. Proportion de patients victimes d'un AVC qui obtiennent leur congé du service d'urgence dans un endroit ne possédant pas de clinique de prévention, et qui ont un rendez-vous pour une séance de prévention par les modalités de Télé-AVC.

Notes relatives à la mesure des indicateurs

- Veuillez consulter le Manuel sur la mesure du rendement pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, afin d'obtenir des définitions d'indicateur, des numérateurs et des dénominateurs ainsi que d'autres considérations d'analyse.
- Une tentative devrait être effectuée pour documenter les renseignements sur tous les patients victimes d'un AVC consécutifs à l'hôpital, qui utilisent la Télé-AVC comme dénominateur.
- Comme la documentation pour les consultations de Télé-AVC n'est pas souvent normalisée, il est plus difficile de recueillir des indicateurs de rendement.

Ressources de mise en œuvre et outils de transfert des connaissances

- O Veuillez consulter la trousse d'outils des ressources de mise en œuvre pour connaître les outils complets de mise en œuvre permettant l'élaboration d'une analyse de rentabilisation et présentant la planification d'un programme de Télé-AVC, sa mise en œuvre, des considérations technologiques et des approches d'évaluation.

Sommaire des données probantes

Mise à jour en 2013

Traditionnellement, la Télé-AVC était considérée comme un moyen d'améliorer le processus décisionnel et la prise en charge du traitement thrombolytique dans le cas de patients victimes d'un AVC ischémique. Plus récemment, son application a été élargie dans le continuum des soins de l'AVC pour inclure la consultation en matière de prévention secondaire, les traitements de réadaptation et l'éducation des patients.

Sous sa forme la plus courante, la Télé-AVC est utilisée pour augmenter l'accès au traitement thrombolytique dans des établissements qui ne disposent pas sur place de compétences en matière d'AVC tous les jours, 24 heures sur 24. La technologie a recours à un équipement audiovisuel pour effectuer un examen détaillé de l'AVC, combiné à un système permettant de transmettre avec fiabilité les résultats d'un

2 Recommandations pour les pratiques optimales de Télé-AVC

tomodensitogramme. La sécurité, la faisabilité et l'efficacité du modèle de « réseau en étoile », qui relie un centre de l'AVC tertiaire à un centre de soins primaires ou plus à distance, ont été établies dans bon nombre d'études effectuées en Europe et en Amérique du Nord (LaMonte et coll. 2003, Wiborg et coll. 2003, Schwamm et coll. 2004, Audebert et coll. 2005, Waite et coll. 2006, Vaishnav et coll. 2008). Dans certaines de ces études, même si des difficultés ont été signalées, le nombre de patients traités avec tPA a augmenté aux établissements périphériques de l'étoile où des systèmes de Télé-AVC ont été mis en œuvre et où la période entre le début des symptômes et le début du traitement a diminué. Choi et coll. (2006) ont indiqué qu'un pourcentage supérieur significatif de patients ont reçu un traitement avec tPA pendant la mise en œuvre du système de Télé-AVC comparativement à la période de 13 mois précédant cette mise en œuvre (4,3 % par rapport à 0,81 %, $p < 0,001$). Après la mise en œuvre, Pedragoasa et coll. (2009) ont signalé une réduction significative dans le temps moyen écoulé à partir du début des symptômes jusqu'au traitement (210 min par rapport à 162 min; $p = 0,05$) et une augmentation du pourcentage de patients traités pendant la fenêtre de 3 heures (30 % par rapport à 68 %, $p = 0,04$).

Les résultats des patients traités aux hôpitaux « périphériques » étaient semblables à ceux de patients traités dans un établissement « central ». Dans l'une des études majeures ($n = 6\ 610$), même si un pourcentage plus élevé de patients admissibles à deux centres universitaires de soins de l'AVC ont été traités avec tPA au cours d'une période d'un an, comparativement à ceux admis dans 12 hôpitaux régionaux offrant des services de Télé-AVC, il n'y avait aucune différence dans les taux d'hémorragie intracrânienne (2,7 % par rapport à 7,8 %, $p = 0,14$), de décès à 7 jours (0,9 % par rapport à 3,5 %, $p = 0,37$) ou de décès à l'hôpital (4,5 % par rapport à 3,5 %, $p = 0,74$) (Audebert et coll. 2005). Schwab et coll. (2007) ont comparé 170 patients qui ont reçu le tPA suivant une consultation par Télé-AVC, et 132 patients consécutifs qui ont été traités dans l'un des deux centres de soins de l'AVC et ont reçu le tPA au cours de la même période. Le temps moyen entre le début des symptômes et l'administration de tPA était semblable (141 par rapport à 144 min). Il n'y avait pas de différences statistiques significatives dans la mortalité entre les groupes, soit à 3 mois (11,2 % par rapport à 11,5 %, $p = 0,55$) ou à 6 mois (14,2 % par rapport à 13 %, $p = 0,45$), ni de différences dans la proportion de patients qui ont obtenu un bon résultat (score de Rankin modifié ≥ 1) à 3 mois (38,2 % par rapport à 33,7 %, $p = 0,26$) ou à 6 mois (39,5 % par rapport à 30,9 %, $p = 0,10$). Dans une étude, des consultations par vidéoconférence et par téléphone ont été utilisées comme services de Télé-AVC dans 33 hôpitaux périphériques. Les patients ont été transférés subséquemment au centre régional de soins de l'AVC suivant un traitement avec le tPA (Pervez et coll. 2010). Le traitement avec le tPA a été commencé dans 181 cas (16,1 %) aux hôpitaux périphériques, et dans 115 cas (38,9 %) au centre régional de soins de l'AVC. Il n'y avait aucune différence significative dans la répartition des patients dans chaque catégorie de score de Rankin modifié ou dans les décès entre les hôpitaux périphériques et centraux à 3, 6 ou 12 mois suivant le traitement.

Les données probantes indiquent également que les résultats et les indicateurs associés aux services de Télé-AVC offerts par vidéoconférence et par téléphone seulement sont semblables. Dans l'essai d'évaluation à distance de l'équipe de l'AVC utilisant une caméra d'observation numérique (Stroke DOC), Meyer et coll. (2008) ont divisé les patients de façon à ce que certains aient accès au service de Télé-AVC ($n = 111$) en temps réel, et d'autres à des consultations audiovisuelles bidirectionnelles ou téléphoniques ($n = 111$), afin d'évaluer l'admissibilité des patients au traitement avec tPA. Les consultations ont été fournies par le personnel d'un seul établissement central à quatre endroits éloignés. Le nombre de patients traités avec tPA était semblable dans les groupes (28 % par rapport à 23 %, $p = 0,425$). Le temps moyen à partir du début des symptômes jusqu'à l'administration de tPA était de 157 et 143 minutes dans les groupes de télémédecine et par téléphone respectivement ($p = 0,137$). Il n'y avait pas de différences entre les groupes (télémédecine par rapport au téléphone) dans la survenue d'une hémorragie intracrânienne (7 % par rapport à 8 %, $p = 1,00$), d'un bon résultat à 90 jours, défini comme un score de Rankin modifié de 0 à 1 (30 % par rapport à 32 %, $p = 1,00$), ou d'une mortalité à 90 jours après ajustement pour le score NIHSS de base (OR = 3,4, 95% CI 0,6 à 9, $p = 0,168$). Cependant, les décisions correctes concernant le traitement ont été prises plus souvent lors des vidéoconférences (98 % par rapport à 82 %, $p = 0,0009$). Une étude de suivi (Meyer et coll. 2012), qui a évalué des résultats à 6 et 12 mois, n'a indiqué aucune différence entre les groupes en ce qui concerne la mortalité ou la proportion de patients ayant obtenu un bon résultat à chaque point d'évaluation.

La rentabilité des services de Télé-AVC est difficile à déterminer. Peu d'études ont été réalisées et tous les modèles sont très sensibles aux hypothèses associées au nombre d'hôpitaux périphériques et centraux, au nombre de patients traités et au nombre de transferts subséquents. Cependant, il semble que s'ils sont évalués sur un horizon de vie, les services de Télé-AVC sont rentables. Par exemple, Nelson et coll. (2011) ont utilisé un modèle de décision analytique pour comparer les coûts et les résultats associés à des patients présentant un AVC ischémique aigu dans des hôpitaux périphériques avec et sans services de Télé-AVC. Les coûts à vie de soins habituels et de services de Télé-AVC étaient de 130 343 \$ par rapport à 133 527 \$, résultant en un taux de rentabilité de 2 449 \$/AVAQ (année de vie ajustée en fonction de la qualité), ce qui était bien inférieur au taux de 50 000 \$/AVAQ utilisé généralement pour établir un seuil de volonté de payer. En utilisant un cas de base avec un horizon temporel de 90 jours, le rapport coût/efficacité différentiel a augmenté jusqu'à 108 k\$/AVAQ. Un modèle de décision analytique, élaboré par Switzer et coll. (2012), a prédit que 114 patients victimes d'un AVC ischémique de moins se présenteraient à l'hôpital central chaque année, et 16 patients de plus se présenteraient à l'un des hôpitaux périphériques, résultant en une économie globale de coûts de 358 435 \$ pendant les cinq premières années, du point de vue du réseau. Le modèle a aussi prédit que 45 autres patients pourraient être traités avec le tPA, et 20 de plus pourraient recevoir un traitement endovasculaire si un système de Télé-AVC était en place. En conséquence, 6,1 patients de plus pourraient obtenir leur congé et retourner à la maison chaque année, ce qui entraînerait une réduction d'un nombre équivalent de cas admis dans des établissements de réadaptation et de soins infirmiers. En supposant des arrangements de partage de coûts entre les hôpitaux périphériques et centraux, le modèle prédit que chaque hôpital pourrait économiser 45 k\$ sur cinq ans.

La faisabilité et l'efficacité des services de Télé-AVC ont aussi été évaluées dans le contexte de la réadaptation, où l'on parle souvent de « télé-réadaptation ». Un programme thérapeutique de 8 semaines, conçu pour améliorer la force physique et l'équilibre, et offrir du soutien social ainsi que de l'information, a été offert par vidéoconférence par un physiothérapeute à distance, à des patients se trouvant dans un centre communautaire pour aînés. Une amélioration significative a été notée à la fin de l'intervention dans tous les résultats évalués, y compris l'échelle d'équilibre de Berg, l'échelle d'état d'estime de soi, SF-36, et un test de connaissance sur l'AVC de 10 éléments. En outre, 63 % et 37 % des participants ont jugé respectivement comme bonne et excellente l'efficacité clinique du programme (Lai et coll. 2004). Dans une autre étude, la télé-réadaptation a été utilisée pour offrir une thérapie à domicile aux patients atteints d'une déficience de la motricité des extrémités supérieures à un niveau modéré, un an après avoir subi un AVC (Piron et coll. 2009). Dans cet essai clinique aléatoire, les patients du groupe d'intervention ont effectué des exercices en utilisant un système de réalité virtuelle d'un PC, où un thérapeute offrait une rétroaction à distance. Les patients dans le

2 Recommandations pour les pratiques optimales de Télé-AVC

groupe témoin ont reçu une thérapie physique traditionnelle. Les deux groupes ont participé au programme pendant un mois. À la fin du programme, même si des problèmes mineurs de qualité de transmission à large bande ont été signalés, les patients dans le groupe de téléadaptation ont obtenu des scores d'évaluation Fugl-Meyer (extrémité supérieure) significativement plus élevés comparativement aux patients dans le groupe témoin (53,6 par rapport à 49,5, $p < 0,05$). Les gains obtenus avaient été conservés lors du suivi à un mois.

[Lien vers le tableau des données probantes 8.0 \(Télé-AVC\) et liste de références](#)

3.0 CRÉATION D'UN PROGRAMME DE TÉLÉ-AVC : PRÉPARATIFS ET NIVEAU DE PRÉPARATION

3.1 Introduction

La technologie a permis la prestation de services dans le continuum de soins de l'AVC au sein de divers établissements et milieux de pratique. Les programmes de Télé-AVC doivent être établis comme modalité de prestation de service au sein des systèmes de soins de l'AVC intégrés partout au Canada, étant donné que la plupart des régions comprennent des zones rurales en plus de zones urbaines. Les patients qui habitent les localités plus petites doivent avoir le même accès aux compétences en matière d'AVC ainsi qu'à la technologie qui rend ces consultations possibles.

La présente section de la Trousse d'outils de mise en œuvre de Télé-AVC de l'ACCT donne les éléments clés des phases de planification et de préparation dans la création d'un programme de Télé-AVC. Elle comprend une liste de vérification des étapes clés dont on doit tenir compte dans l'élaboration du programme, un aperçu des modèles communs de prestation des services de Télé-AVC pour l'accès sur demande (urgent), et des rencontres par Télé-AVC planifiées dans le continuum.

Table des matières

3.0	Création d'un programme de Télé-AVC : Préparatifs et niveau de préparation	
3.1	Introduction	21
3.2	Feuille de route de Télé-AVC	Voir la page 9
3.3	Listes de vérifications maîtresses du service de Télé-AVC	21
3.4	Plan de mise en œuvre du programme de Télé-AVC	
3.5	Modèles de prestation de Télé-AVC	
3.6a	Engagement des intervenants	Document en ligne
3.6b	Présentation de l'engagement des intervenants	Document en ligne
3.7a	Telestroke Readiness Assessment – Hyperacute Care (évaluation du niveau de préparation à Télé-AVC – soins en phase hyperaiguë) (Ont.)	Document en ligne
3.7b	Telestroke Readiness Assessment - Scheduled Visits (évaluation du niveau de préparation à Télé-AVC - Visites prévues) (Ont.)	Document en ligne
3.8	Telestroke Start Up Questionnaire Template (APSS) (modèle de questionnaire sur le démarrage de Télé-AVC)	Document en ligne
3.9	Telestroke Business Case Template (modèle d'analyse de rentabilisation de la Télé-AVC) (C.-B.)	Document en ligne
3.10	Telestroke Briefing Note Template (modèle de note d'information sur la Télé-AVC) (Ont.)	Document en ligne
3.11	Telestroke Initiation Communications Plan (plan de communications pour le démarrage de la Télé-AVC) (C.-B.)	Document en ligne
3.12	Telestroke Development Slide Presentation (Truran) (diaporama sur le développement de la Télé-AVC)	Document en ligne

3.2 Feuille de route de Télé-AVC

Voir la page 9 à la section 1 pour consulter la feuille de route de Télé-AVC

3.3 Listes de vérifications maîtresses du service de Télé-AVC (ACCT 2013)

La liste de vérification maîtresse de Télé-AVC de l'ACCT présente les éléments clés et les mesures dont on doit tenir compte dans la création d'un programme de Télé-AVC. La plupart de ces éléments sont applicables dans l'ensemble du continuum (c.-à-d. dans des milieux de soins de l'AVC en phase hyperaiguë et aiguë, de soins de réadaptation, de prévention et dans la collectivité), ainsi que dans des situations urgentes sur demande et planifiées. Ce document a été conçu pour soutenir les établissements de consultation et d'orientation lors de la mise en œuvre des services de Télé-AVC. Les renseignements sont offerts à titre de guide seulement. Chaque établissement peut adapter les processus afin de mieux refléter son modèle de services pour l'AVC, la technologie disponible, le milieu, les besoins des patients et les ressources.

Liste de vérification 1 Exigences de service pour les rencontres par Télé-AVC planifiées et sur demande

Exigences de service par Télé-AVC	Service planifié (p. ex., cliniques de prévention, réadaptation)	Service sur demande (p. ex., soins en phase hyperaiguë)
Structure administrative pour gérer un programme de Télé-AVC (c.-à-d., coordination du système, confidentialité et sécurité, planification d'urgence, documents et manuels à l'appui, gestion de l'orientation, gestion des contrats, surveillance et évaluation).	<ul style="list-style-type: none"> • Selon la portée du service, il pourrait être géré aux niveaux régional et local. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solution de prestation de services pour l'AVC intégrée dans la province. • Gouvernance et structure de gestion dotées de ressources pour exécuter les services de Télé-AVC ainsi que pour offrir de la direction et de la gestion de façon continue (c.-à-d., programme de télésanté, autorité en matière de santé, programme de l'AVC).
Capacité de services des établissements de consultation et d'orientation	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe de consultation engagé avec une capacité pour des services. • Modèle de prestation de services faisant l'objet d'une entente. • Une entente de rémunération pourrait être requise. • Les établissements d'orientation peuvent soutenir les services. 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe de consultation engagé avec une capacité pour des services. • Modèle de prestation de services faisant l'objet d'une entente (c.-à-d., attentes relativement à la conception des services et à leur prestation). • Entente de rémunération (contrat). • Entente pour les services sur demande, y compris une solution de points de service de rechange. • L'établissement d'orientation a la capacité de prendre en charge les patients ou des protocoles de transfert qui sont en place (c.-à-d., un personnel infirmier, des techniciens d'imagerie).
Gestion de l'orientation : Mécanisme en place pour soutenir l'interaction par vidéoconférence coordonnée	<ul style="list-style-type: none"> • Il est possible que la Télé-AVC planifiée n'ait besoin que d'un système de planification ou de documents de politique et de processus (c.-à-d. des protocoles d'orientation). 	<ul style="list-style-type: none"> • Solution de gestion d'orientation sur demande, soit par une série organisée de protocoles clairement définis avec une solution de secours.

Exigences de service par Télé-AVC	Service planifié (p. ex., cliniques de prévention, réadaptation)	Service sur demande (p. ex., soins en phase hyperaiguë)
<p>Connectivité par vidéoconférence entre les établissements de consultation et les lieux désignés de Télé-AVC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infrastructure appropriée pour la solution de prestation de services (c.-à-d., l'équipement et le câblage, le téléphone, les solutions Web). • Des ponts peuvent être établis pour permettre la connectivité. • Fournisseurs de services ayant reçu une formation appropriée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infrastructure de technologie appropriée permettant la connectivité de vidéoconférence au bon endroit et au bon moment. • Connectivité sur demande et de point à point. • Fournisseurs de services ayant reçu une formation appropriée.
<p>Services de soutien technique pour la solution technique et l'imagerie diagnostique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les exigences de soutien des services de Télé-AVC doivent être négociées avec les partenaires de soutien technique appropriés, et financées pour soutenir les services de Télé-AVC (c.-à-d. un contact direct tous les jours 24 heures sur 24 pour soutenir la Télé-AVC). 	<ul style="list-style-type: none"> • Les exigences de soutien des services de Télé-AVC doivent être négociées avec les partenaires de soutien technique appropriés, et financées pour soutenir les services de Télé-AVC (c.-à-d. un contact direct tous les jours 24 heures sur 24 pour soutenir la Télé-AVC). Souvent la réponse doit s'effectuer à brève échéance.
<p>Accès à l'imagerie diagnostique (ID) et capacités de transmission aux établissements de consultation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solution ID en place pour permettre l'accès à l'imagerie au besoin 	<ul style="list-style-type: none"> • Solution ID en place pour permettre l'accès à un tomodensitogramme sur demande, en temps opportun (rapide)
<p>Points de service de rechange pour les conseillers offrant un service tous les jours 24 heures sur 24 (c.-à-d., l'accès à domicile)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Une solution d'accès à partir du bureau et de la maison doit être prise en considération pour le service d'urgence de Télé-AVC tous les jours 24 heures sur 24, de façon à ce que les neurologues puissent être de garde à différents endroits (p. ex. à la maison et/ou au cabinet).

Liste de vérification 2 : Liste de vérification de l'établissement d'orientation pour les services de Télé-AVC d'urgence sur demande

LISTE DE VÉRIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT D'ORIENTATION POUR LES SERVICES DE TÉLÉ-AVC D'URGENCE SUR DEMANDE	
Élaboration des services pour l'AVC	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Leadership clinique en matière d'AVC pour soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de Télé-AVC. <input type="checkbox"/> Protocoles pour les services d'urgence et cheminement de soins pour la prise en charge de l'AVC en phase hyperaiguë approuvés (Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC). <input type="checkbox"/> Harmonisation et intégration avec les modèles de services pour l'AVC provinciaux et/ou régionaux (c.-à-d. fondés sur les priorités et les besoins de prestation de service établis). <input type="checkbox"/> Disponibles tous les jours 24 heures sur 24.
Laboratoire et Imagerie diagnostique	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le laboratoire fournit des analyses de sang d'urgence sans délai pendant les heures de service de la Télé-AVC (c.-à-d. tous les jours 24 heures sur 24). <input type="checkbox"/> L'établissement possède un tomодensitomètre et la capacité de fournir une tomодensitométrie du cerveau D'URGENCE pendant les heures de service de la Télé-AVC. <input type="checkbox"/> La tomодensitométrie doit être effectuée et transmise en temps opportun pour garantir une interprétation dans les 45 minutes après l'arrivée du patient. <input type="checkbox"/> L'infrastructure de l'autorité sanitaire et du réseau provincial soutiennent un transfert rapide du tomодensitogramme de l'établissement d'orientation à l'établissement de consultation.
tPA et les soins d'urgence organisés	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Protocoles de triage rapide pour l'AVC en place (c.-à-d. alerte des services médicaux d'urgence et évaluation de l'AVC avec un outil clinique validé et des algorithmes d'AVC en phase aiguë). <input type="checkbox"/> Les protocoles de prise en charge du patient dans le cadre des services d'urgence sont harmonisés avec l'emplacement de la technologie de Télé-AVC (c.-à-d. que les postes de travail de Télé-AVC sont déterminés en consultation avec le personnel de l'établissement d'orientation). <input type="checkbox"/> Le personnel des services d'urgence attribue et soutient les responsabilités pour l'installation et le support de la technologie. <input type="checkbox"/> Les politiques et les protocoles de transfert et de placement doivent aider les fournisseurs de services à s'assurer que le patient a accès au niveau de soins approprié après l'administration de tPA. <input type="checkbox"/> Le tPA est disponible facilement au service d'urgence (c.-à-d. boîte de coagulation). <input type="checkbox"/> Un processus est établi pour atteindre les jalons et assurer la prestation de tPA conformément aux lignes directrices pour le traitement thrombolytique dans les cas d'AVC ischémique. <input type="checkbox"/> La surveillance cardiaque, les signes vitaux neurologiques, la pression artérielle, la température et la glycémie sont disponibles pour les candidats à l'administration de tPA. <input type="checkbox"/> Le personnel spécialisé dans l'intervention d'urgence examine les candidats à l'administration de tPA dans les 10 minutes après leur arrivée. <input type="checkbox"/> Les équipes cliniques des services d'urgence sont informées, qualifiées et hautement motivées pour soutenir les services de Télé-AVC. <input type="checkbox"/> Le personnel spécialisé dans l'intervention d'urgence et les neurologues experts en AVC étendent leur relation de travail à la plateforme de vidéoconférence. <input type="checkbox"/> La pharmacie est prête pour les situations d'urgence nécessitant le tPA d'après les volumes projetés (p. ex., stock/approvisionnement, distribution, budget).

LISTE DE VÉRIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT D'ORIENTATION POUR LES SERVICES DE TÉLÉ-AVC D'URGENCE SUR DEMANDE	
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tous les membres du personnel des services d'urgence et des services de soutien appropriés reçoivent la formation de prise en charge de l'AVC en phase hyperaiguë. <input type="checkbox"/> Des cheminements et des protocoles pour la prise en charge de l'AVC en phase aiguë sont établis par une équipe hospitalière spécialisée. <input type="checkbox"/> Les protocoles de transfert à un établissement de niveau supérieur sont en place et appliqués s'il y a une indication clinique. <input type="checkbox"/> Un conseiller est disponible pour une consultation de suivi.
Technologie	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La connectivité requiert une largeur de bande symétrique minimale de 384 kbps avec un service de qualité entre les établissements de consultation et les services d'urgence. <input type="checkbox"/> Les neurologues-conseils doivent pouvoir manipuler la caméra de l'établissement de consultation pour effectuer l'évaluation neurologique à distance. <input type="checkbox"/> La gestion de l'information et la technologie de l'information (GI et TI) permettent de répondre rapidement à Télé-AVC pour résoudre sans délai les problèmes d'AVC tous les jours, 24 heures sur 24. <input type="checkbox"/> Les procédures d'acheminement des problèmes au palier hiérarchique approprié et les plans de continuité des activités de Télé-AVC (vidéoconférence/imagerie diagnostique) sont en place. <input type="checkbox"/> Les exigences cosmétiques d'aboutissement sont terminées (peinture ou éclairage; panneaux acoustiques). <input type="checkbox"/> L'équipement de vidéoconférence est situé dans un endroit accessible, qu'il soit installé en permanence ou entreposé. <input type="checkbox"/> La salle est équipée d'un matériel de vidéoconférence H.323 à empreinte écologique compacte qui prend en charge des rencontres synchronisées (image et son) aux fins de diagnostic et d'ordonnance pour le patient. <input type="checkbox"/> La tomodensitométrie doit être disponible dans le service d'urgence. <input type="checkbox"/> Les fournisseurs de services doivent avoir accès au téléphone en cas de problèmes techniques. <input type="checkbox"/> Les renseignements sur le patient doivent être transmis par un réseau sécurisé et doivent respecter la législation en matière de normes de confidentialité visant l'information sur la santé.
Continuité des soins	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les patients victimes d'un AVC doivent avoir accès à des cliniques de prévention de l'AVC et à des services de réadaptation appropriés à leurs besoins, lorsqu'ils obtiennent leur congé de l'hôpital pour retourner dans la collectivité. <input type="checkbox"/> Les protocoles de transfert à un établissement de niveau supérieur sont en place et appliqués s'il y a une indication clinique. <input type="checkbox"/> Un conseiller est disponible pour une consultation de suivi.

Liste de vérification 3 : Liste de vérification des exigences pour un service de Télé-AVC planifié à l'établissement d'orientation

EXIGENCES POUR UN SERVICE DE TÉLÉ-AVC PLANIFIÉ À L'ÉTABLISSEMENT D'ORIENTATION	
Élaboration des services pour l'AVC	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Leadership clinique en matière d'AVC pour soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de Télé-AVC. <input type="checkbox"/> Protocoles relatifs à l'AVC et cheminements de soins pour la prise en charge de l'AVC approuvés (Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC). <input type="checkbox"/> Harmonisation et intégration avec les modèles de services pour l'AVC provinciaux et/ou régionaux (c.-à-d. fondés sur les priorités et les besoins de prestation de service établis).
Laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le laboratoire offre un service d'analyse de sang (au besoin).
Imagerie diagnostique	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> L'établissement possède un tomodensitomètre et la capacité de fournir une tomodensitométrie du cerveau pendant les heures de service de la Télé-AVC (au besoin). <input type="checkbox"/> La capacité d'accéder à d'autres résultats d'imagerie ou tests diagnostiques est avantageuse sur le plan électronique, mais n'est pas obligatoire (c.-à-d., dossier de santé électronique - DSE).
Prestation de services	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le personnel attribue et soutient les responsabilités pour l'installation et le support de la technologie. <input type="checkbox"/> Tous les membres du personnel et des secteurs de service de soutien reçoivent une formation en Télé-AVC. <input type="checkbox"/> Les aides et les outils normalisés du processus décisionnel sont accessibles pour faciliter l'interaction. <input type="checkbox"/> Les documents appropriés sont accessibles aux établissements de consultation.
Technologie	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La connectivité requiert une largeur de bande symétrique minimale de 384 kbps avec un service de qualité entre les établissements de consultation et les établissements d'orientation. <input type="checkbox"/> La gestion de l'information et la technologie de l'information (GI et TI) permettent de répondre rapidement à Télé-AVC pour résoudre sans délai les problèmes d'AVC. <input type="checkbox"/> Les procédures d'acheminement des problèmes au palier hiérarchique approprié et les plans de continuité des activités de Télé-AVC (vidéoconférence/imagerie diagnostique) sont en place. <input type="checkbox"/> Les exigences cosmétiques d'aboutissement sont terminées (peinture ou éclairage; panneaux acoustiques). <input type="checkbox"/> L'équipement de vidéoconférence est situé dans un endroit accessible, qu'il soit installé en permanence ou entreposé. <input type="checkbox"/> La salle est équipée d'un matériel de vidéoconférence H.323 à empreinte écologique compacte qui prend en charge des rencontres synchronisées (image et son) aux fins de diagnostic et d'ordonnance pour le patient. <input type="checkbox"/> Les fournisseurs de services doivent avoir accès au téléphone en cas de problèmes techniques. <input type="checkbox"/> Les renseignements sur le patient doivent être transmis par un réseau sécurisé et respecter la législation en matière de normes de confidentialité visant

	EXIGENCES POUR UN SERVICE DE TÉLÉ-AVC PLANIFIÉ À L'ÉTABLISSEMENT D'ORIENTATION
	l'information sur la santé.

3.4 Plan de mise en œuvre du programme de Télé-AVC

	Phase du projet	Exigences clés
Phase 1	Planification et niveau de préparation clinique régional	<p>Au niveau provincial :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un <u>plan de technologie et de connectivité de Télé-AVC</u>, qui indique de façon détaillée des solutions de points de service de rechange, une solution interhospitalière de point à point en utilisant les réseaux provinciaux et les solutions d'imagerie diagnostique, les exigences en matière de DSE et de niveau de service. • Élaboration du <u>modèle de prestation de services de Télé-AVC</u>, y compris le développement d'un tableau de services sur demande et d'une entente sur le niveau de service clinique comportant des indications détaillées sur la gestion de l'orientation, la documentation ainsi que la surveillance et la production de rapports. <p>Au niveau régional et de l'établissement : Préparation clinique pour les cas d'AVC en phase aiguë et hyperaiguë</p> <ul style="list-style-type: none"> • Approbation officielle des désignations hospitalières pour les soins de l'AVC. • Protocoles de contournement et de transport pour le BCAS/SMU, qui prennent en charge le syndrome cérébrovasculaire aigu • Ententes de rapatriement pour les orientations interfrontalières. • Mise en œuvre et intégration des séries de commandes des services d'urgence spécialisés en AVC dans la pratique clinique. • Coordination des cheminements de soins de l'AVC (à partir de l'intervention préhospitalière aux soins actifs pour patients hospitalisés). • Protocoles et équipe de l'AVC pour les services d'urgence spécialisés dans les soins de l'AVC en phase aiguë. • Engagement régional amorcé (leadership sur le plan clinique et au niveau de la direction).

Phase 2	<p>Avant la mise en œuvre :</p> <p>Développement du service provincial et préparation régionale</p>	<p>Au niveau provincial :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Harmoniser la gestion et la gouvernance de la Télé-AVC au sein de l'administration des soins de l'AVC. • Obtenir la participation d'un groupe de consultation. • Négocier une entente de rémunération du personnel de garde au besoin. • Donner aux établissements de consultation la capacité technologique pour utiliser Télé-AVC. • Négocier des ententes de niveau de service technique et clinique, y compris les exigences pour la gestion de l'orientation et la collecte de données. • Former les neurologues dans les facultés de médecine des universités. • Intégrer les établissements d'orientation, qui sont des prototypes, au nouveau service provincial. • Classer les établissements avec Télé-AVC selon les besoins cliniques et le niveau de préparation technologique. <p>Au niveau régional et de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveau de préparation clinique régional poursuivi. • Tous les établissements avec Télé-AVC possèdent des processus clairs pour prendre en charge l'imagerie neurologique en temps opportun, disponible pendant les heures de service de Télé-AVC. • Niveau de préparation administrative régional.
Phase 3	<p>Mise en œuvre</p>	<p>Établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectuer une évaluation de référence des établissements en matière de prise en charge de l'AVC et de la Télé-AVC. • Bâtir son équipe de mise en œuvre de la Télé-AVC et repérer les super utilisateurs. • Sensibiliser le personnel de votre établissement au service de Télé-AVC (plan de communication). • Accroître la sensibilisation au tPA et son acceptation parmi les fournisseurs de services et les équipes de soutien clinique. • Approuver l'algorithme de Télé-AVC et les commandes cliniques dans votre hôpital. • Câbler le réseau dans le ou les secteurs de traitement de l'AVC désignés. • Obtenir, installer et mettre en service une unité de vidéoconférence dans le ou les secteurs de traitement de l'AVC. • S'assurer que la solution de transfert d'image est accessible dans votre établissement. • Organiser des séances de formation clinique et technologique et effectuer un exercice d'entraînement réussi avant la mise en œuvre et sur une base mensuelle par la suite. • Lancement.
Phase 4	<p>Surveillance et évaluation continues</p> <p>Amélioration constante de la qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer un bilan (dans le cadre d'un échéancier approprié) avec l'équipe des services d'urgence, le personnel de l'imagerie et du laboratoire, le service des TI au besoin, après chaque « rencontre » par Télé-AVC : déterminer ce qui s'est bien passé, ce qui aurait pu être amélioré. • Surveillance et production de rapports

3.5 Modèles de prestation de Télé-AVC

Le tableau suivant offre des exemples de systèmes de prestation de services de Télé-AVC, qui sont fondés sur divers degrés du modèle de « réseau en étoile » comme moyen d'augmenter l'accès au traitement thrombolytique pour les patients. Les consultations ont eu lieu à distance avec des cliniciens qui se trouvaient dans l'un des établissements centraux offrant des services spécialisés pour l'AVC. Ces cliniciens ont conseillé le personnel d'un ou plusieurs hôpitaux, généralement plus petits et éloignés, qui n'avaient pas accès à ces services spécialisés tous les jours, 24 heures par jour. Dans certains cas, en utilisant le mode « perfusion et transport », des patients ont été transférés à l'hôpital de consultation après l'administration d'une thérapie thrombolytique, et ils ont été traités ainsi que surveillés de façon continue. Même s'ils sont appliqués à la prestation de services émergents sur demande dans les présents exemples, les principes de ces modèles, sont transférables et applicables également aux soins par Télé-AVC planifiés.

Exemple et référence	Brève description des services	Principaux résultats
<p>TESSA (Autriche) Télé médecine pour les soins de l'AVC à Salzburg</p> <p>Johansson T, Mutzenbach SB et Ladurner G. Telemedicine in acute stroke care: the TESSA model. J Telemed Telecare 2011;17: 268-272.</p>	<p>Un neurologue spécialisé en AVC pratiquant dans une seule unité d'AVC a fourni des services de Télé-AVC par système de vidéoconférence à des médecins des services d'urgence dans cinq hôpitaux régionaux, situés à une distance allant de 20 à 129 km de l'établissement central.</p> <p>Les médecins des services d'urgence ont amorcé la consultation en communiquant avec le neurologue spécialisé en AVC de garde à l'unité d'AVC, lorsqu'un candidat potentiel au traitement thrombolytique a été identifié.</p> <p>Après le traitement thrombolytique, le patient a été transféré par ambulance ou hélicoptère à l'unité d'AVC de l'établissement central aux fins de prise en charge et de surveillance supplémentaires.</p>	<p>Les résultats de 47 patients ayant reçu le traitement thrombolytique par télé médecine ont été comparés à ceux de 304 patients traités à l'établissement central.</p> <p>Il n'y avait aucune différence significative dans le temps écoulé entre le début des symptômes et le début de la perfusion : 133 min (Télé-AVC) comparativement à 122 min (unité d'AVC), p = 0,26.</p> <p>On n'a relevé aucune différence significative entre les groupes dans les résultats évalués, y compris l'incidence de l'hémorragie intracrânienne, la mortalité à 3 mois, ou la probabilité d'un bon résultat (score de Rankin modifié (mRS) ≤2).</p>
<p>TESS (Allemagne) Télé médecine pour les soins de l'AVC dans le cadre du projet Swabia</p> <p>Wiborg A, Widder B. Tele neurology to improve stroke care in rural areas: The Telemedicine in Stroke in Swabia (TESS) project. Stroke 2003;34:2951-2956</p>	<p>Des téléconsultations ont été offertes par quatre neurologues principaux dans une seule unité d'AVC à Gunzberg à des médecins dans sept hôpitaux ruraux, situés à une distance allant de 53 à 136 km de l'établissement central.</p> <p>Dans les hôpitaux ruraux, tous les services avaient accès à l'unité d'AVC à distance, même si les décisions sur la possibilité ou le moment opportun d'une consultation étaient à la discrétion du médecin traitant.</p>	<p>Dans cette étude de faisabilité, les téléconsultations ont eu lieu au profit de 25 % des patients victimes d'un AVC, qui ont été admis dans l'un des établissements. Les utilisateurs du système ont indiqué qu'ils étaient satisfaits de la qualité de l'imagerie et de la vidéo.</p> <p>Tant les médecins locaux que les neurologues de l'établissement central ont considéré la contribution de la téléconsultation comme pertinente pour l'établissement du diagnostic, de l'évaluation des tomodensitogrammes et du processus décisionnel en matière de traitement. (Aucune donnée sur les décisions relatives au traitement thrombolytique n'a été fournie.)</p>

<p>TEMPIS (Allemagne) Projet pilote en télémédecine pour l'intégration des soins de l'AVC</p> <p>Audebert H, Kukla C, Clarmann von CS, et coll. Telemedicine for safe and extended use of thrombolysis in stroke: the Telemedic Pilot Project for Integrative Stroke Care (TEMPIS) in Bavaria. <i>Stroke</i> 2005;36:287-91.</p>	<p>Cinq neurologues avec des compétences en AVC à deux centres de soins de l'AVC complets ont offert des téléconsultations à des médecins dans 12 hôpitaux communautaires situés à une distance de 200 km et plus. Deux des hôpitaux périphériques avaient des services de neurologie, et 10 patients victimes d'un AVC admis dans leur service de médecine interne générale.</p>	<p>On a comparé les résultats de 106 patients hospitalisés, qui avaient été traités avec tPA au moyen du système de télémédecine au cours d'une période d'un an.</p> <p>Au cours des 12 premiers mois, 4 178 patients victimes d'un AVC se sont présentés à l'un des établissements périphériques, et 2,1 % ont été traités avec tPA. Au cours de l'année précédant la mise en œuvre de TEMPIS, seulement 10 patients avaient été traités avec tPA dans les hôpitaux communautaires.</p> <p>Le temps écoulé moyen entre le début des symptômes de l'AVC et l'administration du tPA était de 141 minutes. Selon l'étude, 10,4 % des patients sont décédés à l'hôpital, et 25 % ont souffert d'une hémorragie intracrânienne dans les 36 heures après l'administration de tPA.</p>
<p>REACH (É.-U.) Évaluation à distance d'un AVC ischémique aigu</p> <p>Switzer J, Hall C, Gross H et coll. A web-based telestroke system facilitates rapid treatment of acute ischemic stroke patients in rural emergency departments. <i>J Emerg Med</i> 2009;36:12-18.</p>	<p>Le système REACH a relié par système de vidéoconférence un neurologue dans un centre de soins de l'AVC complets, avec des médecins de services d'urgence dans neuf hôpitaux périphériques ruraux de Géorgie, situés à une distance allant de 32 à 103 milles de l'établissement central.</p> <p>Suivant le traitement avec tPA, les patients ont été transférés à l'établissement central pour surveiller des complications potentielles et évaluer les possibilités d'administration d'un traitement par perfusion supplémentaire.</p>	<p>On a comparé les résultats de 50 patients qui ont reçu du tPA suite à l'utilisation du système de Télé-AVC, et ceux de 26 patients qui ont reçu du tPA à l'hôpital central de soins tertiaires.</p> <p>Il n'y avait aucune différence significative dans le temps écoulé moyen entre le début des symptômes et le début du traitement pour les patients qui ont reçu du tPA au centre de soins tertiaires, comparativement aux patients ayant reçu du tPA suite à une consultation à distance (146 par rapport à 128 minutes, $p = 0,0651$), ou dans les pourcentages de patients victimes d'une hémorragie symptomatique (0 par rapport à 2, $p = 1,00$).</p>
<p>Pervez M, Silva G, Masrur S, et coll. Remote supervision of IV-tPA for acute ischemic stroke by telemedicine or telephone before transfer to a regional stroke center is feasible and safe. <i>Stroke</i> 2010;41:e18-e24.</p>	<p>Des médecins de 33 hôpitaux périphériques ont été reliés à un centre de soins de l'AVC régional (RSC). Douze connexions ont été établies par vidéoconférence et 21 par téléphone.</p> <p>Après un traitement avec tPA, les patients ont été transférés au centre régional.</p>	<p>Le traitement avec le tPA a été commencé dans 181 cas (16,1 %) aux hôpitaux périphériques, et dans 115 cas (38,9 %) au centre régional de soins de l'AVC.</p> <p>On n'a relevé aucune différence dans l'incidence de l'hémorragie symptomatique, la mortalité à 3, 6 ou 12 mois, ou la répartition du mRS entre les patients traités aux hôpitaux périphériques, comparativement à ceux traités à l'établissement central.</p>

4.0 CRÉATION D'UN PROGRAMME DE TÉLÉ-AVC : ÉTABLISSEMENT DE L'INFRASTRUCTURE TECHNOLOGIQUE DE TÉLÉ-AVC

4.1 Introduction

La technologie de Télé-AVC permet à des cliniciens d'offrir des services de soins, des compétences et de l'information en santé en temps réel à distance, afin d'améliorer l'accès en temps opportun et d'éliminer les obstacles aux soins des patients. Les avantages associés à la technologie de télémédecine pour les soins de santé peuvent être réalisés en termes d'économies de coûts et de temps, de la disponibilité accrue de soins d'une grande qualité et de la rapidité avec laquelle les soins peuvent être obtenus. Une liste de recommandations techniques a été élaborée pour faciliter l'avancement des programmes de Télé-AVC dans le continuum à n'importe quel niveau d'autorité.

Dans la première section du présent chapitre, l'utilisateur découvrira les exigences techniques pour les établissements fournisseurs et les établissements bénéficiaires afin qu'ils créent un programme de Télé-AVC planifié, qui soutient la prévention de l'AVC, l'éducation des patients et les services de réadaptation. La deuxième partie examine les besoins techniques et cliniques pour un programme de l'AVC en phase aiguë, qui est plus exigeant en matière de ressources et comporte plusieurs portefeuilles. Enfin, des listes de vérifications sont présentées à l'appui des recommandations en matière de télésanté relativement à la préparation, l'espace et l'équipement.

Le succès de l'intégration des services de Télé-AVC au sein de n'importe quelle organisation dépend de la collaboration des cliniciens avec le personnel responsable de la télésanté et de la TI. Il est important de s'assurer que tous les intervenants essentiels soient représentés pendant toutes les phases de planification et de développement.

Il est bien évident que certains établissements pourraient ne pas disposer de l'infrastructure technologique complète ou être dans l'impossibilité de la mettre en œuvre dès le début d'un programme de Télé-AVC. Cette infrastructure technologique peut être bâtie et élargie avec le temps. Au cours des premières phases de développement, les établissements qui envisagent ou planifient des services de Télé-AVC, ou n'importe quelle application de télémédecine, pourraient songer à utiliser une application logicielle de vidéoconférence en ligne (comme Skype®) pour offrir de la téléconsultation en l'absence d'une technologie de vidéoconférence ou de la capacité de soutenir une telle technologie. Ces programmes peuvent être utilisés pour faciliter la consultation à distance, sans frais pour le patient ou l'établissement de soins de santé en utilisant des interfaces qui sont déjà souvent familières aux patients et au personnel. Le recours à ces technologies permettra un accès sans délai aux compétences en AVC, et augmentera l'accès équitable aux soins de l'AVC pour le patient. Ces technologies doivent être considérées comme une *capacité minimale sur laquelle on bâtit*, plutôt qu'une capacité suffisante qui remplace les technologies de télémédecine vidéo complètes nécessaires pour les activités d'un programme exhaustif de Télé-AVC.

TABLE DES MATIÈRES

4.0	Création d'un programme de Télé-AVC : Établissement de l'infrastructure technologique de Télé-AVC	
4.1	Introduction	31
4.2	Évaluation du niveau de préparation pour les consultations par Télé-AVC planifiées de l'ACCT	32
4.3	Liste de vérification relative à la mise en œuvre technique de Télé-AVC pour soins de l'AVC en phase aiguë de l'ACCT	36
4.4	Guide d'essai de l'équipement vidéo de Télé-AVC	38
4.5	Ameublement et considérations cosmétiques	41
4.6	Plan de consultation fictif par Télé-AVC – Établissement d'orientation	43

4.2 Évaluation du niveau de préparation pour les consultations par Télé-AVC planifiées de l'ACCT

Questions d'évaluation de base sur le niveau de préparation aux consultations de Télé-AVC planifiées

* REMARQUE : Il s'agit d'une combinaison de documents dont chacun est propre à la télésanté clinique, à toutes les séances de télésanté, ou aux séances de télésanté pour les soins de l'AVC.

A : RENSEIGNEMENTS SUR L'ORGANISME DEMANDEUR

Nom de l'organisme :	
Établissement :	
Adresse postale complète :	
Principale personne-ressource :	
Titre	Téléphone
Courriel	Télécopieur
Nom du coordonnateur/coordonnatrice de télémédecine (le cas échéant) :	
Courriel	Téléphone
Nom de la personne-ressource technique :	
Courriel	Téléphone
Éléments de télésanté ou services du plan régional pour les soins de l'AVC confirmés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Équipe de mise en œuvre en place <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Examen des étapes de protocoles ou processus cliniques et des documents cliniques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Achèvement de l'évaluation de l'impact sur la confidentialité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

B : ADMINISTRATION (RÉUNIONS/INFORMATION)

<p>Décrire l'utilisation prévue de la technologie de télésanté, et offrir des exemples. Clinique (concernant le patient) :</p> <p>Formation (apprentissage) :</p>
<p>En général, combien de personnes participeront à une vidéoconférence? Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</p> <p><input type="checkbox"/> Deux personnes (une à chaque emplacement)</p> <p><input type="checkbox"/> Petit groupe (p. ex., petite salle de réunion)</p> <p><input type="checkbox"/> Groupe important (p. ex., salle de conférence)</p> <p><input type="checkbox"/> Tout ce qui précède.</p>
<p>Est-il nécessaire de communiquer avec plusieurs établissements pendant une rencontre (c.-à-d. une conférence multipoint)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Avez-vous l'intention d'organiser des vidéoconférences avec des clients ou des partenaires à l'extérieur de votre organisation?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Est-ce que cette démarche correspond à la vision, à la mission et au plan stratégique actuels de votre organisation? Veuillez préciser :</p>

C : PLANIFICATION DU PROGRAMME DE TÉLÉSANTÉ

Comment avez-vous préparé votre organisation pour la Télé-AVC?
--

Avez-vous un plan de communication?
Avez-vous un plan qui inclut la participation du personnel) (plan de formation)?
Avez-vous examiné les avantages et cerné les problèmes ou les obstacles possibles?
Avez-vous élaboré une mise en œuvre et un processus de gestion du changement?
Si vous avez plusieurs bureaux, comment déterminerez-vous quels endroits sont prêts à offrir des services de télésanté?
Votre personnel médical ou clinique a-t-il demandé à utiliser les services de télésanté? (Volonté de participer)
Le personnel souhaite-t-il la mise en œuvre et l'utilisation des services de télésanté?
Votre équipe a-t-elle des préoccupations? Dans l'affirmative, quelles sont-elles?
Les endroits de votre organisation qui offrent des services de télésanté ont-ils accès au réseau et à l'Internet?
Quel est le niveau de confort technologique de votre équipe?

D : NIVEAU DE PRÉPARATION : RESSOURCES HUMAINES/DIRECTION

Avez-vous repéré les champions en télésanté au niveau du personnel de la direction et de première ligne?
A-t-on trouvé un commanditaire clinique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'administration hospitalière, la haute direction ou le MAC étaient-ils d'accord pour faire avancer l'initiative de Télé-AVC? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Un médecin commanditaire a-t-il été désigné? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom :
Un membre de la direction commanditaire a-t-il été désigné? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom :
Des membres du personnel clinique commanditaires ont-ils été désignés? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom :
Existe-t-il une entente de principe pour participer à la collecte de données? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

E : ÉTAPES CLINIQUES

Quels sont les modèles d'orientation du patient vers vos locaux et à partir de ceux-ci?
Vos médecins offrent-ils des services à plusieurs endroits?
Au cours d'une journée typique, combien de rencontres avez-vous approximativement avec des patients dans vos locaux?
Dans combien de ces rencontres utilise-t-on le système de télésanté?
<p>Veillez décrire les séances de télésanté clinique possibles :</p> <p>Évaluation initiale :</p> <p>Suivi :</p> <p>Examen du cas/Conférence de cas :</p>
<p>Est-ce que les rencontres précitées pourraient profiter d'un équipement de vidéoconférence périphérique :</p> <p>Stéthoscope numérique :</p> <p>Caméra portative :</p> <p>Lecteur de document :</p>

Est-ce que votre local ou vos locaux disposent déjà d'un équipement de vidéoconférence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sinon, veuillez répondre à la question suivante.
Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions suivantes.
Comment est-il utilisé dans le cadre de votre programme? Usage clinique :
Apprentissage :
Usage administratif :
Quelle est la fréquence d'utilisation?
Quel est le niveau de confort avec la technologie de vidéoconférence?
Offrez-vous des cliniques de spécialité? Dans l'affirmative, veuillez préciser :

F : RECHERCHE ET ÉVALUATION

Songez-vous à mettre en œuvre des activités de recherche ou d'évaluation pour cette initiative afin d'appuyer vos priorités organisationnelles?
OBJECTIFS DE TÉLÉSANTÉ Quels sont vos objectifs organisationnels clés pour la télésanté? (encerclez ceux qui s'appliquent)
Accès aux soins
Satisfaction du patient
Qualité des soins
Transfert de l'information
Coûts/Gestion
Efficiences
Continuité des soins
Renforcement des capacités/Échange du savoir et mobilisation
Autre
Comment saurez-vous que la mise en œuvre du système de télésanté est un succès?
Échéancier (Date de début ciblé)

G : FINANCES

Financement de la formation de tous les employés concernés (p. ex., médecins, infirmier(re)s autorisé(e)s, personnel du service d'urgence, de soutien technique, d'imagerie diagnostique) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> en cours de réalisation
Financement pour le réseau au besoin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Financement pour l'équipement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> en cours de réalisation

H : ÉQUIPEMENT TECHNIQUE

Quel type d'appareil de vidéoconférence conviendrait le mieux à vos besoins?
<input type="checkbox"/> De bureau (ordinateur de bureau ou portatif avec capacités de vidéoconférence)
<input type="checkbox"/> Fixé ou sur support (ne bouge pas)

<input type="checkbox"/> Mobile (vous permet de circuler entre différents locaux)
De quel niveau de qualité vidéo avez-vous besoin? <input type="checkbox"/> Définition normale (appropriée pour la plupart des vidéoconférences) <input type="checkbox"/> Haute définition (appropriée pour les conférences de type clinique qui exigent une image ou vidéo de qualité supérieure, p. ex. un gros plan du client lors d'un examen physique approfondi.)
Prévoyez-vous communiquer les renseignements ou le contenu par vidéoconférence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quels types de renseignements ou de contenu avez-vous l'intention de communiquer? <input type="checkbox"/> Documents ou présentations, p. ex., PowerPoint, Word, Excel, etc. <input type="checkbox"/> Renseignements médicaux sur le patient, p. ex., des images radiologiques, des analyses de laboratoire, etc. <input type="checkbox"/> Tout ce qui précède.

4.3 LISTE DE VÉRIFICATION RELATIVE À LA MISE EN ŒUVRE DE LA TÉLÉ-AVC POUR SOINS DE L'AVC EN PHASE AIGUË DE L'ACCT

REMARQUE : Il est entendu que tous les établissements sont capables d'accéder à un réseau de télémédecine ou de télésanté de base de l'autorité compétente.

MISE EN ŒUVRE DE L'ÉQUIPEMENT ET DU RÉSEAU :	
ÉQUIPEMENT DE VIDÉOCONFÉRENCE COMMANDÉ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Établissement de prestation (de consultation) :	Établissement de destination (d'orientation ou local du patient) :
<p>Équipement nécessaire pour la prestation de soins en phase aiguë par Télé-AVC.</p> <ul style="list-style-type: none"> Accès à la télésanté Web OU Équipement de télésanté traditionnel 	<p>Équipement nécessaire pour la prestation de soins en phase aiguë par Télé-AVC.</p> <ul style="list-style-type: none"> Accès à la télésanté Web OU Équipement de télésanté traditionnel
ALIMENTATION/RÉSEAU (Besoin d'un réseau sécurisé pour soutenir la connexion de télésanté) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Établissement de prestation (de consultation) :	Établissement de destination (d'orientation ou local du patient) :
<p>Alimentation</p> <ul style="list-style-type: none"> Une prise de courant mise à la terre de 110 V CA de 15 A (reliée à une source d'alimentation de secours de l'établissement) Prises électriques standards mises à la terre de 120 V 60 Hz CA 	<p>Alimentation</p> <ul style="list-style-type: none"> Une prise de courant mise à la terre de 110 V CA de 15 A (reliée à une source d'alimentation de secours de l'établissement) Prises électriques standards mises à la terre de 120 V 60 Hz CA
<p>Réseau</p> <p>Port de réseau local <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Port de données (un minimum d'un port de données actif pour la vidéoconférence et, le cas échéant, un port de données supplémentaire pour l'ordinateur, etc.)</p>	<p>Réseau</p> <p>Port de réseau local <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Port d'accès (un minimum d'un port de données actif pour la vidéoconférence et, le cas échéant, un port de données supplémentaire pour l'ordinateur, etc.)</p>
ÉQUIPEMENT DE VIDÉOCONFÉRENCE OPÉRATIONNEL (Suivez votre liste de vérification pour l'essai de l'équipement de vidéoconférence. Au besoin, consultez « Exemple de haut niveau d'essai d'équipement »)	
CERTIFICATION ET ESSAIS DU CENTRE DE TRANSMISSION ACHEVÉS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<p>TRANSMISSION DE TOMODENSITOGamme CONFIGURÉE ET OPÉRATIONNELLE (p. ex., confirmer la disponibilité des tomodensitogrammes de l'établissement régional par des neurologues experts en AVC)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ce processus doit être achevé par l'équipe d'imagerie diagnostique, du portefeuille clinique et de la TI avant le début de la prestation de soins de l'AVC en phase aiguë par le système de télésanté. L'accès à la transmission est séparé du processus de vidéoconférence. 	
<p>ÉCHÉANCIER DE SOUTIEN/BUREAU D'AIDE EN PLACE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>(Définir clairement le processus visant à déterminer à qui il faut s'adresser pour l'accès au tomodensitogramme ou pour des problèmes du système de télésanté)</p>	
<p>PROTOCOLE POUR TEMPS D'ARRÊT ÉTABLI <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Il pourrait être nécessaire d'en avoir un pour les problèmes associés au temps d'arrêt en imagerie diagnostique et télésanté.</p>	

Examiner les processus de temps d'arrêt planifiés et non planifiés.

AMEUBLEMENT ET CONSIDÉRATIONS COSMÉTIQUES POUR LE LOCAL :

(Consultez « **Exemple de haut niveau de l'ameublement et de considérations cosmétiques** » pour l'ameublement et les considérations cosmétiques en créant un bureau de télésanté spécialisé)

- Sachez que l'éclairage peut modifier l'image qui est transmise. Nous recommandons d'effectuer des essais à partir du service d'urgence pour éviter tout effet d'éblouissement évident.
- Déterminez l'endroit où l'équipement sera rangé.
- Déterminez où la caméra sera placée pendant la consultation (effectuez des essais pour éviter l'éblouissement).
- Option : Mettez un « X » sur le plancher comme point de référence pour le placement de la caméra à l'avenir.

Veuillez consulter les normes de votre organisation pour préparer la salle de télésanté

MISE EN OEUVRE DU SERVICE :

CONSULTATION FICTIVE ACHEVÉE (À CHAQUE ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE L'AVC EN PHASE HYPERAIGUË)

Oui Non

MESURES DE CONSULTATION FICTIVE TERMINÉES (C.-À-D., NIVEAU DE PRÉPARATION COMPLÈTE ATTEINT)

Oui Non

PREMIÈRE CONSULTATION

Oui Non

SYSTÈME D'ÉVALUATION DU PROCESSUS DE COLLECTE DE DONNÉES EN PLACE

Oui Non

4.4 Guide d'essai de l'équipement vidéo de Télé-AVC

Basé sur les procédures d'essai d'acceptation de l'équipement de télésanté de haut niveau de la PHSA (PHSA High Level Telehealth Equipment Acceptance Testing Procedures)

Projecteurs - Nombre de projecteurs et n° de modèle	Moniteurs à plasma/ACL - Nombre de moniteurs
1) Vérifier le boîtier extérieur pour s'assurer de l'absence de saleté ou de poussière.	1) Vérifier la taille de l'écran à l'horizontale et à la verticale ainsi que le positionnement de l'affichage central.
2) Évacuer par soufflage ou nettoyer la saleté des filtres d'entrée et de sortie.	2) Vérifier le contraste et la brillance.
3) Nettoyer les dispositifs optiques extérieurs.	3) Alignement électronique (pour les effets d'ombre et les contours de couleur).
1) Vérifier la taille de l'écran à l'horizontale et à la verticale ainsi que le positionnement de l'image centrale.	4) S'assurer de l'absence de connexions E/S desserrées ou brisées.
5) Vérifier le contraste, la brillance et la netteté.	5) Vérifier visuellement le câble pour s'assurer de l'absence de problèmes potentiels.
6) Alignement électronique ou vérification visuelle pour les effets d'ombre et les contours de couleur	6) Tester le panneau de commande pour vérifier toutes les fonctions.
4) S'assurer de l'absence de connexions E/S desserrées ou brisées.	7) Essayer la télécommande et remplacer les piles.
8) Vérifier visuellement les câbles pour s'assurer de l'absence de problèmes potentiels.	8) Nettoyer le boîtier extérieur.
9) Tester le panneau de commande pour vérifier toutes les fonctions.	9) Nettoyer l'écran d'affichage frontal.
10) Essayer la télécommande et vérifier les piles.	10) Consigner depuis combien de temps le moniteur est utilisé (le cas échéant).
11) Sauvegarder les paramètres du système (le cas échéant).	Interfaces - Nombre d'interfaces
12) Mise à niveau du logiciel ou du micrologiciel (le cas échéant)	1) Nettoyer l'extérieur.
13) Consigner le nombre d'heures d'utilisation de l'ampoule.	2) Vérifier les fonctions du panneau de commande.
14) Vérifier les réglages du rapport de cadre et de la résolution pour s'assurer qu'ils sont appropriés.	3) Vérifier le fonctionnement.
Écran de projection - Nombre d'écrans	4) S'assurer de l'absence de connexions E/S desserrées ou brisées.
1) Vérifier la fonction de déplacement vers le haut et vers le bas (le cas échéant).	5) Vérifier visuellement les câbles pour s'assurer de l'absence de problèmes potentiels.
2) Vérifier les limites (le cas échéant).	Commande Creston - Nombre de commandes-
3) Vérifier l'alignement (le cas échéant).	1) Vérifier toutes les pages et tous les boutons.
4) Nettoyer l'écran au besoin.	2) Essayer la télécommande de RF.
Processeurs de mise à l'échelle - Nombre de processeurs-	3) S'assurer de l'absence de connexions E/S desserrées ou brisées.
1) Vérifier la taille de l'écran à l'horizontale et à la verticale ainsi que le positionnement de l'affichage central.	4) Vérifier visuellement les câbles pour s'assurer de l'absence de problèmes potentiels.
2) Vérifier le contraste et la brillance.	5) Nettoyer le boîtier extérieur.
3) S'assurer de l'absence de connexions E/S desserrées ou brisées.	6) Vérifier la version de logiciel et consigner ici-
4) Vérifier visuellement les câbles pour s'assurer de l'absence de problèmes potentiels.	7) Sauvegarder le logiciel.
5) Tester le panneau de commande pour vérifier toutes les fonctions.	8) Vérifier la version de micrologiciel et consigner ici-
6) Nettoyer le boîtier extérieur.	9) Sauvegarder la version de logiciel.
7) Vérifier le rapport de cadre et la résolution de l'écran et du projecteur pour s'assurer qu'ils sont appropriés.	Microphones - Nombre de microphones
Éclairage et relais d'écran - Nombre de commandes-	1) Nettoyer le boîtier extérieur.
1) Nettoyer les faces extérieures.	2) Tester pour s'assurer que tout fonctionne correctement.
2) Évacuer par soufflage la poussière des relais.	3) Régler le niveau du microphone entre 0 et -3 db de sortie à

	l'amp.
3) Tester le panneau de commande pour vérifier toutes les fonctions.	4) Vérifier visuellement les câbles pour s'assurer de l'absence de problèmes potentiels.
4) Vérifier visuellement les câbles pour s'assurer de l'absence de problèmes potentiels.	
Système à commande tactile - Nombre de panneaux-	Système d'audioconférence - Nombre de systèmes-
1) Vérifier toutes les pages et tous les boutons.	1) Nettoyer le boîtier extérieur.
2) Essayer la télécommande de RF.	2) Tester pour s'assurer que tout fonctionne correctement.
3) S'assurer de l'absence de connexions E/S desserrées ou brisées.	3) Régler le niveau du microphone.
4) Vérifier visuellement les câbles pour s'assurer de l'absence de problèmes potentiels.	4) Tester le panneau de commande pour vérifier toutes les fonctions.
5) Nettoyer le boîtier extérieur.	5) Vérifier visuellement les câbles pour s'assurer de l'absence de problèmes potentiels.
6) Nettoyer l'écran tactile.	Supports - Nombre de supports
7) Vérifier la version de logiciel et consigner ici-	1) Nettoyer tous les panneaux.
8) Sauvegarder le logiciel.	2) Utiliser un aspirateur pour enlever la poussière à l'arrière du support.
9) Vérifier la version de micrologiciel et consigner ici-	3) Remarques :
10) Sauvegarder la version de micrologiciel.	Amplificateurs - Nombre d'amplificateurs
Système de vidéoconférence - Nombre de systèmes-	1) Nettoyer l'extérieur.
1) Nettoyer le boîtier extérieur.	2) Vérifier les fonctions du panneau de commande.
2) Tester pour s'assurer que tout fonctionne correctement.	3) Régler tous les niveaux d'entrée.
3) Régler le niveau du microphone.	4) S'assurer de l'absence de connexions E/S desserrées ou brisées.
4) Tester le panneau de commande pour vérifier toutes les fonctions.	5) Vérifier visuellement les câbles pour s'assurer de l'absence de problèmes potentiels.
5) Vérifier visuellement les câbles pour s'assurer de l'absence de problèmes potentiels.	6) Mesurer le niveau audio avec le bruit rose et consigner le niveau.
6) Vérifier la compatibilité avec le ou les ponts de l'autorité de la santé (REV 1).	7) Après avoir fermé le système, régler le niveau audio par défaut de 60 à 65 db.
Magnétoscope à cassettes - Nombre de magnétoscopes	Lecteurs CD/DVD - Nombre de lecteurs
1) Tester le panneau de commande pour vérifier toutes les fonctions.	1) Tester le panneau de commande pour vérifier toutes les fonctions.
2) Nettoyer les têtes de magnétoscope et régler la lecture.	2) Nettoyer la lentille au laser interne.
3) Essayer la télécommande et remplacer les piles.	3) Nettoyer le boîtier extérieur.
4) S'assurer de l'absence de connexions E/S desserrées ou brisées.	4) Essayer la télécommande et remplacer les piles
5) Vérifier visuellement les câbles pour s'assurer de l'absence de problèmes potentiels.	5) S'assurer de l'absence de connexions E/S desserrées ou brisées.
Récepteurs de signaux de satellite/à cablôsélecteur - Nombre de récepteurs	6) Vérifier visuellement les câbles pour s'assurer de l'absence de problèmes potentiels.
1) Tester le panneau de commande pour vérifier toutes les fonctions.	Haut-parleurs - Nombre de haut-parleurs-
2) Vérifier la réception.	1) S'assurer que le niveau audio est le même pour chaque haut-parleur.
3) Nettoyer le boîtier extérieur.	2) Nettoyer le boîtier extérieur.
4) Essayer la télécommande et remplacer les piles	Processeurs audio - Nombre de processeurs
5) S'assurer de l'absence de connexions E/S desserrées ou brisées.	1) Tester le panneau de commande pour vérifier toutes les fonctions.
6) Vérifier visuellement les câbles pour s'assurer de l'absence de problèmes potentiels.	2) Vérifier la version de logiciel et consigner ici-
	3) Sauvegarder le logiciel.

Tableau SMART - Nombre de tableaux	4) Vérifier la version de micrologiciel et consigner ici
1) Tester toutes les fonctions du panneau de commande et de la souris.	5) SAUVEGARDER LA VERSION DE MICROLOGICIEL.
2) Vérifier l'alignement du tableau SMART avec le projecteur.	6) Vérifier visuellement les câbles pour s'assurer de l'absence de problèmes potentiels.
3) Vérifier chaque couleur pour s'assurer que tout fonctionne normalement.	Documentation de la pièce et logiciel
4) Vérifier le fonctionnement du dispositif d'effacement.	1) Dessins de câblage
5) S'assurer de l'absence de connexions E/S desserrées ou brisées.	2) Disposition du support
6) Vérifier visuellement les câbles pour s'assurer de l'absence de problèmes potentiels.	3) Manuels sur l'équipement
	4) CD de logiciel d'équipement inclus
	5) Dispositions du panneau de commande Creston

4.5 Ameublement et considérations cosmétiques

Table appropriée (couleur, dimensions, type de surface)	
<p>Type d'éclairage (réfléchissant, direct, diffus, luminaires cylindriques à encastrer, position dans la pièce, fluorescent, incandescent, à DEL)</p> <p>Niveau d'éclairage : (500 lux au niveau du visage des participants)</p> <p>Type de lampe : (lampes de 3 500 Kelvin avec indice de rendu des couleurs de 85) (Uniformité établie : Ontario et Saskatchewan) Minimum de 4 100 Kelvin recommandé</p>	
<p>Fenêtres (brève description) Capacité de bloquer la lumière du soleil (ou pas de fenêtres) (Uniformité établie : Alberta, Ontario et Colombie-Britannique)</p>	
<p>Surface murale (couleur, réflexion - lustre, mat, tapisserie, etc.) Couleur murale au fini solide, mat (tons de bleu) ou un équivalent raisonnable. Choix de couleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palette Un - Benjamin Moore : Mysterious AF-565 (foncé); Amsterdam AF-550 (pâle) • Palette Deux - Benjamin Moore : Silhouette AF-655 (foncé); Cinder AF-705 (pâle) • Palette Trois - Benjamin Moore : Flint AF-560 (foncé); Storm AF-700 (pâle) • Palette Quatre - Benjamin Moore : Montpelier AF-555 (foncé); Solitude AF-545 (pâle) <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Benjamin Moore n° HC-152 Whipple Blue (gris/bleu) • Canadian Tire hydrofuge 788 (gris/bleu) • General Paints n° 8513+D.2 (bleu/moyen) <p>On peut aussi accrocher un rideau bleu solide devant lequel s'assoient les participants. Un plafond recouvert de carreaux insonorisants suspendus de couleur blanc cassé est recommandé.</p>	
<p>Utilisation actuelle de la pièce (Réunions, éducation, formation. Cette pièce continuera-t-elle d'être utilisée à ces fins? Exigences particulières pour cette utilisation permanente)</p>	
<p>Surface utile (minimum de 10 x 20 pi) Pièce appropriée (dimensions) Le plafond ne doit pas dépasser 10 pi (une hauteur de 9 pi est recommandée). Les participants ne doivent pas s'asseoir à moins de 5 à 6 pi de la caméra et du moniteur.</p>	
<p>Revêtement du plancher Carreaux/vinyle</p>	
<p>Vestiaire/cabine de déshabillage à proximité avec accès pour fauteuils roulants (Uniformité établie : Ontario et Saskatchewan)</p>	
<p>Porte verrouillable avec l'indication « Occupé » (Uniformité établie : Ontario et Saskatchewan)</p>	
<p>Évier (à une distance raisonnable)</p>	
<p>Chauffage et ventilation : (Température de la pièce : 20 à 24 °C)</p>	

Sécurité : Cet espace doit aussi disposer d'un système de sonnerie d'appel afin que le personnel ou les patients puissent obtenir de l'aide rapidement. S'il s'agit d'une pièce à usages multiples, sa ou ses portes doivent être munies d'une serrure, et le local doit disposer d'une armoire verrouillable pour ranger l'équipement de télésanté.	
Autres commentaires	
Autres dispositifs	

4.6 Plan de consultation fictif par Télé-AVC – Établissement d'orientation

#	Activité	Réponse prévue	Responsable	Terminé
1	Le personnel du service d'urgence est informé d'un test avec un patient victime d'un AVC.	Le personnel du service d'urgence sait à quel moment le patient arrivera.	Personnel du service d'urgence	
2	Les cliniciens repèrent le formulaire d'évaluation de l'AVC en phase aiguë afin de déterminer quel patient pourrait être candidat à l'administration de tPA.	La liste de vérification d'inclusion/d'exclusion pour la Télé-AVC est disponible.	Personnel du service d'urgence	
3	Les cliniciens examinent le patient en utilisant le formulaire d'évaluation et déterminent s'il s'agit d'un candidat possible à l'administration de tPA.	Le patient est examiné.	Personnel du service d'urgence	
4	Le personnel du service d'urgence obtient la trousse de Télé-AVC et des instructions pour soins de l'AVC en phase aiguë du service d'urgence sont émises.	La trousse de Télé-AVC est disponible.	Personnel du service d'urgence	
5	Le patient est envoyé pour un examen tomodensitométrique (« Télé-AVC » est indiqué sur la demande).	L'examen tomodensitométrique est réalisé.	Technologue spécialisé en tomodensitométrie	
6	Le technologue spécialisé en tomodensitométrie termine l'examen et introduit l'image dans le système d'accès au tomodensitogramme.		Technologue spécialisé en tomodensitométrie	
7	Le personnel du service d'urgence repère le numéro de téléphone du centre d'appels de Télé-AVC.	Le numéro de téléphone du centre d'appel de Télé-AVC est disponible.	Personnel du service d'urgence	
8	Le personnel du service d'urgence communique avec le centre d'appels et l'informe d'une consultation par Télé-AVC fictive.	Le centre d'appels de Télé-AVC reçoit la communication téléphonique.	Personnel du service d'urgence et centre d'appels de Télé-AVC.	
9	Le centre d'appels de Télé-AVC consulte l'échéancier du personnel de garde pour Télé-AVC, et communique avec le neurologue de garde pour Télé-AVC (D' Neurologue de garde pour une activité fictive).	Le centre d'appels de Télé-AVC possède le nom correct et les coordonnées exactes du médecin de garde et ce dernier reçoit la communication téléphonique ou par téléavertisseur.	Centre d'appels de Télé-AVC	
10	Le neurologue répond à la communication reçue en appelant le centre d'appels de Télé-AVC, et est relié par téléphone à un médecin de l'établissement d'orientation.	L'établissement d'orientation s'entretient au téléphone avec le neurologue de garde.	Neurologue de garde et centre d'appels de Télé-AVC	
11	Le neurologue se rend au local où se trouve le poste de travail du système de Télé-AVC.	Le neurologue se trouve physiquement au poste de travail de MERGE/eFilm.	Neurologue de garde	
12	Le neurologue met en marche le poste de travail du système de Télé-AVC et ouvre une session.		Neurologue de garde	
13	Le neurologue accède au tomodensitogramme du patient à l'établissement d'orientation et l'examine à son poste de travail.	On accède à l'image et les champs de données sont corrects.	Neurologue de garde	
14	Le personnel du service d'urgence repère le système Tandberg Intern.	Le Tandberg est retiré d'un local verrouillé et sécurisé.	Personnel du service d'urgence	

15	Le personnel du service d'urgence prépare le système Tandberg Intern pour une vidéoconférence possible (local, éclairage, etc.).	Le Tandberg est prêt pour une vidéoconférence.	Personnel du service d'urgence	
16	Le personnel du service d'urgence branche le système Tandberg Intern sur la prise d'alimentation et le port de réseau.	L'appareil fonctionne et l'écran d'accueil s'affiche.	Personnel du service d'urgence	
17	Le neurologue établit une connexion de vidéoconférence avec le système Tandberg Intern de l'établissement d'orientation.	La connexion de vidéoconférence est établie.	Neurologue de garde et personnel du service d'urgence	
18	Le neurologue confirme que l'image vidéo s'affiche clairement.	Le neurologue peut voir l'établissement d'orientation. L'image s'affiche clairement sans perte de paquet.	Neurologue de garde	
19	Le neurologue demande si sa voix est audible à l'établissement d'orientation.	L'établissement d'orientation peut voir et entendre le neurologue.	Neurologue de garde	
20	Le neurologue dirige la caméra à l'établissement d'orientation (à l'extrémité), et peut effectuer des zooms avant et arrière, relever ou abaisser la caméra et la tourner vers la gauche ou vers la droite.	Le neurologue peut diriger la caméra à l'établissement d'orientation.	Neurologue de garde	
21	Le médecin de l'établissement d'orientation confirme que l'image vidéo s'affiche clairement.	Le personnel de l'établissement d'orientation peut voir le neurologue. L'image s'affiche clairement sans perte de paquet.	Neurologue de garde	
22	Le médecin de l'établissement d'orientation demande si sa voix est audible pour le neurologue.	Le neurologue entend le personnel de l'établissement d'orientation.	Médecin de l'établissement d'orientation	
RÉSOLUTION DU PROBLÈME LORS DE L'ESSAI				
23	Le personnel du service d'urgence découvre un problème lors de l'essai et repère les coordonnées du bureau de service local de télémédecine.	Le numéro de téléphone du bureau de service local de télémédecine est disponible.	Personnel du service d'urgence	
APRÈS LA CONSULTATION				
24	Le médecin de l'établissement d'orientation remplit le formulaire de renseignements sur la facturation et le transmet par télécopie au neurologue.	Le formulaire de renseignements sur la facturation est disponible et transmis par télécopie au neurologue.	Médecin de l'établissement d'orientation	

ADAPTÉ DE L'ONTARIO TELEMEDICINE NETWORK (RÉSEAU DE TÉLÉMÉDECINE DE L'ONTARIO) ET DU RÉSEAU ONTARIEN CONTRE LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX 2013

5.0 MISE EN ŒUVRE D'UN PROGRAMME DE TÉLÉ-AVC

5.1 Introduction

Cette section de la trousse d'outils de Télé-AVC s'intéresse à la mise en œuvre du programme de Télé-AVC. Cette section facilitera la planification et la préparation en vue de la mise en service du nouveau programme de Télé-AVC à n'importe quelle étape du continuum de soins, et au moment où le niveau de préparation ainsi que l'engagement d'un organisme auront été confirmés et que l'infrastructure technique sera opérationnelle.

La mise en œuvre exige une approche bien organisée incluant tous les intervenants qui contribuent à la feuille de route de Télé-AVC (*section 1, page 9*) permettant de garantir le succès et la confiance d'être en mesure de « lancer » le programme de Télé-AVC. Cette section présente des outils clés qui peuvent être utilisés pour faciliter et guider la planification de la mise en œuvre et la préparation du lancement d'un programme de Télé-AVC. Les outils comprennent : une feuille de route de Télé-AVC qui donne un aperçu des exigences clés associées au service de Télé-AVC, sur le plan de la préparation clinique, de la gouvernance ainsi que de la technologie et de la planification en matière de télésanté. Des listes de vérifications cliniques qui présentent de façon détaillée les éléments clés des services de Télé-AVC planifiés et sur demande sont incluses, et doivent être utilisées comme guides pour s'assurer que tous les éléments clés sont en place. Le tableau des étapes cliniques de Télé-AVC indique les diverses étapes dans la prise en charge d'un patient victime d'un AVC en phase aiguë par les services d'urgence. Le protocole des services d'urgence de Télé-AVC représente un exemple détaillé des étapes dans la prise en charge d'un patient victime d'un AVC en phase aiguë par Télé-AVC. Un plan de formation portant sur la Télé-AVC est un exemple créé pour aider des personnes ou champions clés dans la supervision par les services d'urgence de la mise en œuvre de la Télé-AVC, et qui offre une indication de l'importance de la formation et des étapes requises. *Des outils éducatifs semblables pour les consultations par Télé-AVC planifiées sont en cours d'élaboration et seront ajoutés à la trousse d'outils à mesure qu'ils seront disponibles.* L'étude de cas dans le cadre de la formation pour Télé-AVC est fournie à l'appui également des activités de formation pour les cliniciens. Le plan de consultation fictif qui est offert peut servir à consolider la planification et la formation pour le programme de Télé-AVC, et aider à déterminer les secteurs qui doivent être examinés davantage avant le lancement du programme.

La section sur la trousse d'outils comporte aussi des exemples de modèle sur des thèmes tels que l'examen d'admissibilité et le niveau de préparation d'un nouvel établissement, qui peuvent être adaptés pour refléter l'organisme local et utilisés comme élément de repérage des nouveaux établissements qui souhaitent utiliser la Télé-AVC. Ces modèles ont été fournis par des programmes de Télé-AVC établis dans l'ensemble du Canada, et nous encourageons tous les utilisateurs de cette trousse d'outils à soumettre les outils, le matériel éducatif et d'autres ressources qui ont été élaborés pour Télé-AVC, afin d'améliorer davantage la présente trousse d'outils. Nous vous invitons à soumettre toutes les ressources que vous souhaitez partager à strokebestpractices@hsf.ca.

TABLE DES MATIÈRES

5.0	Mise en œuvre d'un programme de Télé-AVC	
5.1	Introduction	45
5.2	Feuille de route du programme de Télé-AVC de l'ACCT	46
5.3	Listes de vérification de Télé-AVC	Veuillez consulter les pages 21 à 25
5.4	Telestroke Clinical Workflow Maps (tableaux des étapes cliniques)	Document en ligne
5.5	New Site Eligibility Screening Checklist (liste de vérification d'examen d'admissibilité d'un nouvel établissement)	Document en ligne
5.6	New Site Readiness Template (modèle de niveau de préparation d'un nouvel établissement)	Document en ligne
5.7	Telestroke Education Plan (plan de formation pour utiliser le service de Télé-AVC)	Document en ligne
5.8	Telestroke Training Case Study (l'étude de cas dans le cadre de la formation pour Télé-AVC)	Document en ligne
5.9	Telestroke Referring Physician Competencies (compétences des médecins orienteurs dans le contexte de Télé-AVC)	Document en ligne
5.10	Telestroke ED Protocol Sample (Exemple de protocole des services d'urgence dans le contexte de Télé-AVC)	Document en ligne
5.11	Telestroke Mock Consult Plan (Plan de consultation fictif par Télé-AVC)	Document en ligne

5.2 Feuille de route du programme de Télé-AVC de l'ACCT

Service de Télé-AVC déterminé	Niveau de préparation clinique	Gouvernance	Technologie	Télésanté
Exigences de Télé-AVC par ordre d'importance pour la mise en œuvre du service				
Service d'urgence de Télé-AVC	<ul style="list-style-type: none"> Groupe de spécialistes engagés Clinicien participant dans un établissement local Stratégie en matière d'AVC 	<ul style="list-style-type: none"> Soutien administratif provincial, régional et local Modèle de prise en charge Entente de disponibilité Financement 	<ul style="list-style-type: none"> Connectivité du réseau de point à point Qualité du diagnostic et équipement mis à l'essai par le médecin Solution de soutien du service sur demande Points de services de soins de rechange Solution d'archivage et de transmission d'images (PAC) 	<ul style="list-style-type: none"> Soutien du programme de télésanté Solution de gestion de l'orientation sur demande
Moins d'exigences sont satisfaites actuellement, plus l'investissement en temps et en ressources sera important.				
Service de Télé-AVC planifié	<ul style="list-style-type: none"> Groupe de spécialistes engagés Clinicien participant dans un établissement local Stratégie en matière d'AVC 	<ul style="list-style-type: none"> Soutien administratif provincial, régional et local Modèle de gestion du service 	<ul style="list-style-type: none"> Connectivité du réseau Qualité du diagnostic et équipement mis à l'essai par le médecin Solution de soutien du service 	<ul style="list-style-type: none"> Soutien du programme de télésanté Solution de gestion de l'orientation
Début des services de Télé-AVC là où les exigences les plus importantes des services de Télé-AVC sont satisfaites.				
Services de soins à domicile de Télé-AVC	<ul style="list-style-type: none"> Groupe de spécialistes engagés Clinicien participant dans un établissement local Stratégie en matière d'AVC 	<ul style="list-style-type: none"> Soutien administratif régional et local Propriété du programme Entente de disponibilité 	<ul style="list-style-type: none"> Technologies de télésoins à domicile Solution de soutien du service 	<ul style="list-style-type: none"> Soutien du programme de télésanté
La formation en Télé-AVC doit être considérée comme un élément de tous les plans de gestion du changement en matière de Télé-AVC.				
Formation en Télé-AVC	<ul style="list-style-type: none"> Intérêt et soutien pour l'information sur l'AVC 	<ul style="list-style-type: none"> En l'absence d'infrastructure de Télé-AVC : Soutien administratif provincial, régional et local 	<ul style="list-style-type: none"> Connectivité du réseau Équipement Web ou de communication virtuelle Solution de soutien du service 	<ul style="list-style-type: none"> Processus de planification
S'assurer que le programme de Télé-AVC est pris en considération dans toutes les stratégies en matière d'AVC.				

6.0 ÉVALUATION DES PROGRAMMES ET DES SERVICES DE TÉLÉ-AVC

6.1 Introduction

Les modalités de Télé-AVC sont un élément de centre d'appels de Télé-AVC des programmes de soins de l'AVC complets, afin de permettre l'égalité d'accès aux compétences dans le continuum de soins et pour toutes les régions. Une analyse économique de l'évitement de coûts dans la prestation de soins de l'AVC au Canada a révélé que le système de soins de santé avait réalisé des économies substantielles grâce à la mise en œuvre de services de Télé-AVC (Krueger et coll., Stroke, 2011). Au Canada, il existe toujours des différences considérables dans l'accès aux services pour l'AVC ainsi que dans l'adoption et la mise en œuvre de la Télé-AVC. En conséquence, une étape clé pour tous les programmes de soins de l'AVC et de Télé-AVC consiste à établir une stratégie d'évaluation pendant la phase d'élaboration et de l'exécuter jusqu'à la fin de la mise en œuvre. Les données recueillies par le processus d'évaluation doivent être utilisées pour alimenter l'information sur les possibilités d'amélioration continue et la prise de décisions concernant des investissements continus et élargis en Télé-AVC et dans la durabilité du programme.

Les stratégies d'évaluation de la Télé-AVC doivent inclure toutes les étapes dans le continuum des soins, et s'intéresser à la structure, au processus et aux résultats, comme indiqué dans notre *Cadre de Télé-AVC de l'ACCT 2013*. Les dimensions de qualité suivantes devraient être mesurées dans ces domaines stratégiques pour chaque application de Télé-AVC dans le continuum des soins :

- ❖ **Accessibilité** : accès réel des patients qui devraient profiter des compétences en AVC, ainsi que les temps d'attente, et le besoin de transfert à des établissements qui offrent un niveau plus élevé de soins.
- ❖ **Efficacité** : impact de l'accès à des services de soins spécialisés pour l'AVC en utilisant la Télé-AVC, sur les résultats des patients, les complications, la durée de l'hospitalisation, et les récurrences d'AVC.
- ❖ **Capacité de rendement** : réduction de coûts, simplification des soins, disponibilité en temps opportun des services de Télé-AVC sur demande.
- ❖ **Intégration et continuité du système** : mesure dans laquelle la continuité des soins pour les patients est préservée avec l'utilisation de la technologie de Télé-AVC dans le cadre d'un épisode de soins, et mesure dans laquelle les transitions n'ont pas de failles, et les fournisseurs et les soins de suivi sont clairement définis.
- ❖ **Expérience du patient** : perceptions par le patient d'une rencontre par Télé-AVC.
- ❖ **Expérience du fournisseur** : perceptions par le dispensateur de soins d'une rencontre par Télé-AVC, de sa préparation éducative et de son niveau de compétence pour participer au processus de Télé-AVC.
- ❖ **Capacité de rendement technique et niveau de réponse** : mesure dans laquelle la technologie fonctionne sans incident ou difficulté technique qui pourraient avoir un impact négatif, ainsi que les dimensions de qualité indiquées ci-dessus.

Table des matières

6.0	Évaluation des services de Télé-AVC	
6.1	Introduction	47
6.2	Indicateurs de rendement de base pour la Télé-AVC de l'ACCT	48
6.3	Telestroke Patient Experience Survey (sondage sur l'expérience des patients avec Télé-AVC)	Document en ligne
6.4	Telestroke Provider Experience Survey (sondage sur l'expérience des fournisseurs avec Télé-AVC)	Document en ligne
6.5	Telestroke Evaluation Overview Slides (Diapositives de l'aperçu du sondage sur Télé-AVC (Lindsay))	Document en ligne
6.6	Economic Cost-Avoidance Model (Krueger et coll. 2011) (modèle économique d'évitement de coûts)	Document en ligne

6.2 Indicateurs de rendement de base pour la Télé-AVC de l'ACCT

Les indicateurs de rendement de base pour la Télé-AVC de l'ACCT ont été élaborés dans le cadre d'un processus rigoureux de consensus, y compris une série de sondages Delphi jusqu'à l'étude intitulée Canadian Stroke Quality of Care Study (La qualité des soins de l'AVC au Canada) (Lindsay, Silver, Jaigobin, Watson; 2006). Ces indicateurs de base continuent à être examinés et modifiés dans le cadre d'un processus semestriel d'examen et de mise à jour du chapitre sur la Télé-AVC des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC. Le manuel sur la mesure du rendement intitulé *Canadian Stroke Quality Performance Measurement Manual* à <http://www.strokebestpractices.ca> offre un dictionnaire complet de données relativement à la collecte de données, le calcul et la production de rapport sur ces indicateurs.

Élément 1 : Organisation de la prestation de Télé-AVC	
1.	<p>En ce qui concerne les hôpitaux éloignés désignés pour exploiter la Télé-AVC, qui ne disposent pas sur place des services de neurologues ou d'experts en AVC, mais où la technologie de tomographie par émission de positons (TEP) ou d'imagerie par résonance magnétique (IRM) est disponible, les processus et la technologie doivent être mis en œuvre pour prendre en charge par Télé-AVC l'évaluation neurologique à distance de patients victimes d'un AVC ischémique aigu. Les processus doivent inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) un mécanisme coordonné d'accès rapide à des compétences en matière d'AVC à distance 24 heures par jour et 7 jours par semaine; b) un moyen de transmettre des images de TDM ou d'IRM; c) un moyen d'établir une connexion bidirectionnelle pour une vidéoconférence; d) un moyen d'accès à un expert en AVC pour obtenir des conseils continus concernant le traitement et la prise en charge d'un patient au besoin.
2.	<p>L'hôpital d'orientation et celui de consultation doivent posséder des protocoles cliniques harmonisés pour soutenir l'évaluation et la prise en charge des patients victimes d'un AVC aigu. Les protocoles harmonisés doivent inclure ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Des critères d'inclusion et d'exclusion pour l'administration de tPA (conformément aux protocoles publiés du NINDS)¹⁷ b. Le contrôle de la pression artérielle avant et après l'administration de tPA c. La surveillance de l'état neurologique après l'administration de tPA d. La prise en charge de patients victimes d'une hémorragie intracérébrale après l'administration de tPA
3.	Le pourcentage de patients qui arrivent à un hôpital d'orientation désigné en présentant des symptômes d'AVC, et qui obtiennent l'accès à des compétences en matière d'AVC par Télé-AVC (comme proportion du total des cas d'AVC traités par établissement).
4.	Proportion de cas traités par Télé-AVC pour lesquels un suivi urgent est nécessaire avec le spécialiste en soins de l'AVC en raison de complications ou d'événements imprévus.
5.	Pour les cas traités par Télé-AVC, qui requièrent d'autres consultations avec le spécialiste en soins de l'AVC, le temps écoulé entre la première consultation et les consultations subséquentes.
Élément 2 : Évaluation d'un AVC ischémique aigu émergente	
6.	<p>Le nombre de cas adressés au service de Télé-AVC lorsque les spécialistes en soins de l'AVC étaient inaccessibles en raison de :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) plusieurs appels conflictuels (Télé-AVC et autres), b) difficultés techniques qui empêchaient la transmission vidéo.
7.	Une consultation par Télé-AVC doit être commencée dans les 30 minutes de l'arrivée au service d'urgence de n'importe quel patient potentiellement admissible à l'administration de tPA, qui se présente à un hôpital désigné offrant la Télé-AVC, avec des symptômes d'AVC ischémique aigu, dans les trois heures après le début

	des symptômes.
8.	Le spécialiste en soins de l'AVC doit être capable d'examiner les images de TDM ou d'IRM dans les 15 minutes de la demande de consultation (faire le suivi du pourcentage de temps relativement à la survenue de cette situation).
9.	Le spécialiste en soins de l'AVC doit être capable d'établir une connexion de vidéoconférence avec le service d'urgence désigné pour offrir la Télé-AVC dans les 15 minutes après le contact initial par le système d'orientation central (faire le suivi du pourcentage de temps relativement à la survenue de cette situation).
10.	Temps écoulé entre l'arrivée du patient au service d'urgence et l'achèvement d'une TDM.
11.	Temps écoulé jusqu'au début d'une consultation par Télé-AVC a) à partir de l'arrivée au service d'urgence, b) à partir de l'achèvement d'un tomodensitogramme.
12.	Temps écoulé entre l'arrivée au service d'urgence (ou la consultation par Télé-AVC) et l'administration de tPA.
Élément 3 : Prise en charge de patients recevant le traitement thrombolitique	
13.	Pourcentage de consultations par Télé-AVC pour des patients traités avec le tPA.
14.	Pourcentage de consultations par Télé-AVC dans le cas de patients pour lesquels il y a une contre-indication absolue à l'administration de tPA.
15.	Pour tous les patients qui reçoivent le tPA : a. D'autres images par TDM ou IRM, obtenues entre 24 et 72 heures suivant l'examen initial, doivent être disponibles pour le spécialiste en soins de l'AVC. b. Il doit y avoir un mécanisme de suivi entre l'établissement de consultation et le spécialiste en soins de l'AVC.
16.	Les patients doivent être envoyés au centre de soins de l'AVC régional ou de soins avancés du district si l'on observe une détérioration de l'état du patient après l'administration de tPA, exigeant des soins neurologiques ou neurochirurgicaux qui ne sont pas disponibles à l'hôpital désigné pour offrir un service de Télé-AVC.
17.	Durée totale du séjour pour les patients ayant reçu un traitement thrombolitique après une consultation par Télé-AVC, à partir du triage au service d'urgence jusqu'au congé reçu par le patient hospitalisé.
18.	Nombre de patients dans un hôpital ou une région qui ont reçu du tPA avant et après le démarrage du programme de Télé-AVC.
Élément 4 : Résultats suivant une consultation par Télé-AVC	
19.	Des mesures relativement aux échelles Rankin et NIHSS doivent être obtenues au moment du congé pour tous les patients qui ont eu accès à une consultation par Télé-AVC (qu'ils aient reçu ou non le tPA).
20.	La proportion de patients victimes d'un AVC ayant bénéficié d'une consultation par Télé-AVC, qui sont décédés au service d'urgence ou pendant leur séjour à l'hôpital après avoir été admis pour un AVC.
21.	La proportion de patients ayant reçu leur congé de l'hôpital pour retourner à leur lieu de résidence avant d'avoir souffert d'un AVC, de patients dirigés vers la réadaptation et de patients adressés à un établissement de soins de longue durée.
22.	La proportion de patients victimes d'un AVC ayant bénéficié d'une consultation par Télé-AVC, qui ont souffert d'au moins une des complications suivantes pendant leur séjour au service d'urgence ou à l'hôpital (peu importe que les patients aient reçu le tPA ou non) : a. Hémorragie intracérébrale ou un autre type d'hémorragie. b. Récidive d'AVC. c. Complications systémiques, y compris l'infection des voies urinaires, la thrombose veineuse profonde (TVP) et la pneumonie.

7.0 RESSOURCES ET OUTILS DE TÉLÉ-AVC DANS L'ENSEMBLE DU CANADA

7.1 Introduction

L'Action collaborative canadienne pour la Télé-AVC a réuni des chefs de file reconnus en soins par Télé-AVC et télémédecine de partout au pays pour élaborer cette trousse d'outils de mise en œuvre. Le sommet national sur la Télé-AVC, qui a eu lieu au Nouveau-Brunswick en mai 2013, a élargi ce groupe afin d'inclure un éventail d'intervenants à tous les niveaux d'engagement, y compris des bailleurs de fonds et des chefs de file du système, des administrateurs du secteur des soins de santé, des médecins, des infirmières ou infirmiers, des spécialistes en réadaptation et des experts techniques.

L'Action collaborative canadienne pour la Télé-AVC continuera de croître et d'inclure davantage de professionnels des soins de l'AVC de première ligne ainsi que de patients avec leur famille. L'un des engagements pris par les participants au sommet consiste à faire connaître les approches, les protocoles, les méthodes et la documentation en matière de Télé-AVC pour soutenir des collègues dans d'autres centres qui en sont à l'étape de la préplanification ou de la planification et du début de la mise en œuvre dans le cadre de l'élaboration d'un programme de Télé-AVC dans leur secteur d'autorité compétente.

INVITATION À

Les membres de l'ACCT considèrent cette trousse d'outils comme un document évolutif, et nous invitons tous les groupes qui participent actuellement à des activités de Télé-AVC dans le continuum de soins à faire connaître leurs outils, leur matériel éducatif et d'autres ressources pour la Télé-AVC de façon à ce que la trousse d'outils puisse continuer à être améliorée.

Nous vous invitons à soumettre toutes les ressources que vous souhaitez partager à

strokebestpractices@hsf.ca

Table des matières

7.0	Ressources et contacts de Télé-AVC	
7.1	Introduction	50
7.2	Représentations en faveur de la télémédecine, organismes de recherche et de services au Canada	51
7.3	Membres principaux de l'ACCT	52
7.4	Ressources pour soutenir les programmes de Télé-AVC	51
7.4a	Ressources d'information sur les services de Télé-AVC pour les patients et leur famille	53
7.4b	Ressources relatives au remboursement des médecins qui offrent des services par Télé-AVC	51
7.4c	Ressources de formation et de perfectionnement professionnels en Télé-AVC	51
7.4d	Outils et protocoles de mise en œuvre de Télé-AVC	52
7.4e	Manuscrits et rapports publiés de Télé-AVC	52
7.4f	Rapports d'évaluation de Télé-AVC	52

7.2 Représentations en faveur de la télémédecine, organismes de recherche et de services au Canada

Nom de l'organisme	Adresse du site Web
Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)	http://www.cadth.ca/fr
Inforoute Santé du Canada	https://www.infoway-inforoute.ca/index.php/fr/
Ontario Telemedicine Network	http://otn.ca/fr
Alberta Telehealth Network	http://www.health.alberta.ca/initiatives/telehealth.html
International Association of Telemedicine and eHealth	http://www.isfteh.org/

7.3 Membres principaux de l'Action collaborative canadienne pour la Télé-AVC 2013

MEMBRE	RÔLE PROFESSIONNEL	ENDROIT
Taralson, Colleen Coprésidente	Coordonnatrice pour l'AVC (Edmonton et région), Alberta Health Services (Services de santé de l'Alberta); Alberta Provincial Stroke Strategy (stratégie de lutte contre l'AVC de l'Alberta)	Alberta
Lindsay, Patrice Coprésident	Directrice, Pratiques exemplaires et rendement, AVC, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC; infirmière autorisée; membre auxiliaire du corps professoral, Institute of Health Policy, Management and Evaluation, Université de Toronto	Ontario
Amelio, Josephine	Directrice provinciale de Clinical Telehealth (télésanté clinique), Technologies de l'information, Alberta Health Services (Services de santé de l'Alberta)	Alberta
Ashworth, Valerie	British Columbia Telehealth Program (programme de télésanté de la Colombie-Britannique)	Colombie-Britannique
Cole-Haskeyne, Andrea	Infirmière clinicienne en prévention de l'AVC; Calgary Stroke Program (programme de soins de l'AVC de Calgary)	Alberta
Corriveau, Hélène	Professeure titulaire, École de réadaptation Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke	Québec
Clement, Louise	Conseillère médicale, Implantation du continuum de services aux personnes victimes d'AVC ou à risque de le devenir, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec	Québec
Foley, Norine	Spécialiste en examen de données probantes, <i>workHorse</i> Consulting	Ontario
Hakim, Antoine	Président-directeur général, Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires; professeur, Faculté de médecine, Université d'Ottawa	Ontario
Hoechsmann, Alexander	Directeur des services cliniques, Service d'urgence, Administration des services de santé et des services sociaux de Yellowknife	Territoires du Nord-Ouest
Kamal, Noreen	Gestionnaire de projet, Stroke Services British Columbia (Services pour l'AVC de Colombie-Britannique)	Colombie-Britannique
Kelloway, Linda	Responsable des pratiques optimales, Réseau ontarien contre les accidents vasculaires cérébraux	Ontario
Mills-Beaton, Jennifer	Responsable de Télé-AVC, Ontario Telemedicine Network (Réseau de télémédecine de l'Ontario)	Ontario
Palmer, Krisan	Coordination de télésanté, Horizon Health Network	Nouveau-Brunswick
Robart, Sherry	Analyste d'affaires, télésanté, eHealth Saskatchewan (outils de santé en ligne)	Saskatchewan
Silver, Frank	Directeur, Programme de l'AVC du Réseau universitaire de santé; Professeur de médecine, Faculté de médecine de l'Université de Toronto; Directeur médical, Services de Télé-AVC, Ontario	Ontario
Tousignant, Michel	Directeur du Centre de recherche; Titulaire de la Chaire de recherche en téléadaptation; École de réadaptation Faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke	Québec
Troughton, Mark	Médecin de service d'urgence, Centre régional de santé de Peterborough	Ontario
Truran, Helen	Conseillère en télésanté	Colombie-Britannique

7.4 Ressources pour soutenir les programmes de Télé-AVC

Plusieurs possibilités ont été soumises à l'ACCT accompagnées d'une autorisation pour les partager dans le cadre de la présente ressource, afin d'aider à élaborer de nouveaux programmes de Télé-AVC et à améliorer les programmes exploités actuellement. Le partage de ces ressources permet aussi d'accroître l'uniformité des approches de Télé-AVC et de réduire le travail en double. Pour accéder à un document particulier, cliquez simplement sur le nom du document dans les tableaux ci-dessous.

Section A : Ressources d'information sur les services de Télé-AVC pour les patients et leur famille		
Nom du document	Source (Groupe de développement, province)	Brève description (contenu, objectif)
Telestroke Patient Brochure	Colombie-Britannique	
Telestroke Patient Brochure	Ontario	Anglais
TéléACV pour les patients et les familles	Ontario	Français

Section B : Ressources relatives au remboursement des médecins qui offrent des services par Télé-AVC		
Nom du document	Source (Groupe de développement, province)	Brève description (contenu, objectif)
Telestroke physician Billing Fact Sheet	Ontario	

Section C : Ressources de formation et de perfectionnement professionnels en Télé-AVC		
Nom du document	Source (Groupe de développement, province)	Brève description (contenu, objectif)

Section D : Outils et protocoles de mise en œuvre de Télé-AVC		
Nom du document	Source (Groupe de développement, province)	Brève description (contenu, objectif)
Creating a Telestroke Program: Preparation and Readiness	ACCT	Identifie et évalue les éléments clés des phases de planification et de préparation visant la création d'un programme de Télé-AVC.
Creating a Telestroke Program: Establishing Telestroke Technology Infrastructure	ACCT	Identifie et évalue les exigences techniques, cliniques et matérielles visant la création d'un programme de Télé-AVC.
Implementation of a Telestroke Program	ACCT	Offre de l'information pour la planification et la préparation visant la création d'un nouveau programme de Télé-AVC à toute étape du continuum des soins de santé.

Section E : Manuscrits et rapports publiés de Télé-AVC		
Nom du document	Source (Groupe de développement, province)	Brève description (contenu, objectif)
CADTH Telestroke Report 2008	ACMTS	
A review of the evidence for the use of telemedicine within stroke systems of care: a scientific statement from the American Heart Association/ American Stroke Association	Schwamm LH, Holloway RG, Amarenco P, et al. Stroke 2009;40:2616-34.	

Section F : Rapports d'évaluation de Télé-AVC		
Nom du document	Source (Groupe de développement, province)	Brève description (contenu, objectif)