

Programme

Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC)



Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation de tous les membres des différents comités AVC nommés ci-dessous. À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement des meilleures pratiques.

Comité tactique AVC

Isabelle Allaire, coordonnatrice des soins infirmiers, volet opérations 2^e ligne, DSIEU
Chantal Billard, chef d'imagerie médicale, Pôle 2, DSPEM
Jean-Marc Breton, coordonnateur régional, Services préhospitaliers d'urgence, CISSS Montérégie-Centre
Chantal Careau, directrice adjointe, volet qualité et évolution de la pratique, DSIEU
Karine Cervera, chef de service, volet réadaptation (mission hospitalière et cliniques externes), DSMREU
Vicky Charpentier, agente de gestion de personnel (DO), DRHCAJ
Suzanne Chèvrefils, coordonnatrice clinico-administrative médecine spécialisée, DSPEM
Josée Ferland, conseillère cadre à l'enseignement universitaire, DSIEU
Hélène Lamalice, directrice adjointe, volet opérations, DSMREU
Annie Marceau, ICASI - responsable prévention et contrôle des infections, DSIEU
Marc-André Massé, chef de l'urgence et de l'unité hospitalière brève, Pôle Jardins-Roussillon, DSPEM
Marie Pavageau, coordonnatrice fluidité-corridors de service, DSPEM
Marie-Ève Poirier, agente d'information (communications), DRHCAJ
Geneviève Reid, chef des soins intensifs, DSPEM
Manon Rousse, coordonnatrice Soutien à l'autonomie personnes âgées, Pôle 2, DPSAPA
Ysabelle Marleau, coordonnatrice des programmes spécialisés 7 ans et + DM-DL, DPD
Éric St-Onge, chef de l'unité de médecine du 1^{er} Est (Hôpital Anna-Laberge), DSIEU
Pamela Arnott, chef de l'unité de médecine du 2^e B (Hôpital du Suroît), DSIEU

Comité consultatif AVC

Priscilla Bélanger, travailleuse sociale, DSMREU
Mélanie Caron, chef du département de la pharmacie (Hôpital Anna-Laberge), DSPEM
Élise Dehem, chef de service GA-URFI-UTRF (Hôpital Anna-Laberge), DPSAPA
Karine Demers-Decastro, ergothérapeute, DSMREU
Karelle Deniger, chef de l'urgence et de l'unité hospitalière brève (Hôpital du Suroît), DSPEM
Anne-Marie Duval, physiothérapeute, DSMREU
Isabelle Fontaine, orthophoniste, DSMREU
Daniel Gingras, physiothérapeute, DSMREU
Audrey Godin-Pelletier, infirmière support clinique soins critiques, DSIEU
Marie-Claude Lacroix, infirmière support clinique soins critiques, DSPEM
Martine Hébert, ergothérapeute, DSMREU
Alexandre Kingsley, orthophoniste, DSMREU
Marjolaine Labelle-Robert, physiothérapeute, DSMREU
Caroline Laguë, nutritionniste, DSMREU
Annick Lavallée, coordonnatrice soins infirmiers aux opérations 1^{ère} ligne et services ambulatoires, DSIEU
Marie-Ève Lazure, coordonnatrice clinique URFI, DPD
Geneviève Leboeuf, conseillère en soins infirmiers, DSIEU
Ysabelle Marleau, coordonnatrice des programmes spécialisés 7 ans et + DM-DL, DPD
Christine Mills, chef de programme DM-DL 7 ans et plus, DPD
Manon Ostiguy, assistante-chef en physiothérapie, DSMREU
Karine Paulin, chef de laboratoire, DSPEM
Karine Simard, chef d'imagerie médicale, Pôle 1, DSPEM

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, octobre 2019.
Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

Liste des abréviations et des acronymes	5
Lexique	6
Avant-propos	8
Introduction.....	9
1. Définition de la problématique et de la clientèle-cible	10
1.1. Prévalence	10
1.1.1. Portrait de la situation (Québec et le CISSS de la Montérégie-Ouest)	10
1.2. La problématique de l'AVC	10
1.2.1. Types d'AVC	11
1.2.2. Facteurs de risque de l'AVC	12
1.2.3. Interventions recommandées suite à un AIT	13
1.2.4. Traitements de l'AVC ischémique aigu.....	13
1.2.5. Traitement de l'AVC hémorragique	14
1.2.6. Autre traitement	15
1.2.7. Gravité, séquelles et impacts de l'AVC	15
2. But et objectifs.....	17
2.1. But.....	17
2.2. Objectif général	17
2.3. Objectifs spécifiques	18
3. Théorie du programme.....	18
3.1. Données probantes en lien avec l'intervention	18
3.1.1. Sensibilisation à l'AVC.....	18
3.1.2. Prévention primaire et secondaire de l'AVC.....	19
3.1.3. Prise en charge rapide en phase hyperaiguë.....	22
3.1.4. Hospitalisation sur une unité AVC et prise en charge par une équipe multidisciplinaire en phase aiguë	22
3.1.5. Réadaptation suite à un AVC	23
3.1.6. Réintégration dans la communauté.....	26
3.2. Moyens prioritaires projetés pour atteindre les objectifs.....	28
4. Ressources	35
4.1. Ressources humaines : rôles et responsabilités	35
4.2. Formation	36
4.2.1. Formations spécifiques au programme AVC.....	36
4.2.2. Formations spécifiques aux phases du continuum	36
5. Mécanisme de référence	37
5.1. Critères d'inclusion et d'exclusion	37
5.2. Critères de fin d'intervention	37
6. Planification de l'évaluation.....	38
6.1. Variables à évaluer	38
6.2. Indicateurs de suivi	38

7. Conclusion	43
8. Liste des annexes.....	43
Références	44
ANNEXE A Modèle logique du programme.....	49

Liste des abréviations et des acronymes

AIT	Accident ischémique transitoire
AVC	Accident vasculaire cérébral
CH1	Centre primaire AVC
CH1+	Centre primaire plus AVC
CH2	Centre secondaire AVC
CH3	Centre tertiaire AVC
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DMS	Durée moyenne de séjour
DPD	Direction des programmes Déficiences
DPSAPA	Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
DSIE	Demande de service interétablissement
DSIEU	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire
DSMREU	Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire
DSPM	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical
ENC	Échelle neurologique canadienne
HAL	Hôpital Anna-Laberge
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
NIHSS	<i>National Institutes of Health Stroke Scale</i>
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
RAD	Retour à domicile
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
SAD	Soutien à domicile
SIPAD	Système d'information pour les personnes ayant une déficience
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
TMD	Tomodensitométrie
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Lexique

Accident ischémique transitoire	Il s'agit d'un bref épisode de déficit neurologique causé par l'ischémie d'une partie du cerveau, des rétines ou de la moelle épinière, avec des symptômes cliniques et une absence d'infarctus cérébral à l'imagerie. L'AIT et l'AVC mineur sont des continuums. La durée ne suffit pas à les différencier, mais en général, un AIT dure moins d'une heure ¹ .
Aphasie	Perte de la capacité de parler ou de comprendre le langage par suite d'une lésion affectant les zones spécialisées du cerveau responsables de ces fonctions, qui empêche le patient de s'exprimer, de comprendre ou de lire et d'écrire (INESSS, 2012).
Anosognosie	Inconscience ou négation d'une personne face à une maladie, une incapacité ou un déficit dont elle est atteinte (OQLF, 1998 dans INESSS, 2015).
Athérosclérose	L'athérosclérose se caractérise par l'accumulation de dépôts de graisses (plaque d'athérome) dans les artères, qui perdent alors de leur élasticité (durcissent) et se rétrécissent ² .
Controlatéral	Qui appartient au côté du corps opposé au point de référence (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada & Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, 2018).
Dysphagie	Anomalie de la déglutition qui peut survenir après un AVC (INESSS, 2012).
Fonctions exécutives	Fonctions cognitives habituellement associées aux lobes frontaux, dont la planification, le raisonnement, la perception du temps, les comportements complexes axés sur un objectif, les processus décisionnels et la mémoire de travail (INESSS, 2012).
Hémiparésie	Faiblesse d'un côté du corps (légère, modérée ou grave) pouvant être le résultat d'un AVC et être accompagnée de déficits sensoriels ou autres déficits neurologiques ³ .
Négligence	Peut être minime, à savoir que la personne ne reconnaît pas les stimuli simultanés (par exemple : le médecin touche les deux bras à la fois, mais le patient perçoit uniquement le toucher du bras droit) ou graves (le patient n'a pas conscience de son propre bras ou jambe gauche) (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada & Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, 2018).
Tomodensitométrie	Technique d'imagerie qui permet d'obtenir des images radiographiques de la tête présentées sous la forme d'une série de minces tranches révélant les détails de l'anatomie du cerveau. Dans certains cas, un agent de contraste peut être injecté afin de permettre une meilleure visualisation des tissus et des vaisseaux et de rehausser la qualité des images. Ces images peuvent aider à déterminer si un AVC a été causé par un caillot sanguin (AVC ischémique) ou par un saignement non maîtrisé (AVC hémorragique). Il s'agit souvent de l'un des premiers tests diagnostiques demandés pour une personne qui a subi un AVC ⁴ .

¹ Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2018. Aperçu, méthodologie et transfert des connaissances. Disponible à : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/apercu-methodologie-et-transfert-des-connaissances>

² Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2018. Athérosclérose. Disponible à : <https://www.coeuretavc.ca/coeur/problemes-de-sante/atherosclerose>

³ Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2018. Aperçu, méthodologie et transfert des connaissances. Disponible à : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/apercu-methodologie-et-transfert-des-connaissances>

⁴ Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2018. Aperçu, méthodologie et transfert des connaissances. Disponible à : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/apercu-methodologie-et-transfert-des-connaissances>

Statine	Les statines sont des médicaments prescrits pour réduire le taux de cholestérol dans le sang. Les statines contribuent à freiner l'accumulation de plaque dans les vaisseaux sanguins. Également, elles préviennent l'aggravation de la plaque existante ⁵ .
Sténose carotidienne	La carotide interne est une artère située dans le cou. Celle-ci monte vers le cerveau pour apporter l'oxygène nécessaire à son bon fonctionnement. Cette artère peut s'obstruer par des dépôts de graisse dans la paroi de l'artère, ce qui entraîne une sténose ⁶ .

⁵ Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2018. Médicaments. Disponible à : <https://www.coeuretavc.ca/avc/traitements/medicaments>

⁶ Société de chirurgie vasculaire et endovasculaire de langue française, 2019. Qu'est-ce qu'une sténose carotidienne? Disponible à : <http://www.vasculaire.com/fr/Maladies/Stenose-Carotidienne/Qu-est-ce-qu-une-stenose-carotidienne>

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie près de 8 850 personnes et 560⁷ médecins à travers plus de 120 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), consiste à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

⁷ Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

En considérant les impacts de l'accident vasculaire cérébral (AVC) au Québec, dont le risque de mortalité, l'atteinte à la qualité de vie de la personne et les coûts engendrés au niveau du système de santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a entrepris de revoir les soins et les services offerts aux personnes qui en ont souffert, en organisant les soins à travers un continuum, afin d'améliorer la continuité, la qualité et l'accès à ces services. Le Programme Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral s'inscrit à travers les orientations ministérielles 2013-2018⁸, à savoir :

- Reconnaître l'AVC comme une urgence médicale à chrono dépendance;
- Admettre les patients ayant subi un AVC directement à une unité AVC, et ce, le plus rapidement possible;
- Offrir des services de réadaptation coordonnés spécifiques à l'AVC;
- Rendre accessible l'expertise en maladie cérébrovasculaire à l'ensemble de la population québécoise.

De ces grandes orientations découlent cinq objectifs généraux⁹ :

1. Améliorer l'état de santé de la population à risque de subir ou ayant subi un AVC;
2. Offrir des soins et des services centrés sur les besoins et les attentes des personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC ainsi que sur les besoins et les attentes de leurs proches;
3. Assurer l'accès aux soins et aux services, en temps opportun, à l'ensemble de la population du Québec;
4. Permettre une flexibilité et une adaptabilité dans l'approche en fonction des besoins particuliers des régions, des données épidémiologiques disponibles, de la recherche et des nouvelles technologies;
5. Améliorer la performance du système de santé pour la clientèle ciblée.

Ce programme présente le Continuum de services pour les personnes à risque ou ayant subi un AVC dont les soins sont organisés à l'intérieur de six phases à travers lesquelles nous retrouvons des actions communes et de transition :

1. Sensibilisation du public;
2. Prévention primaire de l'AVC;
3. Hyperaiguë (0-24h);
4. Aiguë (jours 1 à 7);
5. Réadaptation post-AVC (jours 8 à 90);
6. Réintégration et maintien dans la communauté.

Le programme comprend une description des objectifs spécifiques visés par les phases du continuum AVC ainsi que les moyens prioritaires projetés pour les atteindre en accord avec les pratiques optimales canadiennes en soins AVC et les attentes du ministère de la Santé et des Services sociaux. À partir de ce programme, des guides d'accompagnement spécifiques ont été élaborés afin de définir les trajectoires de soins et les procédures cliniques associées à chaque phase du continuum AVC.

Ce document s'adresse à l'ensemble des infirmiers, infirmiers auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, intervenants, gestionnaires, professionnels et médecins participant aux soins et services offerts aux usagers à risque de subir ou ayant subi un AVC, de la sensibilisation à la réintégration dans la communauté.

⁸ Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral – Orientations ministérielles 2013-2018, Gouvernement du Québec, p.2-3

⁹ *Ibid.*, p.4

1. Définition de la problématique et de la clientèle-cible

1.1. Prévalence

En 2012, environ 30 % de la mortalité mondiale était attribuable aux maladies cardiovasculaires, ce qui représente 17,5 millions de personnes. Parmi ces décès, 6,7 millions étaient dus à un AVC (OMS, 2018).

Au Canada, chaque année, environ 62 000 personnes victimes d'un AVC ou d'un AIT sont traitées dans les hôpitaux canadiens. Nous retrouvons plus de 400 000 Canadiens qui vivent avec une incapacité persistante associée à l'AVC. Avec le vieillissement de la population et l'augmentation du taux d'obésité et des comorbidités associées, nous estimons que les chiffres au niveau national pourraient doubler au cours des vingt prochaines années (Bulletin de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2017).



L'AVC ainsi que les autres problèmes vasculaires cérébraux sont la troisième cause de mortalité au Canada (CANSIM, 2014 dans Boulanger, Lindsay et al., 2018)

Lors de la publication de son bulletin sur l'AVC en 2018, la Fondation des maladies du cœur a fait ressortir qu'au Canada, toutes les 17 minutes, une femme subit un AVC. Plus précisément, ceci représente 85 femmes par jour dont 18 en décèdent. Lorsque nous comparons les hommes aux femmes, celles-ci sont 35 % plus à risque de mourir durant l'année suivant leur AVC et 24 % sont plus susceptibles d'en mourir au cours des 5 années suivantes. Il est à noter que ces statistiques ont été établies à partir du nombre réel de décès. Cette différence peut s'expliquer en considérant les variables suivantes : les femmes subissent un AVC à un âge plus avancé que les hommes et la sévérité de leur AVC est plus élevée. En effet, la gravité de leur AVC peut être associée à la présence antérieure de problématiques physiques ou cognitives, ou d'une fibrillation auriculaire.

1.1.1. Portrait de la situation (Québec et le CISSS de la Montérégie-Ouest)

Chaque année au Québec, environ 20 000 personnes sont victimes d'un AVC (MSSS, 2017).

En 2016, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a élaboré un portrait du traitement vasculaire ischémique en phase hyperaiguë au Québec. Parmi les 3 152 usagers qui se sont présentés dans les centres hospitaliers du Québec, entre le 1^{er} octobre 2013 et le 31 mars 2014 en raison d'un AVC ischémique, environ la moitié de ceux-ci étaient des femmes dont 25 % étaient âgées de plus de 85 ans.

Sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest, le nombre d'usagers hospitalisés avec AVC comme diagnostic principal est passé de 318 cas en 2014-2015 à 326 cas en 2016-2017.

1.2. La problématique de l'AVC

L'AVC survient lorsqu'il y a une interruption du flux sanguin dans une artère du cerveau, créant ainsi une lésion soudaine. Les cellules cérébrales de la zone touchée sont privées d'oxygène et de nutriments, ce qui les endommage. Ce phénomène nuit également aux fonctions que ces cellules commandent. Les neurones qui meurent ne peuvent reprendre leur fonctionnement normal et il est impossible de les remplacer (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2018; OMS, 2017).

L'AVC est une urgence médicale à chrono dépendance : chaque minute qui s'écoule, 1,9 million de neurones, 13,8 milliards de synapses et 12 km de fibres axonales sont détruits, et ce, de manière permanente et irréversible. Cette perte équivaut, pour chaque heure d'attente, à un vieillissement de 3,6 années (Saver, 2006). Il est à noter que la gravité des AVC ainsi que leurs séquelles varient selon le type d'AVC. En effet, les séquelles dépendent de la partie atteinte du cerveau ainsi que de l'étendue des dommages (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2016).

1.2.1. Types d'AVC

Il existe deux principaux types d'AVC, soit **ischémique** et **hémorragique** (figure 1).

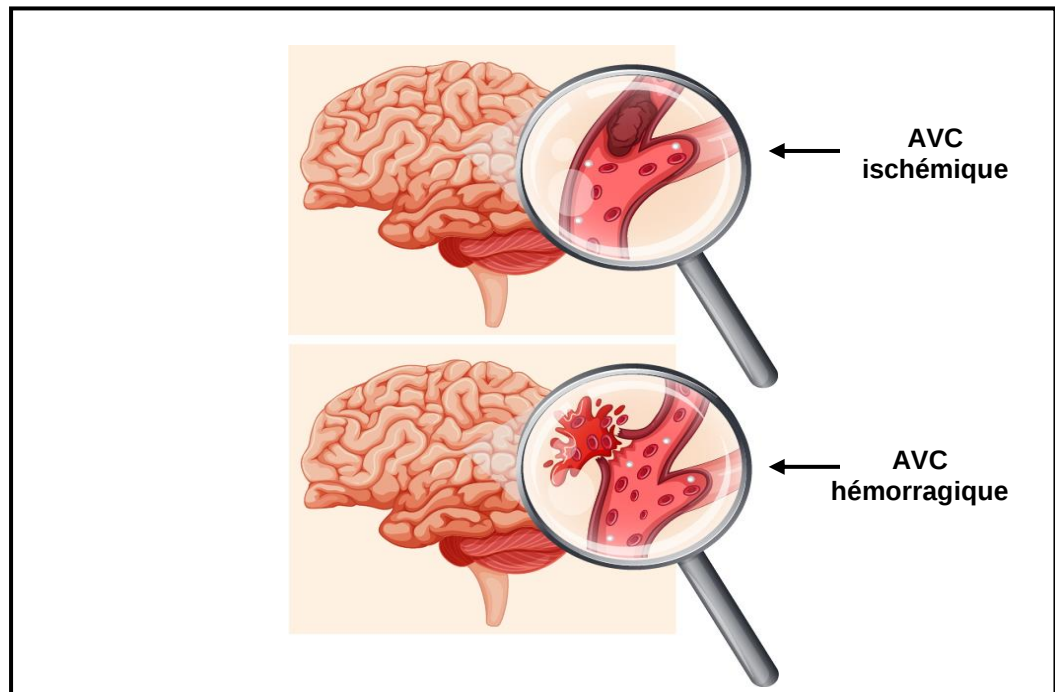


Fig. 1 – Illustration d'un AVC ischémique et d'un AVC hémorragique

L'AVC ischémique apparaît lorsqu'un caillot bloque un vaisseau sanguin, ce qui empêche le sang de circuler vers une région particulière du cerveau. L'obstruction peut également résulter de la présence d'une plaque qui se forme sur la paroi interne d'une artère. À mesure que des globules rouges et des lipides se collent à cette plaque, l'obstruction grossit jusqu'à bloquer la circulation sanguine. Lorsqu'un caillot de sang obstrue une artère du cerveau, l'AVC est dit thrombotique. Dans le cas où le caillot se forme dans une artère d'une autre partie du corps (souvent le cœur) et se déplace dans la circulation sanguine du cerveau, l'AVC est dit embolique (The Internet Stroke Center, 2018).

L'AVC ischémique est le type le plus fréquent. Il représente 80 % des cas.

L'AVC hémorragique survient quant à lui plus rarement, soit dans 20 % des cas. Il se manifeste lorsque des vaisseaux sanguins affaiblis se rompent, causant ainsi un épanchement de sang dans les tissus cérébraux.

Lorsque le saignement vient d'un vaisseau sanguin étant situé entre le cerveau et le crâne, il s'agit d'une **hémorragie sous-arachnoïdienne**. Cependant, lorsque le saignement vient d'un vaisseau sanguin situé dans le cerveau, il s'agit d'une **hémorragie intracérébrale** (CHUM, 2017).

Il existe un autre type d'événement qui s'apparente à un AVC, soit l'accident ischémique transitoire (AIT), anciennement appelé ischémie cérébrale transitoire (ICT), que nous qualifions parfois aujourd'hui de « mini-AVC ». Un **accident ischémique transitoire** correspond à l'occlusion temporaire d'une artère par un petit caillot sanguin. Les symptômes d'un AIT sont similaires à ceux d'un AVC, mais ils se résorbent au bout de quelques minutes à moins d'une heure. Il s'agit donc ici d'un avertissement quant à la survenue possible d'un AVC. En effet, le risque de subir un AVC après un AIT est particulièrement important dans les jours et les semaines suivant le premier épisode et un tiers des personnes en seront victimes au cours de l'année suivante (American Stroke Association, 2017). Bien qu'il n'entraîne pas de dommages irréversibles, l'AIT doit néanmoins être pris au sérieux et constitue une urgence médicale.

Finalement, parmi la liste des types d'AVC, nous retrouvons aussi l'AVC silencieux. Celui-ci survient lorsqu'un petit vaisseau sanguin se bouche de façon permanente et la majorité des personnes qui en subissent ne s'en rendent pas compte. Malgré la mort des cellules avoisinantes dans la zone touchée du cerveau, nous n'observons pas de dommages extérieurs ou d'impacts sur les fonctions, c'est-à-dire qu'aucun impact n'est observé au niveau de l'activité musculaire ou des habiletés motrices. Ce type d'AVC a un effet sur la surface blanche du cerveau assurant la connexion entre les différentes régions de la substance grise. Ce phénomène peut avoir un impact sur les fonctions exécutives, par exemple, le traitement de l'information, la mémoire à court terme, la résolution de problèmes, la planification, le raisonnement, la prise de décision, etc. (Fondation des maladies du cœur et l'AVC du Canada, 2016).

1.2.2. Facteurs de risque de l'AVC

Selon la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2017), 9 Canadiens sur 10 ont au moins un facteur de risque associé aux maladies du cœur et à l'AVC. Il est reconnu que plus une personne présente des facteurs de risque, plus elle est à risque de subir un AVC.

Voici un tableau résumant les facteurs de risque tels que présentés par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (tableau I).

Tableau I
Facteurs de risque de l'AVC¹⁰

Facteurs de risque que nous pouvons maîtriser	
Problèmes médicaux	Habitudes de vie
• Hypertension artérielle • Taux élevé de cholestérol sanguin • Fibrillation auriculaire (rythme cardiaque irrégulier) • Sténose carotidienne • Diabète • Athérosclérose intracrânienne	• Mauvaise alimentation • Manque d'activité physique • Obésité • Tabagisme • Consommation excessive d'alcool • Consommation de drogue à usage récréatif • Utilisation de contraceptifs ou traitement hormonal substitutif

¹⁰ Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2017.

Facteurs de risque que nous ne pouvons pas maîtriser

- Âge
Le risque d'AVC augmente avec l'âge.
- Sexe : les hormones exercent une influence sur le risque de maladies du cœur et de l'AVC
Par exemple, lors de la grossesse et suite à la ménopause chez les femmes.
- Antécédents familiaux de maladies du cœur ou d'AVC/AIT
Les antécédents familiaux réfèrent aux parents, aux frères et sœurs ainsi qu'aux enfants.
- Origine autochtone, origine sud-asiatique ou africaine

Voici quelques statistiques supplémentaires concernant les facteurs de risque (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2017) :

- Les personnes souffrant de diabète sont deux fois plus à risque de subir un AVC ou une crise cardiaque que celles qui n'en souffrent pas;
- La fibrillation auriculaire est une forme d'arythmie qui multiplie par trois à cinq fois le risque d'AVC.

1.2.3. Interventions recommandées suite à un AIT

Les usagers qui présentent un AIT ou un AVC ischémique non invalidant doivent se diriger dans un milieu ambulatoire ou un hôpital afin d'être évalués. Ils doivent être pris en charge rapidement par une équipe de soins de santé spécialisée en AVC afin de réduire les récurrences d'un AVC plus grave (Boulanger, Lindsay et al., 2018).

Selon ces mêmes auteurs, l'évaluation initiale comprend plusieurs modalités, dont l'imagerie du cerveau, l'imagerie médicale non évasive, un ECG à 12 dérivations et des examens de laboratoire. Également, ces usagers devront être évalués afin d'attester s'il y a présence ou non de déficits neurologiques et d'incapacités fonctionnelles (par exemple, évaluation cognitive, dépistage de la dépression, dépistage de la capacité à conduire une automobile, besoin de séances de réadaptation et de soutien aux activités de la vie quotidienne). Le traitement peut comprendre, entre autres, la prise en charge de la pression artérielle, du diabète, des lipides, de la fibrillation auriculaire, de la sténose carotidienne et l'athérosclérose intracrânienne, ainsi que des changements au mode de vie incluant une alimentation saine et équilibrée, l'activité physique et la réduction de la consommation d'alcool (Wein et al., 2017).

1.2.4. Traitements de l'AVC ischémique aigu

Selon la dernière révision des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (2018), il existe deux traitements principaux reconnus pour traiter un AVC ischémique aigu, soit la thrombolyse et la thrombectomie.

Thrombolyse

La **thrombolyse** consiste en l'injection intraveineuse d'un médicament afin de provoquer la lyse (désagrégation) du thrombus (caillot sanguin). Selon Boulanger, Lindsay et al. (2018), les essais cliniques réalisés sur une période de 20 ans, au niveau international, ont révélé que la thrombolyse réduit le risque de mortalité ou d'incapacités de 3 à 6 mois suite au traitement. Au Canada, l'altéplase (ou activase rt-PA) par voie intraveineuse est présentement reconnue comme la norme de soins et elle est le seul médicament approuvé pour l'AVC ischémique aigu. Il est à noter que d'autres médicaments font l'objet d'études, mais ils ne sont pas approuvés comme agent de traitement pour les usagers ayant subi un AVC (Boulanger, Lindsay et al., 2018). Une fois dans la circulation sanguine,

l'altéplase se lie à une protéine qui compose le caillot, la fibrine, et active la plasmine, une enzyme protéolytique dont le rôle est de lyser la fibrine. Ainsi, le processus de destruction du caillot est enclenché. Il est important de noter que la décision d'administrer le traitement dépend de l'évaluation de l'équipe médicale incluant celle d'un médecin possédant des connaissances spécialisées en AVC. Cette évaluation tient compte des critères d'inclusion et d'exclusion associés à l'intervention.

Le meilleur moment pour administrer le traitement suite à l'apparition des symptômes de l'AVC n'est pas encore défini avec précision dans les écrits existants sur le sujet. Cependant, selon les données probantes disponibles, ce traitement serait bénéfique jusqu'à 4,5 heures après l'apparition des manifestations symptomatiques associées à l'AVC. Si l'apparition des symptômes dépasse la fenêtre de 4,5 heures, il est recommandé de consulter un médecin ayant une expertise au niveau de l'AVC lorsqu'il est envisagé d'administrer l'altéplase par voie intraveineuse (Boulanger, Lindsay et al., 2018) afin d'évaluer la pertinence de la thrombolyse intraveineuse.

Thrombectomie

La **thrombectomie** ou thérapie endovasculaire est une intervention qui implique l'introduction d'un cathéter au niveau de l'artère fémorale afin de retirer le caillot directement au cerveau. Selon les résultats de l'évaluation de l'usager par l'équipe médicale, dont celle d'un médecin possédant des connaissances spécialisées en AVC, cette intervention est indiquée pour les usagers ayant reçu l'altéplase par voie intraveineuse et pour ceux qui ne sont pas admissibles à la thrombolyse. Comme pour l'administration de la thrombolyse, la décision de faire une thrombectomie est basée sur des critères d'inclusion et d'exclusion précis (Boulanger, Lindsay et al., 2018).

Généralement, la thrombectomie doit être effectuée à l'intérieur d'un délai de 6 heures suivant le début des symptômes de l'AVC. À la suite d'une évaluation médicale rigoureuse, certains usagers ayant des occlusions importantes au niveau de leurs vaisseaux peuvent être traités par thrombectomie dans les 24 heures suivant l'apparition de leurs symptômes d'AVC, ainsi que les usagers qui présentent des symptômes d'AVC à leur réveil (Boulanger, Lindsay et al., 2018). Selon la méta-analyse de Mistry et al. (2017), les données probantes disponibles stipulent que les usagers admissibles à recevoir la thrombectomie devraient recevoir tout de même la thrombolyse. Parmi les conclusions de cette méta-analyse, il est possible de constater de meilleurs résultats au niveau des capacités fonctionnelles, une baisse du taux de mortalité et une hausse du taux de réussite de la recanalisation des vaisseaux chez les usagers ayant reçu les deux traitements. Cependant, Mistry et al. (2017) proposent que des études supplémentaires soient réalisées à partir de groupes de recherche où les critères d'admissibilité à la thrombolyse seraient homogènes.

1.2.5. Traitement de l'AVC hémorragique

En présence d'un AVC hémorragique, un neurochirurgien, en collaboration avec l'équipe soignante, peut recommander une intervention chirurgicale afin de maîtriser le saignement au cerveau, réparer l'artère endommagée ou réduire la pression intracrânienne (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2015). Également, certains médicaments peuvent être administrés afin de réduire le risque que l'usager fasse un autre AVC hémorragique. Ces médicaments visent à baisser la pression artérielle (antihypertenseurs), à contrôler la douleur au niveau du cou et de la tête (analgésiques), ainsi qu'à diminuer le stress et l'agitation augmentant la pression artérielle (sédatifs) (CHUM, 2017).

1.2.6. Autre traitement

Selon les données probantes, le traitement antiplaquettaire suite à un AIT ou à un AVC ischémique aigu est une pratique reconnue. En effet, le groupe de rédaction *Prévention secondaire de l'AVC* (2017) stipule que les agents antiplaquettaires sont incontournables dans la prévention secondaire de l'AVC parce qu'ils réduisent le risque de récurrences. Ils soutiennent que la baisse relative du risque se situe à 25 %. De plus, selon Boulanger, Lindsay et al. (2018), l'utilisation de l'aspirine sur une longue période réduit le risque d'AVC ischémique, d'infarctus du myocarde et de décès relié aux problématiques vasculaires.



Parmi les agents antiplaquettaires, nous retrouvons l'acide acétylsalicylique (ASS), communément appelé Aspirine™.

Dans la littérature, les antiplaquettaires seraient bien tolérés pour la majorité des usagers ayant subi un AIT ou un AVC ischémique (Wein et al., 2017). En considérant les dernières mises à jour des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, les usagers ayant subi un AVC aigu, ne prenant pas déjà des agents antiplaquettaires et qui ne se sont pas vu administrer de l'altéplase (thrombolyse), devraient se voir administrer dans l'immédiat une dose d'acide acétylsalicylique. L'administration de ce médicament devrait se faire du moment que l'imagerie cérébrale exclut une hémorragie intracrânienne et que le dépistage de la dysphagie est complété et réussi (Boulanger, Lindsay et al., 2018). Lors d'essais cliniques sur la thrombolyse et l'utilisation de l'altéplase, les antiplaquettaires, dont l'aspirine, ont été évités tant que la tomodensitométrie (TMD), effectuée 24 heures suite à la thrombolyse, n'ait pas écarté une hémorragie intracrânienne (Boulanger, Lindsay et al., 2018).

1.2.7. Gravité, séquelles et impacts de l'AVC

La gravité de l'AVC dépend des facteurs tels :

- Le type d'AVC (ischémique ou hémorragique);
- La localisation (hémisphère gauche ou droit et lobes atteints);
- L'étendue de la région affectée;
- Les fonctions du corps contrôlées par cette région;
- La durée de l'interruption du flux sanguin.

Les séquelles de l'AVC diffèrent d'une personne à l'autre et peuvent être de gravité faible, modérée ou sévère.

Selon l'hémisphère du cerveau touché et l'étendue de la zone endommagée, les séquelles de l'AVC peuvent être physiques, émotionnelles, comportementales et sociales (Gouvernement du Canada, 2010).

Étant donné qu'un côté du cerveau régit le côté opposé du corps, un AVC survenant du côté gauche du cerveau engendra des complications neurologiques du côté droit du corps et vice versa.

Les séquelles les plus fréquentes chez les usagers ayant subi un AVC sont présentées au tableau II.

Tableau II
Séquelles fréquentes chez les usagers présentant un AVC¹¹

AVC qui survient dans l'hémisphère droit	AVC qui survient dans l'hémisphère gauche
Le côté gauche du corps est affecté et l'AVC peut causer une ou toutes les séquelles suivantes : • Hémiparésie ou faiblesse controlatérale du visage, du bras et de la jambe • Extinction ou perte sensorielle controlatérale dans le bras ou la jambe • Inattention ou négligence hémispatale • Déficit ou négligence dans le champ visuel gauche • Atteintes au niveau de la communication. Par exemple : l'utilisation du langage (la pragmatique), l'organisation du discours, le sens des mots (la sémantique) • Anosognosie • Déviation du regard vers la droite • Impulsivité ou surestimation des habiletés (risque de blessures)	Le côté droit du corps est affecté et l'AVC peut causer une ou toutes les séquelles suivantes : • Hémiparésie ou faiblesse controlatérale du visage, du bras et de la jambe • Perte sensorielle controlatérale dans le bras ou la jambe • Aphasie (<i>Un survivant de l'AVC sur trois reçoit un diagnostic d'aphasie (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2017)</i>) • Perte de vision dans le champ visuel droit • Comportements lents et prudents • Déviation du regard vers la gauche

Séquelles psychologiques et physiologiques

Un AVC peut également entraîner des conséquences émotionnelles et physiologiques, notamment une dépression, une labilité émotionnelle, de la fatigue et de la douleur. Entre 30 et 50 % des personnes vivant avec les séquelles d'un AVC sont touchées par la dépression (Fondation des maladies du cœur de l'AVC du Canada, 2017). La fatigue post-AVC est également une séquelle observable de l'AVC. Elle se caractérise par une grande sensation de fatigue qui reste présente malgré une période de repos. Approximativement, son taux de prévalence varie entre 38 et 73 % chez les personnes ayant subi un AVC. Ce type de fatigue ne s'explique pas par la gravité de l'AVC, son étendue ou la localisation des lésions. Finalement, dans certains cas, cette sensation de fatigue peut avoir un impact négatif sur le processus de réadaptation et de réintégration sociale de la personne (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2017).

Séquelles sur les habitudes de vie

Puisque les incapacités perdurent chez plus de la moitié des personnes ayant subi un AVC, la majorité d'entre elles nécessitent une aide pour exécuter leurs activités quotidiennes comme se nourrir, s'habiller ou se déplacer. Plusieurs doivent recourir à des services intensifs de réadaptation et de soutien en milieu communautaire (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2017). Par conséquent, ces personnes éprouvent des difficultés à retourner au travail, ce qui a une incidence à la fois sur le revenu des ménages et la productivité à l'échelle du pays.

¹¹ Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2018, Rapport du comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC, 2013

Les AVC sont parmi les causes qui entraînent les séjours hospitaliers les plus longs et les plus coûteux. Les coûts associés aux hospitalisations et aux soins durant la première année post-AVC ont été estimés à 107 883 \$ par AVC ischémique invalidant et 48 339 \$ par AVC ischémique non invalidant, pour un total de 2,8 milliards annuellement (Mittmann, 2012). Ces montants n'incluent pas les AVC hémorragiques ni les AIT et AVC légers n'ayant pas nécessité d'hospitalisation.

2. But et objectifs

2.1. But

Le but du programme est d'organiser un continuum de soins et de services basé sur les meilleures pratiques (figure 2) afin d'améliorer la continuité, la qualité et l'accès à ces services aux personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC.

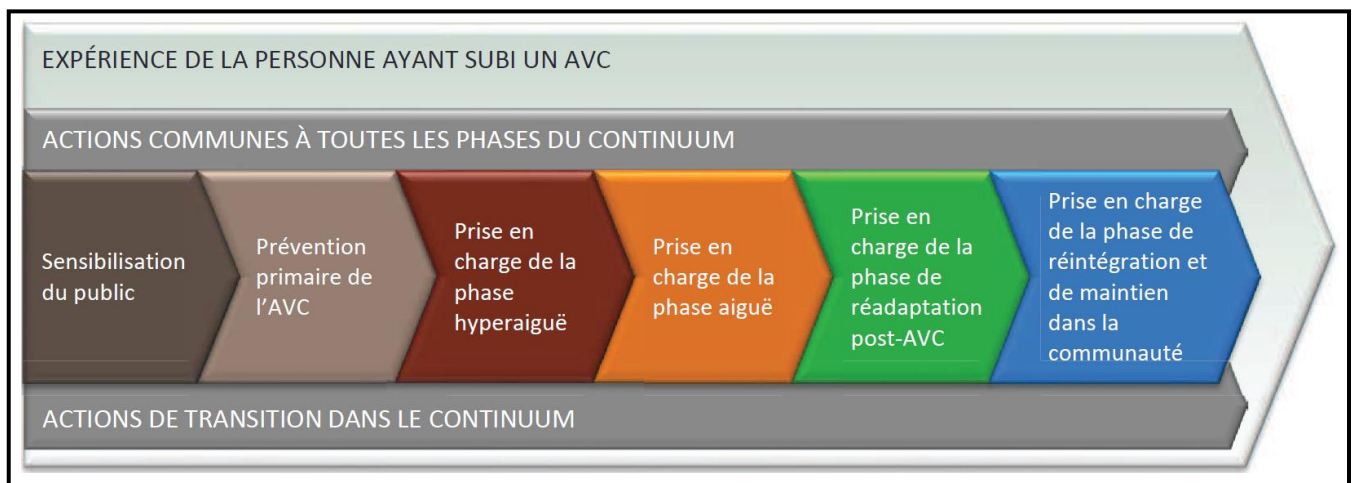


Fig. 2 – Continuum de services¹²

2.2. Objectif général

L'objectif général du *Programme Continuum de services pour les personnes à risque ou ayant subi un accident vasculaire cérébral* est de définir et d'organiser les soins et services, à travers une trajectoire de soins unique et fluide, et ce, afin de rapidement prendre en charge l'utilisateur, de manière à réduire les délais pour limiter les séquelles et favoriser la récupération des capacités motrices et cognitives.

¹² Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral – Plan de mise en œuvre, phase 2016-2018, Gouvernement du Québec, 2017

2.3. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont :

- Sensibiliser la population aux signes de l'acronyme VITE;
- Informer la population des facteurs de risque de l'AVC pour diminuer l'incidence des cas d'AVC;
- Déterminer et implanter une trajectoire de soins optimale, incluant les services préhospitaliers d'urgence jusqu'à la phase de réadaptation;
- Favoriser une réadaptation précoce, spécialisée et adaptée à l'aide d'intervenants formés pour la clientèle AVC;
- Faciliter la réintégration et le maintien de l'utilisateur dans la communauté.

3. Théorie du programme

3.1. Données probantes en lien avec l'intervention

3.1.1. Sensibilisation à l'AVC

L'AVC étant une urgence médicale chrono dépendante, **le temps de réaction avant de demander une aide médicale est déterminant pour l'évolution de la personne subissant un AVC**. En effet, les délais pour recevoir les traitements peuvent avoir des conséquences, par exemple, sur les mouvements, la coordination motrice, la vision et la mémoire de l'utilisateur. Malheureusement, 66 % des personnes ayant subi un AVC ne se rendent pas à l'hôpital à temps pour recevoir les traitements appropriés, ce qui entraîne des séquelles importantes ou même la mort (MSSS, 2017). La reconnaissance des signes de l'AVC (figure 3) par la personne touchée ou ses proches est primordiale afin d'être en mesure de respecter les délais et ainsi optimiser les traitements.

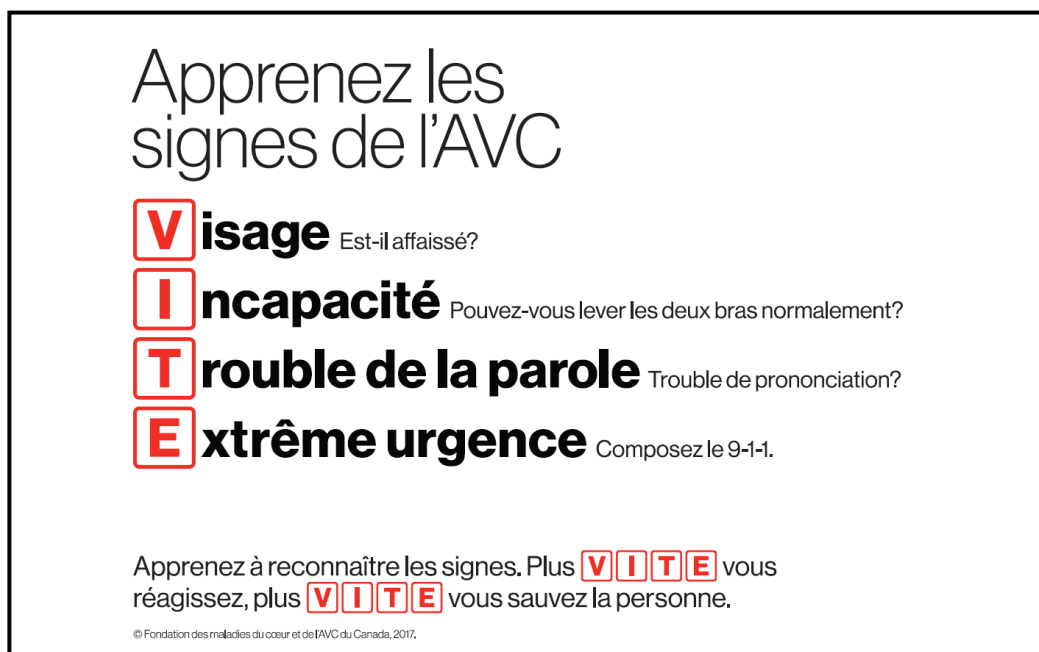


Fig. 3 – Mnémonique VITE © 2019, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada
Reproduit avec la permission de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. www.fmcoeur.ca

Selon les pratiques optimales canadiennes en soins AVC (2015), la campagne de sensibilisation VITE est utilisée dans plusieurs pays, et ce, avec beaucoup de succès.

En mars 2018, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC a présenté les résultats de la campagne de sensibilisation VITE tenue au mois de novembre 2017 au Québec. Les résultats du sondage, illustrés au tableau III, démontrent les effets de la campagne de sensibilisation en comparant les données pré-campagne obtenues en février 2017 avec celles post-campagne obtenues en novembre 2017.

Tableau III
Sondages québécois Campagne de sensibilisation VITE 2017

	Sondage pré-campagne Février 2017	Sondage post-campagne Novembre 2017
Connaître les signes		
0 signe VITE	46%	29%
1 signe VITE	32%	34%
2 signes VITE	17%	24%
3 signes VITE	5%	13%
Reconnaître les signes		
Les 3 signes VITE	5%	13%
2 des 3 signes VITE	22%	37%
1 des 3 signes VITE	54%	71%
Aucun des signes VITE	46%	29%
Visage affaissé	19%	31%
Incapacité de lever les deux bras normalement	19%	32%
Trouble de la parole	49%	58%

En comparant les deux sondages, il est possible de constater que les connaissances ont progressé pour la reconnaissance de tous les signes de l'AVC suite à la campagne de sensibilisation de novembre 2017.

3.1.2. Prévention primaire et secondaire de l'AVC

La prévention primaire est une approche populationnelle visant à prévenir les maladies dans les communautés. Elle se veut également une approche clinique qui vise à prévenir l'apparition d'une première maladie chez l'individu, par exemple, l'AVC (Wein et al., 2017).

La prévention secondaire de l'AVC a pour but de réduire les incidences de récurrences d'AVC chez les personnes **ayant déjà subi un AVC ou un AIT** et chez les personnes présentant une condition de santé ou des facteurs de risque qui augmentent leur niveau de risque à subir un AVC.

3.1.2.1. Habitudes de vie et facteurs de risque

La modification de certaines habitudes de vie et le dépistage des facteurs de risque peuvent contribuer à réduire l'incidence et la récurrence de l'AVC/AIT. De ce fait, les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (2017) se concentrent sur l'élimination des facteurs de risque les plus souvent associés à l'AVC, dont la **modification du mode de vie** en encourageant :

- Une alimentation saine et équilibrée;
- Une réduction de l'apport quotidien en sodium;
- L'abandon de l'usage du tabac;
- L'augmentation de l'exercice physique;
- L'atteinte ou le maintien d'un poids santé;
- L'abandon de la consommation de drogue à usage récréatif;
- La réduction de la consommation d'alcool;
- L'arrêt des contraceptifs oraux et du traitement hormonal substitutif chez les usagères ayant subi un AIT ou un AVC ischémique.

Au niveau médical, la **prévention primaire** encourage, entre autres, le dépistage de l'hypertension et de la dyslipidémie (lipides, cholestérol) et la prise en charge du diabète et de la fibrillation auriculaire. De son côté, la **prévention secondaire** peut, entre autres, viser les mêmes problématiques (Wein et al., 2017).

Au niveau de la littérature scientifique, Feigin et al. (2016) ont étudié 17 facteurs de risque modifiables en lien avec l'AVC.

Au Canada, la charge de l'AVC a été attribuable aux facteurs de risque suivants :

- 28 % pour un indice de masse corporelle (IMC) plus grand que 23;
- 20 % pour les diètes faibles en fruits et légumes;
- 13 % pour les diètes riches en sodium;
- 13 % pour l'usage du tabac;
- 11 % pour le faible niveau d'activité physique.

Les résultats obtenus dans cette étude vont dans le même sens que ceux obtenus dans l'étude de O'Donnell et al. (2016) où 10 facteurs de risque ont été analysés.

Parmi ces facteurs de risque, les probabilités de faire un AVC étaient :

- 2,5 fois plus élevées chez les personnes ayant rapporté un historique d'hypertension;
- 2 fois plus élevées chez les personnes qui consommaient une grande quantité d'alcool;
- Au-delà de 1,5 fois plus élevées pour les fumeurs de tabac.

Hypertension

Selon l'étude avec groupe contrôle de Du et al. (2000), le risque d'AVC est significativement plus élevé chez les personnes qui font de l'hypertension et augmente en présence de facteurs de risque supplémentaires, dont la consommation de tabac et le diabète. Ces auteurs ont stipulé qu'au moins 75 % des AVC chez les personnes souffrant d'hypertension peuvent être évités si elles se font prescrire les traitements appropriés. Au niveau des habitudes de vie, la réduction de l'apport quotidien de sodium amènerait une baisse importante de la tension artérielle (Weil et al. 2017).



L'hypertension est considérée comme le principal facteur de risque d'AVC (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2017).

Gestion des lipides

Selon Wein et al. (2017), la prise en charge des lipides doit s'accompagner d'une modification importante des habitudes de vie, dont l'alimentation. Au niveau médical, la méta-analyse de O'Regan et al. (2008) a évalué les effets du traitement par statines chez les personnes ayant un taux élevé de lipides. Le risque de décès et le risque d'AVC ont été significativement réduits suite à la prescription des statines chez les sujets de l'étude.

Diabète

Le diabète est un facteur de risque considérable de maladies cardiovasculaires. Il est également identifié comme un facteur de risque indépendant de l'AVC ischémique (Wein et al, 2017). Parmi les études qui se sont penchées sur le traitement du diabète et le risque d'AVC, nous retrouvons l'étude de Nathan et al. (2005). Cette étude s'est centrée sur les effets d'une thérapie intensive avec insuline chez les personnes souffrant de diabète de type 1. Selon les résultats obtenus, ce traitement intensif a été associé à une réduction significative du risque de subir un premier AVC ou de mourir suite à une maladie cardiovasculaire. Malgré la présence de recherches portant sur le traitement médical du diabète, Wein et al. (2017) soulignent que la prise en charge du diabète est également associée à un ensemble de mesures visant la modification du mode de vie de la personne.

Fibrillation auriculaire

Finalement, la prise en charge de la fibrillation auriculaire est un facteur de protection important face à l'AVC. En effet, il est reconnu que le traitement de la fibrillation auriculaire par l'utilisation d'anticoagulants peut contribuer à la prévention d'un AVC chez les usagers vivant avec cette condition médicale (Wein et al., 2017).

3.1.3. Prise en charge rapide en phase hyperaiguë

Considérant que la majorité des personnes victimes d'un AVC ischémique (71 % à l'échelle de la province) se rendent à l'hôpital en ambulance, il est primordial que les techniciens ambulanciers paramédics soient formés pour reconnaître rapidement les AVC et qu'ils puissent diriger l'usager au bon endroit, après avoir avisé le centre hospitalier receveur pour la mise en tension de l'équipe à l'urgence (INESSS, 2016).

Les délais avant le dépistage et l'évaluation de l'AVC à l'urgence ainsi qu'avant le début des traitements sont cruciaux pour la personne en phase hyperaiguë de l'AVC.

En effet, une étude menée par Watkins et al. (2013) a rapporté que les diagnostics officiels d'AVC à l'urgence ont augmenté de 63 % à 80 % suite à la formation des techniciens ambulanciers paramédics sur la reconnaissance des symptômes de l'AVC (Boulanger, Lindsay et al., 2018). Également, dans une étude incluant 27 566 usagers avec un AVC présumé suite à l'évaluation des techniciens ambulanciers paramédics, le temps moyen relié au transport, comprenant le temps pour se rendre sur les lieux, le temps passé sur les lieux, le temps pour se rendre à l'urgence et le temps total du transport en ambulance, aurait significativement diminué par rapport aux usagers avec AVC n'ayant pas été identifiés par les techniciens ambulanciers paramédics (Caceres et al., 2013 dans Boulanger, Lindsay et al., 2018).

Cette meilleure reconnaissance et prise en charge des symptômes de l'AVC par les services préhospitaliers d'urgence contribuent à offrir plus rapidement les traitements AVC à l'urgence où chaque minute compte, tels que la thrombolyse et la thrombectomie qui doivent être administrées dans les 4,5 à 6 heures suite au début des symptômes. Afin de déterminer si l'usager subit un AVC et de prendre une décision par rapport à l'administration de la thrombolyse ou de la thrombectomie, en respect avec la fenêtre optimale de traitement, divers examens doivent être faits, dont l'imagerie neurovasculaire. Tous les usagers pour lesquels nous présumons un AVC devraient être soumis immédiatement à l'imagerie neurovasculaire (Boulanger, Lindsay et al., 2018). Également, les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* stipulent clairement qu'une imagerie neurovasculaire doit être faite immédiatement pour tous les usagers avec une hypothèse d'AVC ischémique dont l'arrivée à l'urgence se situe entre 6 à 24 heures après le début des symptômes et pour qui la thrombectomie est envisagée (Boulanger, Lindsay et al., 2018).



À retenir

Les premières heures suivant l'apparition des symptômes sont déterminantes pour l'évolution de l'état de santé de l'usager et c'est la raison pour laquelle toutes les étapes de prise en charge doivent être optimisées pour limiter les séquelles et maximiser les chances de rétablissement.

3.1.4. Hospitalisation sur une unité AVC et prise en charge par une équipe multidisciplinaire en phase aiguë

Une fois les traitements optimaux reçus selon le diagnostic et la condition de l'usager, il importe que ce dernier soit hospitalisé sur une unité AVC, soit une unité physiquement distincte ou, du moins, une unité où sont regroupés tous les usagers ayant subi un AVC. Dans cette unité, une équipe interdisciplinaire ayant une expertise spécialisée en soins de l'AVC et composée de médecins, de personnel infirmier, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, de nutritionnistes et de travailleurs sociaux est consacrée à la prise en charge des usagers ayant subi un AVC. Les membres de l'équipe entreprennent très tôt le processus de réadaptation, se rencontrent régulièrement et sont dans un processus de formation et d'apprentissages continus afin de développer et

maintenir leur expertise en AVC (Hébert et al., 2015). La durée du séjour d'un usager sur une telle unité se situe entre 7 à 10 jours (INESSS, 2012).

Les hospitalisations dans les unités AVC, comparativement aux services de soins généraux, sont associées à une réduction significative de 19 % de la probabilité de décès, de perte d'autonomie et de soins en hébergement (21 %) après un an (Revue Cochrane, 2013). Elles sont aussi associées à une réduction de 12 jours d'hospitalisation (Health Quality Ontario, 2014). En effet, lors du portrait fait du traitement de l'accident vasculaire cérébral ischémique rédigé par l'INESSS en 2016, la réduction de la durée moyenne de séjour est ressortie comme un des effets d'une hospitalisation dans une unité AVC. Il est également spécifié que la durée moyenne de séjour est réduite autant pour les usagers ayant reçu ou non la thrombolyse (Krueger et al., 2012, dans INESSS, 2016).

Finalement, les usagers ayant été admis sur une unité spécialisée en AVC auraient eu moins de complications médicales suite à leur AVC, tout en permettant une mobilisation plus précoce (Teasell et al., 2018, Comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC, 2013).



À retenir

Selon les conclusions de la revue de la littérature de Teasell et al. (2018), les usagers ayant reçu des soins sur une unité spécialisée en AVC ont plus de chances de survie, de retourner à leur domicile et de retrouver leur autonomie.

3.1.5. Réadaptation suite à un AVC

Le processus de réadaptation doit débuter le plus rapidement possible suite à l'épisode d'AVC, soit dès que l'usager est stable médicalement et qu'il est capable d'identifier ses objectifs prioritaires de réadaptation (Hébert et al., 2015). Selon Teasell et al. (2018), les données probantes indiquent que les progrès observés chez les personnes ayant subi un AVC, suite à leur épisode de réadaptation, ne peuvent s'expliquer seulement par un processus de récupération naturel au niveau neurologique.

La réadaptation suite à un AVC se veut un processus dynamique qui permet à la personne vivant des incapacités de retrouver un fonctionnement optimal aux niveaux physique, cognitif, émotionnel, communicationnel, social ainsi qu'au niveau de son autonomie quotidienne.

Réadaptation précoce

Le moment où la réadaptation doit débuter a fait l'objet de nombreuses études. Dans la revue de littérature de Teasell et al. (2018), les auteurs arrivent à la conclusion que la réadaptation précoce est associée à une meilleure récupération des capacités fonctionnelles suite à un AVC. De façon plus précise, l'étude de Musicco et al. (2013) a fait ressortir que les usagers ayant bénéficié de services de réadaptation dans les 7 jours suivant leur AVC ont mieux récupéré leurs capacités après 6 mois que les personnes ayant reçu de la réadaptation dans les 15 jours suivant leur AVC. Ces résultats vont dans le même sens que l'étude longitudinale de Huang et al. (2009) où il a été spécifié que plus le temps d'admission est long pour recevoir des services de réadaptation, moins il y a de progrès observés au niveau de l'autonomie fonctionnelle chez les usagers sur une période d'une année. Même si l'impact positif de la réadaptation précoce est reconnu dans la littérature, Teasell et al. (2018) mentionnent que d'autres études sont nécessaires pour confirmer les données portant sur l'efficacité de la réadaptation précoce.

Selon l'INESSS (2012), la réadaptation précoce devrait permettre :

- La prévention des complications physiques, psychologiques et sociales de l'AVC;
- La préparation de l'utilisateur et de ses proches au processus de réadaptation spécialisée et à la perspective de séquelles permanentes suite à l'AVC, selon le portrait clinique établi par l'équipe interdisciplinaire;
- L'élaboration des premiers objectifs de réadaptation à l'aide d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII);
- La création de liens précoces avec les ressources disponibles dans le milieu de vie de l'utilisateur.

Mobilisation précoce

Dans le cadre du processus de réadaptation, la mobilisation précoce est abordée dans plusieurs études. La mobilisation se définit par les activités de l'utilisateur hors de son lit suite à son AVC, par exemple, s'asseoir au bord du lit, se déplacer de son lit à son fauteuil, se déplacer de son lit à la toilette, etc.

Selon Bernhardt et al. (2015), les prémisses de la mobilisation précoce sont les suivantes :

- Le repos au lit est nuisible au système musculosquelettique, cardiovasculaire, respiratoire et immunitaire;
- Le repos au lit affecte le rétablissement de la personne;
- Les complications reliées à l'immobilité sont fréquentes suite à un AVC, particulièrement lorsque les usagers sont inactifs;
- La fenêtre optimale pour favoriser la réparation et la neuroplasticité du cerveau est de courte durée, donc les interventions doivent débuter rapidement.

La revue de littérature de Teasell et al. (2018) mentionne que les résultats des études recensées amènent les auteurs à être prudents par rapport à la durée des sessions de mobilisation précoce. Ils arrivent à la conclusion que des sessions plus courtes et fréquentes à l'extérieur du lit seraient plus bénéfiques pour la récupération de l'utilisateur que la mise en place de sessions prolongées. Cette recommandation est basée, entre autres, sur les conclusions de l'étude de Bernhardt et al. (2016) où il a été démontré que des mobilisations fréquentes et de courtes durées augmentent les chances de l'utilisateur de retrouver son autonomie fonctionnelle suite à un AVC. Ces auteurs n'ont pas été en mesure de définir clairement le meilleur moment pour débuter la mobilisation précoce auprès des usagers ayant subi un AVC. Selon l'échantillon utilisé dans leur étude, la première mobilisation des patients a été débutée, en moyenne, dans les 20,2 heures qui suivent l'AVC.

En lien avec le moment opportun pour débuter la mobilisation de l'utilisateur ayant subi un AVC, voici les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (Boulanger, Lindsay et al., 2018, p.82) :

- « Une activité physique fréquente et brève hors du lit, comme s'asseoir, se lever et marcher, dans les 24 heures suivant l'apparition de l'AVC est recommandée s'il n'existe aucune contre-indication. Des séances précoces d'activité plus intense ne sont pas plus bénéfiques. Il faut s'en remettre au jugement clinique. »

Les services de réadaptation doivent offrir aux usagers une variété d'interventions thérapeutiques visant la reprise de l'ensemble des habitudes de vie (activités de la vie quotidienne, tâches domestiques, déplacements, relations interpersonnelles, éducation, travail, loisirs, etc.) (INESSS, 2018b). En 2018, l'INESSS a analysé 5 modèles d'organisation de services en réadaptation, soit ceux de l'Australie, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande, l'Ontario et l'Alberta. Ces 5 organisations partagent les pratiques suivantes : l'adoption de définitions communes, une vision intégrée des services de réadaptation ainsi qu'une offre complète et variée de services externes. Ce modèle assure une fluidité et une réponse optimale aux besoins des personnes ayant recours aux services de réadaptation tout en reconnaissant l'apport important de divers types de services externes en réadaptation. En effet, selon Teasell et al. (2018b), les services précoces de réadaptation à domicile permettraient aux usagers, avec des incapacités légères ou modérées suite à leur AVC, d'atteindre un niveau d'autonomie fonctionnel similaire ou supérieur par rapport aux usagers ayant reçu des services de réadaptation à l'interne. Selon l'INESSS (2018b), le congé précoce de l'usager avec modalités de soutien à domicile permettrait également de réduire le nombre d'admissions en hébergement institutionnel.

Plusieurs auteurs se sont penchés sur l'intensité des services de réadaptation internes et externes à offrir aux usagers au cours de la phase post-aiguë de l'AVC. Au niveau des services de réadaptation internes, l'intensité minimale requise est de **3 heures par jour**. Plus précisément, certains auteurs ont indiqué que l'usager devrait bénéficier d'un minimum de **45 minutes** d'intervention par professionnel de réadaptation impliqué dans son suivi, et ce, aussi longtemps qu'il progresse. Il est mentionné que les professionnels devraient accorder **80 %** de leur temps en présence des usagers. Les heures de réadaptation devraient être offertes sur une période de **5 à 6 jours** par semaine (INESSS, 2018a).

En ce qui concerne l'accessibilité aux services de réadaptation à l'interne, il est démontré qu'un accès précoce est fortement corrélé à la récupération des capacités des usagers et à l'amélioration de leur autonomie (INESSS, 2018b).

Au niveau des services de réadaptation externes, la stratégie canadienne recommande que l'usager reçoive minimalement **45 minutes** de thérapie par jour, par discipline, **2 à 5 jours** par semaine en accord avec ses besoins et son niveau de tolérance. La durée recommandée des services externes est d'au moins **8 semaines** (Hébert et al., 2016). Tout comme à l'unité de soins AVC, l'approche interdisciplinaire avec une expertise en AVC est préconisée au niveau des équipes internes et externes de réadaptation (INESSS, 2018b).

Télé-réadaptation

La télé-réadaptation se définit par l'« utilisation des technologies de l'information et des communications pour la prestation de services de réadaptation entre des personnes séparées géographiquement¹³ ». Les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* indiquent que 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 phases aiguë et hyperaiguë et comporte aussi des volets de prévention de l'AVC, de **réadaptation**, ainsi que des soins à domicile et ambulatoires, en vue de soutenir le

¹³ Tiré de AERDPQ, 2015 dans INESSS (2018a). Pratiques organisationnelles en réadaptation à l'échelle nationale et internationale pour la clientèle adulte présentant une incapacité motrice permanente ou temporaire, p. 66

rétablissement optimal du patient ainsi que sa famille, peu importe la région où se trouve le patient¹⁴ ».

Suite à une revue de la littérature menée en 2018, l'INESSS a fait ressortir des données contradictoires en lien avec l'efficacité de la téléadaptation. Par exemple, une revue systématique de 10 études menée par le groupe Cochrane a révélé un manque de preuves démontrant que la téléadaptation est aussi efficace que les interventions thérapeutiques en face à face. Cependant, l'étude de Chen (2016) n'a fait ressortir aucune différence entre les résultats obtenus suite à la téléadaptation et ceux obtenus par les services traditionnels par rapport à l'amélioration des habiletés fonctionnelles de l'utilisateur (INESSS, 2018a). Finalement, les avantages et les inconvénients de la téléadaptation sont énumérés au tableau IV à la page suivante.

Les modalités de téléadaptation sont recommandées par plusieurs guides de pratiques dont ceux s'adressant aux usagers ayant subi un AVC (INESSS, 2018b).

Tableau IV
Avantages et inconvénients de la téléadaptation¹⁵

Avantages de la téléadaptation	Inconvénients de la téléadaptation
- Facilite l'accès aux services de réadaptation dans les régions éloignées - Diminue les déplacements autant pour les usagers que pour les professionnels dans le cadre de la prestation de services à l'externe - Permet de donner un congé de l'hôpital plus rapidement et ainsi entreprendre les services de réadaptation à l'externe - Peut augmenter la fréquence des services - Peut réduire certains coûts reliés aux services	- Ne convient pas aux interventions qui requièrent des techniques manuelles, qui impliquent des adaptations techniques ou la présence d'un proche aidant afin d'assister le professionnel lors des séances à distance - Requiert des connaissances, autant chez les professionnels que chez les usagers, afin d'utiliser les modalités technologiques ainsi que pour résoudre les problèmes de nature technique - Présence d'enjeux au niveau du partage de l'information et de la confidentialité

3.1.6. Réintégration dans la communauté

La réintégration de l'utilisateur dans la communauté ayant subi un AVC est une étape cruciale dans le continuum de services. La communauté scientifique s'est penchée sur plusieurs aspects de la réintégration communautaire et sur les effets de divers programmes et modalités d'intervention, dont le rôle du réseau social, les programmes d'intervention psychosociale, les gestionnaires de cas, les programmes d'éducation, les centres de jour, les groupes d'intervention en ergothérapie, les programmes d'adaptation du milieu de travail, etc. (Salter et al., 2018).

Le but ultime de l'utilisateur au terme de cette phase est d'assumer de nouveau les rôles sociaux qu'il jouait antérieurement à son AVC (Cameron et al., 2016).

Les prochains paragraphes se pencheront sur les données probantes ayant fait l'objet d'un consensus au niveau de la phase de réintégration communautaire suite à un AVC.

¹⁴ Tiré de Blacquié et al. (2017). Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Mise à jour de Télé-AVC 2017, p. 20.

¹⁵ INESSS, 2018a

Activités quotidiennes et loisirs

Une diminution de la participation à des activités sociales et de loisirs est fréquente chez les usagers ayant subi un AVC. Cette baisse de participation peut être reliée à divers facteurs, dont l'accessibilité au transport, la présence de divers problèmes de santé non reliés à l'AVC, le manque d'intérêt pour les activités pratiquées antérieurement, la fatigue et les limites physiques (Salter et al., 2018; O'Connell et al., 2013).

Également, la recension des écrits de Salter et al. (2018) a relevé un manque de confiance chez les usagers par rapport à leur capacité à s'adapter à leurs limites physiques. Ce manque de confiance peut les mener à rester à la maison, ce qui en retour, peut entraîner de l'isolement social. De ce fait, ces auteurs recommandent la mise en place de programmes d'intervention qui encouragent le développement d'une vision positive face à l'avenir, l'acceptation de ses limites physiques et l'utilisation de son réseau social de soutien afin de diminuer la détresse psychologique.

Finalement, Salter et al. (2018) ont comparé les résultats de 6 études sur les impacts des programmes d'intervention en ergothérapie implantés dans la communauté pour les personnes ayant subi un AVC. Les études recensées n'ont pas permis de statuer clairement sur les impacts de tels programmes. Cependant, la méta-analyse de Walker et al. (2014) est arrivée à la conclusion que ces programmes d'intervention en ergothérapie peuvent être associés à de modestes améliorations au niveau de la participation des usagers à des activités de la vie quotidienne et de loisirs.

Sexualité

Selon Cameron et al. (2016), la phase de réintégration communautaire doit intégrer des modalités d'intervention sur la sexualité suite à un AVC. Malgré le manque de données empiriques sur l'efficacité des programmes d'intervention sur la sexualité à la suite d'un AVC, Salter et al. (2018) recommandent que les personnes puissent parler de leurs préoccupations à ce sujet avec des professionnels de la santé, lorsqu'elles en ressentent le besoin. Également, il est proposé d'offrir des séances d'éducation sexuelle afin d'aborder les changements vécus, de développer des stratégies afin de réduire les impacts des dysfonctions sexuelles et de répondre aux questions les plus fréquentes (Hébert et al., 2016). Ces recommandations concernent autant la personne ayant subi un AVC que leur conjoint(e). En effet, lors d'études récentes sur l'impact de l'AVC sur la sexualité des usagers, 42 % des usagers ont constaté des difficultés de la fonction sexuelle, 42 % des usagers n'ont pas observé de changement et 5 % des usagers ont observé une amélioration de leur fonction sexuelle (Seymour et Wolf, 2014; Stein et al., 2013 dans Salter et al., 2018).

Conduite automobile

Au niveau de la reprise de la conduite automobile, il est recommandé qu'une évaluation des fonctions sensorielles, motrices et cognitives de l'utilisateur soit réalisée, idéalement, par un ergothérapeute. Cette évaluation devrait se faire au moins un mois suite à l'AVC, lorsque l'utilisateur indique vouloir conduire de nouveau sa voiture (Cameron et al. 2016, Hébert et al., 2016). Lors de son évaluation, le professionnel de la santé doit tenir compte des éléments suivants : la présence de changements dans la personnalité, le niveau d'alerte et le processus de prise de décisions (Canadian Medical Association, 2010 dans Salter et al., 2018). Advenant le cas où la personne requiert une évaluation plus détaillée, celle-ci est référée à un professionnel de la santé ayant une expertise au niveau de la conduite automobile. Il s'agit souvent d'un ergothérapeute possédant une formation en matière de conduite

Pour la personne, la capacité de conduire est souvent jugée essentielle dans la réalisation de ses activités courantes. Elle aurait également un impact au niveau de son humeur et de son estime de soi (INESSS, 2012).

automobile (INESSS, 2012). Ces recommandations prennent en compte les résultats des études recensées dans l'article de Salter et al. (2018) portant sur les conséquences de l'AVC sur les habiletés nécessaires à la conduite automobile. En effet, parmi les personnes ayant des troubles de santé, les usagers ayant subi un AVC seraient plus à risque d'être impliqués dans un accident dont ils sont responsables (McGwin et al., 2000 dans Salter et al., 2018). Parmi les diverses interventions utilisées afin de permettre à la personne de se préparer à un examen de conduite ou de reprendre la conduite, un programme d'entraînement à l'aide d'un simulateur est recommandé (Hébert et al, 2016).

Réintégration au travail

Selon Salter et al. (2018), des modalités d'intervention seraient nécessaires pour permettre aux usagers qui occupaient un emploi avant leur AVC de réintégrer leur milieu de travail. En effet, Cameron et al. (2016) recommandent que les usagers soient interrogés sur leur intérêt à reprendre leurs anciennes tâches et responsabilités, dont le travail ou le bénévolat. Par la suite, ils recommandent une évaluation pour attester de leur potentiel à reprendre leurs occupations antérieures. L'évaluation initiale des besoins socioprofessionnels devrait avoir lieu au début de la phase de réadaptation. Par la suite, les besoins identifiés devraient être intégrés au plan d'intervention de l'utilisateur (Hébert et al. 2016). La réadaptation professionnelle peut augmenter le taux de prévalence des usagers qui retournent sur le marché du travail suite à un AVC. Cependant, des projets de recherche supplémentaires seraient nécessaires pour bien attester de l'efficacité de ce type d'intervention au cours des prochaines années (Salter et al. 2018).

3.2. Moyens prioritaires projetés pour atteindre les objectifs

Objectif 1 : Sensibiliser la population aux signes de l'acronyme VITE

Moyen 1 : Mettre en place la Campagne de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC

La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC propose deux campagnes de sensibilisation, soit une au printemps et une à l'automne de chaque année. La campagne est menée dans les hôpitaux, dans l'ensemble des installations du CISSS de la Montérégie-Ouest ainsi que dans l'ensemble des cliniques médicales.



En référence au continuum de services AVC :

Le moyen 1 est associé à la phase de **Sensibilisation du public**

Objectif 2 : Informer la population des facteurs de risque de l'AVC pour diminuer l'incidence des cas d'AVC

Moyen 1 : Mettre à contribution les ressources communautaires et les cabinets de médecins (UMF et GMF) auprès de la population du CISSS de la Montérégie-Ouest

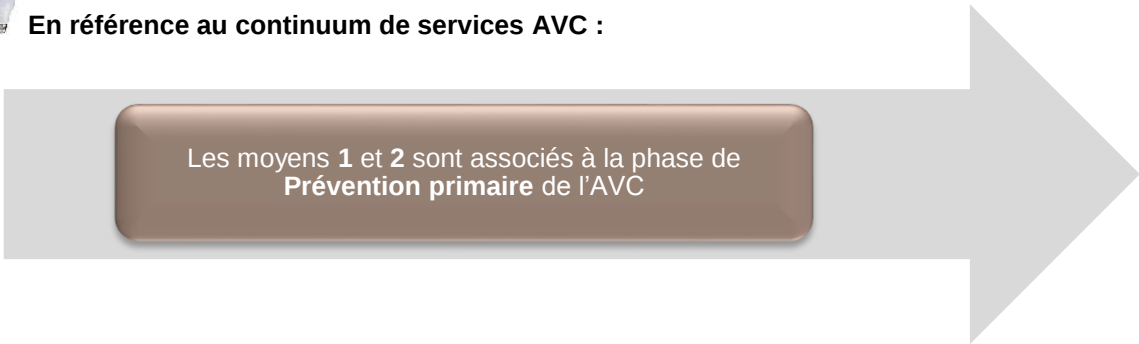
Les ressources communautaires, les cabinets de médecins et les professionnels en première ligne informent la population de l'offre de service en AVC sur le territoire de la Montérégie-Ouest. Également, ces différentes ressources encouragent la population à adopter de saines habitudes de vie.

Moyen 2 : Utiliser les plates-formes Web et les médias sociaux

Le site Web du CISSS de la Montérégie-Ouest et les médias sociaux (page Facebook) permettent de sensibiliser la population ainsi que tous les professionnels et intervenants de notre territoire.



En référence au continuum de services AVC :



Les moyens 1 et 2 sont associés à la phase de
Prévention primaire de l'AVC

Objectif 3 : Déterminer et implanter une trajectoire de soins optimale incluant les services préhospitaliers d'urgence, jusqu'à la phase de réadaptation

Moyen 1 : Mettre en place des protocoles et procédures entre les services préhospitaliers d'urgence (SPU) et le département des urgences

Il existe des protocoles de transport, de communication et de soins préhospitaliers reconnus et établis avec les SPU. À partir du préavis des techniciens ambulanciers paramédics, le personnel de la salle d'urgence se met en tension et le formulaire *Mise en tension de la salle d'urgence par les SPU (10-10, 10-100)* est rempli¹⁶.

Moyen 2 : Hiérarchiser les infrastructures de soins et de services (tableau V)

Les centres hospitaliers sont hiérarchisés en fonction de la désignation qu'ils ont reçue du MSSS, soit tertiaire, secondaire ou primaire.

¹⁶ Formulaire *Mise en tension de la salle d'urgence par les SPU (10-10, 10-100)*

Tableau V
Typologie des centres désignés en AVC

Centre tertiaire (CH3)¹⁷ : « possèdent le personnel, l'infrastructure, l'expertise et les programmes nécessaires pour offrir en tout temps des services diagnostiques et thérapeutiques aux personnes ayant subi un AVC et qui requièrent des soins médicaux et chirurgicaux intensifs, des tests ou des interventions spécialisés et surspécialisés, dont la thrombectomie. Des équipes interdisciplinaires dédiées y œuvrent dans une unité AVC. » Au Québec, il y a 4 CH3 : • Hôpital de l'Enfant-Jésus (CHUQ-Université Laval); • Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS); • Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM); • Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Centre secondaire (CH2)¹⁸ : « possèdent le personnel, l'infrastructure, l'expertise et les programmes nécessaires pour offrir en tout temps des services diagnostiques et thérapeutiques aux personnes ayant subi un AVC, dont la thrombolyse intraveineuse. Des équipes interdisciplinaires dédiées y œuvrent dans une unité AVC. » Centre primaire (CH1)¹⁹ : « offrent des services de santé physique généraux et spécialisés généralement de niveau local. Les centres primaires ont la capacité d'évaluer, de faire le diagnostic d'un patient présentant des signes et symptômes d'un événement vasculaire et d'offrir un traitement de thrombolyse ou de téléthrombolyse lorsqu'indiqué. L'imagerie par tomodensitométrie et les examens de laboratoire de base sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. N'ayant pas l'expertise neurovasculaire sur place, la télémédecine peut être utilisée afin d'offrir des soins de qualité en phases hyperaiguë (stabilisation médicale et administration de la thrombolyse) et aiguë. Les centres primaires doivent obligatoirement offrir les services d'urgence, de radiologie et de laboratoire de biologie médicale. • Les centres primaires qui hospitalisent les victimes d'AVC rendent accessibles les services de médecine spécialisée, les soins intensifs et les services de réadaptation aux usagers ayant subi un AVC (...). • Le centre primaire est soutenu par l'expertise du centre secondaire ou du centre tertiaire de son établissement ou d'un autre établissement avec lequel il a une entente de services (...). Centre primaire plus (CH1+) : un centre primaire offrant la thrombolyse ou la téléthrombolyse et qui offre des soins sur une unité AVC.
--

Moyen 3 : Rédiger des ententes avec un centre tertiaire désigné lorsque les soins et les services requis par l'utilisateur ne peuvent pas être offerts

Un pairage des installations du CISSS de la Montérégie-Ouest avec l'Hôpital Neurologique de Montréal (HNM-CUSM) et une entente formelle avec ce centre tertiaire visent à offrir des services intensifs et des interventions spécialisées et surspécialisées aux usagers. Une procédure claire et connue permet de réduire les délais de transfert et de prise en charge des usagers nécessitant une thrombectomie. Cette entente doit également contenir la procédure de rapatriement du CH3 vers le CH2 dès que l'utilisateur est neurologiquement stable et que les soins tertiaires sont complétés.

¹⁷ CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (2018) Cartable d'information, Protocole AVC aigu, Réseaux montréalais et lavallois de la santé et des services sociaux, p. 6

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ MSSS (2018), Visite de désignation des centres primaires AVC dans le cadre d'une démarche régionale, p 3.

Moyen 4 : Mettre en place une équipe AVC dédiée à l'urgence

L'équipe AVC dédiée à l'urgence est responsable de répondre aux consultations lorsqu'un usager a un diagnostic présumé d'AVC. Il est essentiel que les membres de cette équipe se mobilisent rapidement pour prendre en charge les usagers en phase hyperaiguë de l'AVC, particulièrement suivant le préavis des services préhospitaliers d'urgence, et ce, dès leur arrivée au centre hospitalier.

Moyen 5 : Rendre accessibles l'expertise et le plateau diagnostique en tout temps pour l'évaluation, le diagnostic et le traitement de l'usager

L'expertise est disponible 24 heures par jour, 7 jours sur 7, pour évaluer, diagnostiquer et traiter l'usager, notamment grâce à la thrombolyse lorsque l'usager est admissible.

Moyen 6 : Mettre en place une unité de soins AVC distincte dans l'hôpital

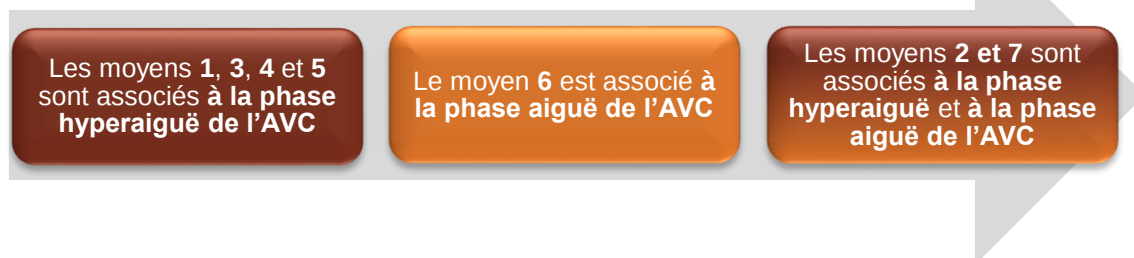
Il existe une unité AVC qui est physiquement distincte dans l'hôpital et qui est dédiée aux soins et services offerts aux usagers ayant subi un AVC. Cette unité permet d'offrir des soins spécialisés et des services de réadaptation précoce tout en assurant un meilleur suivi à travers un continuum de soins optimal. Selon les recommandations du MSSS (2017), la durée de séjour de l'usager sur cette unité est inférieure ou égale à 7 jours.

Moyen 7 : Mettre en place des accueils cliniques pour les usagers ayant subi un AVC léger ou un AIT

Il existe une offre de service pour les cliniques ambulatoires AIT/AVC léger qui offrent des services de dépistage des signes et des symptômes cliniques tout en assurant les services nécessaires pour la prévention des complications. Selon les balises déterminées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, cette clinique doit comprendre une équipe minimalement composée de personnel infirmier et médical.



En référence au continuum de services AVC :



Objectif 4 : Favoriser une réadaptation précoce, spécialisée et adaptée à l'aide des intervenants formés pour la clientèle AVC

Moyen 1 : Définir une offre de service de réadaptation précoce sur l'unité AVC

Selon l'INESSS (2012), l'offre de service vise principalement les aspects suivants :

- L'évaluation initiale des incapacités physiques, cognitives et de la communication, et ce, dans les 24 à 48 heures suivant l'admission de l'usager;
- L'identification des besoins en réadaptation, dont ceux touchant aux dimensions psychosociales et de la communication;
- Le positionnement et la mobilisation précoce afin d'éviter des complications;
- L'évaluation complète des difficultés de déglutition de l'usager lorsqu'une dysphagie est soupçonnée chez celui-ci.

Programme Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC

Moyen 2 : Définir une offre de service externe et interne spécialisée de réadaptation fonctionnelle ou de réadaptation fonctionnelle intensive

La nature de l'offre de service en réadaptation post-accident vasculaire cérébral vise principalement les aspects suivants (INESSS, 2012, p.49) :

- « L'optimisation de la récupération neurologique;
- Le développement d'habiletés favorisant la réalisation des activités quotidiennes, domestiques et socioprofessionnelles ainsi que l'exercice des rôles sociaux;
- L'enseignement de stratégies compensatoires en lien avec les incapacités résiduelles;
- La réalisation des habitudes de vie par la réduction des obstacles physiques, psychologiques et sociaux;
- La gestion de problèmes particuliers, tels que la dépression, les troubles mineurs et la communication;
- Le soutien, l'information et la formation des usagers, de leur famille et des proches aidants ».

L'offre de service comprend des modalités de services externes et internes :

- **Services externes spécialisés** : Ces services s'adressent aux usagers pouvant rester à leur domicile et se déplacer vers l'endroit où les services de réadaptation sont prodigués. Il peut s'agir de **ressources en réadaptation fonctionnelle** pour les usagers avec des besoins d'interventions quotidiennes de réadaptation moins de 5 fois par semaine ou des **ressources de réadaptation fonctionnelle intensive** pour des usagers avec des besoins d'interventions quotidiennes de réadaptation 5 fois par semaine;
- **Services internes spécialisés** : Ces services s'adressent aux usagers ne pouvant pas retourner à leur domicile lors de leur congé de l'hôpital. Pour ceux pouvant tolérer une grande intensité de réadaptation (3 heures par jour, 5 jours par semaine ou s'y rapprochant), il peut s'agir d'une **unité interne en milieu spécialisé de réadaptation**. Pour les usagers ayant un faible niveau d'autonomie antérieur à leur AVC, présentant des troubles de santé concomitants et un faible potentiel de récupération fonctionnelle, il peut s'agir d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en déficience physique ou dans les services d'autonomie et de soutien à la personne âgée.

Finalement, l'organisation des services internes et externes spécialisés de réadaptation respecte les paramètres suivants :

- Le délai maximal entre la sortie du milieu hospitalier et une première intervention en réadaptation doit être de **48 heures** autant au niveau des services internes qu'externes;
- Les services internes spécialisés doivent assurer une capacité d'admission **7 jours sur 7** à la sortie des usagers du milieu hospitalier;
- Lorsqu'un usager est transféré d'un service interne spécialisé à un service externe spécialisé, la continuité des services est assurée dans un délai maximal de **48 heures**²⁰;
- La durée totale de la phase de réadaptation post-AVC est environ **90 jours** et comprend les spécificités suivantes :
 - Pour les usagers ayant subi un AVC modéré : **durée moyenne de séjour de 6 à 8 semaines**;
 - Pour les usagers ayant subi un AVC grave : **durée moyenne de séjour de 10 à 12 semaines** (MSSS, 2017).

²⁰ Tiré de la Fiche no REA4 : Délai de la prise en charge entre la fin de l'épisode de réadaptation en unité de réadaptation fonctionnelle intensive et le début de l'épisode de réadaptation en externe, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, 2019.

Moyen 3 : Mettre en place un service de réadaptation fonctionnelle précoce intensive à domicile de type congé précoce assisté (CPA)

Ce service se définit comme une intervention intensive de réadaptation avec soutien en milieu communautaire visant le congé précoce de l'utilisateur suite à une hospitalisation. Les services de réadaptation sont similaires à ceux offerts dans les unités de réadaptation en déficience physique, dont une prestation de soins et de services spécialisés offerte par une équipe interdisciplinaire.

Moyen 4 : Évaluer la possibilité de mettre en place des modalités de téléadaptation

En considérant les ressources disponibles de l'établissement, les besoins de l'utilisateur et en accord avec les données probantes, évaluer la faisabilité de mettre en place différentes modalités technologiques, par exemple le téléphone intelligent, la tablette électronique, l'ordinateur, afin de permettre aux professionnels de réaliser, à distance, les activités nécessaires au processus de réadaptation de l'utilisateur, dont :

- L'évaluation;
- L'élaboration d'objectifs;
- Les interventions thérapeutiques;
- L'enseignement;
- La surveillance (INESSS, 2018).

Moyen 5 : Mettre en place une équipe interdisciplinaire pour offrir les soins requis en AVC

- **Unité AVC** : Une équipe interdisciplinaire est présente à l'unité AVC et assure rapidement la prise en charge des usagers ayant subi un AVC. Les membres de l'équipe appliquent les mesures appropriées afin de prévenir une récurrence ou une extension d'AVC et utilisent des protocoles de soins standardisés en fonction du diagnostic d'AVC, de manière à réduire les complications médicales associées. Cette équipe est composée minimalement des professionnels suivants : médecin, infirmier, physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, travailleur social, nutritionniste;
- **Services de réadaptation fonctionnelle spécialisés et intensifs (internes, externes, à domicile)** : Des équipes interdisciplinaires sont en place afin d'offrir les services de réadaptation post-AVC aux usagers, et ce, pour tous les types d'AVC. Ces équipes accompagnent l'utilisateur afin qu'il puisse récupérer le plus rapidement possible ses capacités fonctionnelles, tout en s'assurant de prévenir les complications à long terme. Également, elles soutiennent l'utilisateur dans l'adoption de stratégies compensatoires et dans l'acceptation de ses limites, au besoin. Ces équipes sont composées ou ont accès minimalement aux professionnels suivants : médecin, infirmier, nutritionniste, orthophoniste, physiothérapeute, psychologue ou neuropsychologue, éducateur spécialisé, ergothérapeute et travailleur social.

Moyen 6 : Mettre en place des outils standardisés et des procédures cliniques interdisciplinaires

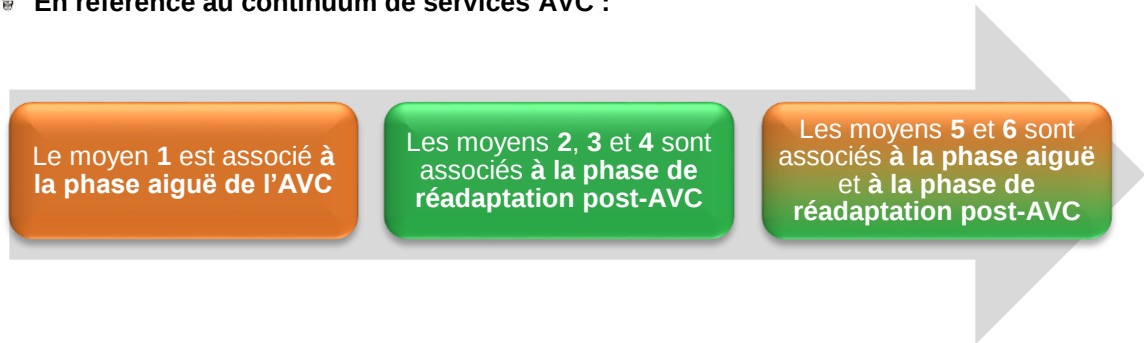
- **Unité AVC** : Les membres de l'équipe AVC procèdent au dépistage et à l'évaluation des problématiques et complications de l'AVC aigu à l'aide d'outils standardisés²¹ et validés ainsi que de procédures de soins interdisciplinaires basés sur les pratiques optimales, et ce, dans les délais recommandés. Parmi les modalités interdisciplinaires préconisées sur l'unité AVC, nous retrouvons l'animation et la rédaction d'un plan d'intervention interdisciplinaire en collaboration avec l'utilisateur et ses proches;

²¹ Trousse d'outils adaptée de la Trousse d'outils cliniques d'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC)- Phases hyperaiguë et aiguë de l'AVC, MSSS, juin 2015.

- **Services de réadaptation fonctionnelle spécialisés et intensifs (internes, externes, à domicile)** : Les membres des équipes de réadaptation fonctionnelle spécialisée et intensive utilisent des outils standardisés²² et validés basés sur les pratiques optimales. Ces outils sont utilisés afin d'évaluer objectivement les besoins de réadaptation fonctionnelle de l'utilisateur ainsi que les progrès réalisés au cours du processus de réadaptation, et ce, dans les délais recommandés. Certains de ces outils permettent aux équipes de mieux planifier l'orientation de l'utilisateur suite à ses services de réadaptation. Parmi les modalités interdisciplinaires préconisées, nous retrouvons l'animation et la rédaction d'un plan d'intervention interdisciplinaire en collaboration avec l'utilisateur et ses proches.



En référence au continuum de services AVC :



Objectif 5 : Faciliter la réintégration et le maintien de l'utilisateur dans la communauté

Moyen 1 : Mettre en place des ressources communautaires AVC accessibles visant la participation sociale de l'utilisateur

Les ressources communautaires disponibles touchent différentes sphères de vie de la personne, dont l'activité physique, la vie sociale et associative, l'accès universel au transport et aux lieux publics, etc. La personne et sa famille ont également accès à des groupes de soutien. Finalement, ils sont informés des ressources disponibles sur le territoire de la Montérégie.

Voici un exemple de programme communautaire destiné aux personnes ayant subi un AVC :

- **Programme « La vie après un AVC »** : Selon la Fondation des maladies du cœur (2018), ce programme vise l'atteinte d'objectifs de nature psychosociale et vise à ce que la personne apporte des changements à son mode de vie. Les auteurs de ce programme proposent qu'un professionnel de la santé (exemple : éducateur spécialisé) et un survivant de l'AVC animent les rencontres.

Moyen 2 : Assurer la mise en place des Services de soutien à l'autonomie, dont le soutien à domicile (SAD) et les services en centre de jour, lorsque requis par l'utilisateur et sa famille

La mise en place des services de soutien à l'autonomie permet à l'utilisateur et sa famille d'obtenir l'aide nécessaire à la réalisation des habitudes de vie selon les besoins identifiés au cours de la phase de réadaptation. Parmi ces services, nous retrouvons :

- Le soutien à domicile (SAD) qui offre divers services professionnels et d'assistance. Parmi les services offerts, nous retrouvons les soins infirmiers, l'ergothérapie, la physiothérapie, la nutrition clinique, le soutien psychosocial, etc.;
- Les services en centre de jour qui contribuent à l'amélioration ou au maintien de l'autonomie de l'utilisateur par la mise en place d'activités thérapeutiques offertes à l'intérieur d'un centre d'hébergement. Ces activités s'adressent également aux proches aidants afin de les soutenir dans l'exercice de leur rôle.

²² Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) – Phase de réadaptation post-AVC et relance, MSSS, 2018.

Moyen 3 : Mettre en place une offre de service spécifique à la phase de réintégration et de maintien dans la communauté

Les services devant être développés sont les suivants :

- Services d'évaluation et d'entraînement à la conduite automobile;
- Soutien à la reprise des rôles sociaux antérieurs;
- Gestion de la douleur chronique;
- Spasticité;
- Santé mentale (exemple : dépression).

Moyen 4 : Mettre en place des cliniques de prévention secondaire

Le médecin de famille est responsable d'assurer le suivi des facteurs de risque de l'AVC afin de prévenir les complications tout en répondant aux besoins pouvant surgir dans la vie quotidienne de l'utilisateur. En présence de préoccupations du médecin de famille quant à l'évolution de l'utilisateur suite à un AVC, une référence dans une clinique de prévention secondaire est recommandée. La mise en place de cliniques de prévention secondaire permettrait de répondre aux besoins d'une masse critique d'utilisateurs ayant subi un AVC ou ayant des maladies vasculaires. Dans ces cliniques, une équipe interdisciplinaire (médecin, infirmier, pharmacien, nutritionniste, ergothérapeute, travailleur social, etc.) pourrait évaluer et soutenir l'utilisateur dans la modification de ses habitudes de vie et le maintien de ses acquis.



En référence au continuum de services AVC :

Les moyens 1, 3 et 4 sont associés à la **phase de réintégration et de maintien dans la communauté**

Le moyen 2 est principalement associé à la **phase de réintégration et de maintien dans la communauté**, mais peut également être mis en place lors de la **phase de réadaptation post-AVC** lorsque l'utilisateur obtient des services de réadaptation spécialisés dans la communauté (RFI).

4. Ressources

4.1. Ressources humaines : rôles et responsabilités

Afin de promouvoir des soins et des services de qualité en matière d'AVC au CISSS de la Montérégie-Ouest, il est recommandé que la haute direction inscrive le programme AVC dans sa structure organisationnelle dans le but d'assurer et de soutenir l'implantation du continuum à travers les différentes directions concernées (MSSS, 2017). Les directions touchées par l'implantation du continuum AVC sont les suivantes :

- Direction des services professionnels et de l'enseignement médical (DSPEM);
- Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire (DSIEU);
- Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire, volet des opérations (DSMREU);
- Direction des programmes Déficiences (DPD);
- Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA);
- Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ).

Programme Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC

Finalement, il est possible de retrouver dans chaque guide d'accompagnement associé à une phase spécifique du Programme Continuum AVC, une description détaillée des rôles et des responsabilités des gestionnaires, des médecins, des professionnels et des intervenants.

4.2. Formation

4.2.1. Formations spécifiques au programme AVC

Certaines formations sont nécessaires pour l'application du programme de façon efficace. Les formations mentionnées ci-dessous seront échelonnées dans le temps et selon les priorités du plan d'implantation du programme. Les contenus de formation seront également offerts aux intervenants selon leurs rôles, leurs besoins et la disponibilité des ressources humaines et financières de l'établissement.

Formations prioritaires :

- Capsule AVC (statistiques et prévalence, signes VITE, trajectoire de soins et services, unité de soins AVC, indicateurs de suivi du programme);
- Module de formation du MSSS : Module 1 – Cheminement clinique et trajectoire de soins.

4.2.2. Formations spécifiques aux phases du continuum

Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (2018), les professionnels doivent avoir accès à du perfectionnement par rapport aux domaines suivants : connaissances théoriques et pratiques sur l'AVC, pratiques exemplaires fondées sur les données probantes, renforcement des compétences et orientation des stagiaires. De ce fait, le CISSS de la Montérégie-Ouest a élaboré un plan de formation continue pour assurer autant le maintien que le rehaussement de l'expertise des membres des équipes impliquées à toutes les phases du continuum AVC.

Les plans de formation sont décrits spécifiquement dans les guides d'accompagnement associés à chaque phase du programme :

- Phase de sensibilisation du public;
- Phase de prévention primaire de l'AVC;
- Phase hyperaiguë;
- Phase aiguë;
- Phase de réadaptation post-AVC;
- Phase de réintégration et maintien dans la communauté.

5. Mécanisme de référence

5.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Phases hyperaiguë et aiguë de l'AVC

Critères d'inclusion

- Personnes de 16 ans ou plus ayant subi un AVC ou un AIT.

Critères d'exclusion

- Personnes de 16 ans et moins ayant subi un AVC ou un AIT. Tout AVC survenant avant cet âge constitue un AVC pédiatrique qui sera pris en charge dans un centre spécialisé et, par conséquent, ne sera pas traité dans les centres hospitaliers du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Phases : sensibilisation, prévention primaire, réadaptation, intégration et maintien dans la communauté

Critères d'inclusion

- Personnes âgées entre 0-100 ans à risque de subir ou ayant subi un AVC ou un AIT.

5.2. Critères de fin d'intervention

Le présent programme prend fin une fois que la personne ayant subi un AVC ou un AIT aura été, dans la mesure du possible, capable de reprendre de façon sécuritaire ses habitudes de vie antérieures à son épisode de soins, par exemple, la conduite automobile, les loisirs, le travail, les études, les activités sportives, etc. (MSSS, 2017).

En considérant les vulnérabilités de la personne ayant subi un AVC ou un AIT, il est important que les médecins de famille ou les groupes de médecine familiale interpellent rapidement les services spécifiques et spécialisés ainsi que les services de soutien à domicile en présence de nouvelles difficultés observées ou rapportées par l'utilisateur. Ces difficultés peuvent toucher diverses sphères, dont les activités de la vie quotidienne, la mobilité, la spasticité, la douleur, les fonctions d'élimination, la communication, l'humeur, la cognition, etc. (Fondation des maladies du cœur du Canada, 2014). En présence de nouvelles difficultés de santé ou adaptatives en lien avec un AVC ou un AIT antérieur nécessitant des soins et des services de santé, l'utilisateur sera réinscrit dans une phase du continuum AVC selon sa condition et ses besoins.

6. Planification de l'évaluation

6.1. Variables à évaluer

Les principales cibles de l'évaluation se situent au niveau de l'implantation du continuum AVC en fonction des variables suivantes :

- Sensibilisation de la population aux signes de l'acronyme VITE;
- Connaissance de la population des facteurs de risque de l'AVC pour diminuer l'incidence des cas d'AVC;
- Implantation d'une trajectoire de soins optimale, incluant les services préhospitaliers d'urgence, jusqu'à la phase de réadaptation;
- Mise en place d'une réadaptation précoce, spécialisée et adaptée à l'aide des intervenants formés pour la clientèle AVC;
- Amélioration du processus de réintégration et de maintien de l'utilisateur dans la communauté;
- Satisfaction de l'utilisateur.

6.2. Indicateurs de suivi

Bien que l'évaluation de ce programme s'inscrive dans un processus d'amélioration continue, le MSSS a établi des cibles et des indicateurs précis que nous retrouvons dans le **plan d'action biennal 2016-2018**. Dans son ensemble, ce plan d'action contient **89 indicateurs** répartis dans les différentes phases du continuum :

- Sensibilisation du public;
- Prévention primaire de l'AVC;
- Hyperaiguë;
- Aiguë;
- Réadaptation post-AVC;
- Réintégration et maintien dans la communauté;
- Actions communes et de transition.

Plusieurs des indicateurs mentionnés nous permettront de mesurer l'**implantation** des **activités cliniques spécifiques à chaque phase**. Cependant, les indicateurs suivants nous permettront de mesurer l'**implantation globale** du programme du continuum AVC.

Tableau VI
Indicateurs de suivi, programme Continuum AVC

Variables	Indicateurs	Outils de mesure	Fréquence de la mesure
Sensibilisation de la population aux signes de l'acronyme VITE (1 indicateur)	La campagne VITE de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC est déployée deux fois par année dans l'ensemble des installations et des cliniques médicales du CISSS de la Montérégie-Ouest	Registre des activités de l'équipe de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ)	2 fois par année
Connaissance de la population des facteurs de risque de l'AVC pour diminuer l'incidence des cas d'AVC (1 indicateur)	Des capsules d'information sur les facteurs de risque de l'AVC sont diffusées sur les réseaux sociaux et dans les différentes installations et cliniques médicales du CISSS de la Montérégie-Ouest	Registre des activités de l'équipe de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ)	2 fois par année
Implantation d'une trajectoire de soins optimale , incluant les services préhospitaliers d'urgence, jusqu'à la phase de réadaptation (9 indicateurs)	Proportion des usagers avec AVC ayant été transportés en ambulance dont le formulaire de mise en tension de la salle d'urgence des SPU a été rempli (10-10, 10-100)	Audit des dossiers des usagers ayant subi un AVC et admis à l'urgence	2 fois par année
	Rédaction d'une entente formelle avec un centre tertiaire désigné pour la thrombectomie	Entente signée disponible pour consultation	1 fois par année
	Une équipe dédiée AVC est implantée à l'urgence	Équipe dédiée en place à l'urgence	1 fois par année
	L'expertise et le plateau technique sont disponibles 24h/24, 7j/7 pour évaluer, diagnostiquer et traiter l'utilisateur	Présents	1 fois par année
	Une unité de soins AVC distincte est implantée	Présente (lits dédiés et identifiables à l'aide d'un symbole ou d'un code)	1 fois par année
	Rédaction d'une offre de service pour les accueils cliniques répondant aux besoins des usagers ayant subi un AVC léger ou un AIT	Offre de service disponible	1 fois par année

Variables	Indicateurs	Outils de mesure	Fréquence de la mesure
	Proportion des professionnels et intervenants des équipes dédiées AVC (urgence, unité de soins, réadaptation) ayant visionné la capsule AVC	Statistiques et registres de formation du volet de Formation de la DSMREU, de la DSIEU et de la DRHCAJ	2 fois par année
	Proportion des professionnels et intervenants des équipes dédiées AVC (urgence, unité de soins, réadaptation) ayant reçu la formation du module du MSSS : cheminement clinique et trajectoire de soins	Statistiques et registres de formation du volet de Formation de la DSMREU, de la DSIEU et de la DRHCAJ	2 fois par année
	Un CH du CISSS de la Montérégie-Ouest est désigné comme un centre secondaire en soins de l'AVC	Désignation officielle du ministère de la Santé et des Services sociaux	1 fois par année
Mise en place d'une réadaptation précoce, spécialisée et adaptée à l'aide des intervenants formés pour la clientèle AVC (11 indicateurs)	Proportion des usagers référés à des services internes de réadaptation ayant reçu une première intervention de réadaptation dans les 48 heures suivant leur sortie de l'hôpital	Audit des dossiers : Suivi de cheminement clinique post-AVC – URFI	2 fois par année
	Proportion des usagers référés à des services externes de réadaptation ayant reçu une première intervention de réadaptation dans les 48 heures suivant leur sortie de l'hôpital	Audit des dossiers : Guichet d'accès DPD et SIPAD	2 fois par année
	Proportion des usagers, ayant eu un délai d'attente inférieur ou égal à 48 heures entre la fin de l'épisode de réadaptation en unité de réadaptation fonctionnelle intensive et le début de l'épisode de réadaptation en externe	Audit des dossiers : Guichet d'accès DPD et SIPAD	2 fois par année
	Proportion des usagers ayant été transférés dans une unité interne de réadaptation dans un délai inférieur ou égal à 7 jours suivant leur admission sur l'unité AVC	Audit des dossiers à partir des données disponibles dans le système-clientèle de l'Hôpital Anna-Laberge	2 fois par année

Programme Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC

Variables	Indicateurs	Outils de mesure	Fréquence de la mesure
	Proportion des usagers hospitalisés sur l'unité AVC qui ne sont pas passés par un service interne de réadaptation ayant eu un délai inférieur ou égal à 48 heures entre l'évaluation du besoin et l'accès à des services externes de réadaptation	Audit des dossiers à partir des données disponibles aux guichets d'accès (DPD et SAPA)	1 fois par année
	Rédaction de l'offre de service requise au niveau de la réadaptation précoce	Offre de service disponible	1 fois par année
	Rédaction de l'offre de service requise au niveau de la réadaptation fonctionnelle et de la réadaptation fonctionnelle intensive	Offre de service disponible	1 fois par année
	Rédaction d'une offre de service de réadaptation fonctionnelle précoce intensive à domicile de type congé précoce assisté (CPA)	Offre de service disponible	1 fois par année
	Équipe interdisciplinaire dédiée sur l'unité AVC et dans les services de réadaptation	Équipe interdisciplinaire dédiée présente sur l'unité AVC et dans les services de réadaptation	1 fois par année
	Une trousse à outils facilement accessible sur l'unité AVC et dans les services de réadaptation	Trousse à outils disponible sur l'unité AVC et dans les services de réadaptation	1 fois par année
	Une démarche d'évaluation des besoins en lien avec la téléadaptation est débutée	Présence d'un plan d'action	1 fois par année
Amélioration du processus de réintégration et de maintien de l'utilisateur dans la communauté (5 indicateurs)	Ententes conclues avec les partenaires communautaires pour les services à offrir aux personnes ayant subi un AVC (ex : groupe de soutien, groupe d'exercice, « La vie après un AVC »)	Ententes signées disponibles pour consultation	1 fois par année

Variables	Indicateurs	Outils de mesure	Fréquence de la mesure
	Existence d'un répertoire des ressources nationales et régionales qui s'adressent spécifiquement aux personnes ayant subi un AVC	Répertoire disponible pour consultation	1 fois par année
	Rédaction d'une offre de service pour les cliniques de prévention secondaire de l'AVC	Offre de service disponible	1 fois par année
	Rédaction d'une offre de service spécifique à la phase de réintégration et maintien dans la communauté	Offre de service disponible	1 fois par année
	Implication des services à domicile (SAD) lorsque requis par l'usager et sa famille	Audit de dossiers : Usager et sa famille reçoivent des modalités de services à domicile selon les besoins	1 fois par année
Évaluation de la satisfaction (1 indicateur)	Taux de satisfaction de la clientèle AVC au regard de l'expérience patient à travers le continuum AVC	Formulaires de satisfaction envoyés aux usagers inscrits au programme en collaboration avec la DQEPE	2 fois par année

7. Conclusion

Ce programme intègre les meilleures pratiques issues des données probantes sur les services et soins à offrir aux personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC. Les recommandations contenues dans ce programme permettent de réviser les présentes pratiques de soins et d'interventions mises en place au cours des dernières années dans le souci de maintenir un service de pointe. En raison des nombreuses procédures de soins à intégrer dans chaque phase du continuum, des guides d'accompagnement décrivant les objectifs, les trajectoires de soins, les outils ainsi que les rôles et responsabilités associés sont disponibles pour soutenir l'implantation des pratiques optimales en soins AVC à travers le CISSS de la Montérégie-Ouest.

8. Liste des annexes

Annexe A Modèle logique du programme

Références

- Bernhardt, J. (2015). Efficacy and safety of very early mobilisation within 24h of stroke onset (AVERT): A randomised controlled trial. *The Lancet*, 386 (9988), 46-55.
- Boulanger JM. (auteur principal), Lindsay MP. (auteure-ressource) et al. Au nom du groupe de rédaction pour les pratiques optimales de soins de l'AVC en phase aiguë, du comité consultatif canadien des pratiques optimales de soins de l'AVC et du comité consultatif sur la qualité des soins de l'AVC, en collaboration avec le Consortium Neurovasculaire Canadien et l'Association canadienne des médecins d'urgence. Dans Lindsay MP, Gubitz G, Dowlatshahi D, Harrison E et Smith EE (rédacteurs), au nom des comités consultatifs des pratiques optimales de soins de l'AVC au Canada et sur la qualité des soins de l'AVC, *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, 2018; Ottawa (Ontario), Canada : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. 128 p.
- Cameron, JI., O'Connell, C., Foley, N. et al. (2016). *Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Managing transitions of care following stroke, Guidelines update 2016*. *International Journal of stroke*. 11 (7), p. 807-822.
- Centre universitaire de santé McGill (2017). *Avoir un saignement dans le cerveau : L'AVC hémorragique*. 4 p.
- Centre universitaire de santé McGill (2014). *L'hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) : À quoi dois-je m'attendre?* 48 p.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (2018). *Plan d'action biennal (2016-2018) - Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral*. 39 p.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (2018). *Cartable d'information Protocole AVC aigu - Réseaux montréalais et lavallois de la santé et des services sociaux*. 58 p.
- Comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC (2013). *Trajectoires de services de réadaptation post-AVC - Un continuum centré sur la personne*. Déposé au Ministère de la Santé et des Services sociaux le 1^{er} mai 2013, 179 p.
- Du X, McNamee R, Cruickshank K. (2000). *Stroke risk from multiple risk factors combined with hypertension: a primary care based case-control study in a defined population of northwest England*. *Annals of Epidemiology*, 10, 80-88.
- Dylan Blacquièrre, M. Patrice Lindsay, Frank L. Silver; au nom du groupe de rédaction sur la Télé-AVC. *Telestroke Module 2017*. Dans Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M et Smith EE (rédacteurs), au nom du Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC. (2017). *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Mise à jour de Télé-AVC 2017*. Sixième édition ; Ottawa (Ontario) Canada : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 28 p.
- Feigin VL, Roth GA, Naghavi M, Parmar P, Krishnamurthi R, Chugh S, et al. (2016). *Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*. *The Lancet Neurology*, 15(9), 913-24.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada & Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (2018). *Cartes de poche pour l'évaluation et la prévention de l'AVC*. 33 p.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada & Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (2014). *Liste de contrôle Post-AVC : Améliorer la vie après un AVC*. 2 p.

- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2018). *Connaissez-vous votre risque de maladies du cœur et d'AVC?*, 20 p.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2017). *Les mille facettes de l'AVC - Bulletin sur l'AVC 2017*, 16 p.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2017). *Votre cheminement après un accident cardiovasculaire cérébral : Un guide à l'intention des survivants de l'AVC*. 122 p.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2016). *Un lien en tête : Prévenir l'AVC et la démence - Bulletin sur l'AVC 2016*. 12 p.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2015). L'accès aux soins de l'AVC : Les premières heures critiques. *Bulletin sur l'AVC 2015 de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC*. 17 p.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2018). *Rapport au MSSS : Campagne de sensibilisation sur les signes VITE de l'AVC et implantation du programme La vie après un AVC*. 24 p.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2018). *Prenez en charge votre pression artérielle- Agissez et réduisez votre risque*. [Consulté en ligne le 10 septembre 2019] : <https://www.heartandstroke.ca/-/media/pdf-files/canada/health-information-catalogue/fr-managing-your-blood-pressure.ashx?rev=440b087bfcf84fdebf51a4b16c8b98c6&hash=ACA1E3DA8F6D30793CBA8DE012422CDB>
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2018). *Aperçu, méthodologie et transfert des connaissances*. [Consulté en ligne le 10 septembre 2019] : <https://www.pratiquesoptimalesavc.ca/recommandations/aperçu-méthodologie-et-transfert-des-connaissances>
- Gouvernement du Canada (2010). *Effets de l'accident vasculaire cérébral (AVC) sur la santé*. [Consulté en ligne le 5 décembre 2017] : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/sante-coeur/accident-vasculaire-cerebral/effets-accident-vasculaire-cerebral.html>
- Health Quality Ontario (2014). *Effectiveness of stroke unit care: a special report*. [Consulté en ligne le 20 avril 2018] : <https://hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/special-reports/report-stroke-units-1410-en.pdf>
- Hébert, D., Lindsay, P. M., McIntyre, A. et al. (2016). Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *International Journal of stroke*, 11(4), 459-84.
- He FJ, Nowson CA, MacGregor GA (2006). *Fruit and vegetable consumption and stroke: meta-analysis of cohort studies*. *The Lancet*, 367, 320-26.
- Huang, H. C., Chung, K. C., Lai, D. C., & Sung, S. F. (2009). *The impact of timing and dose of rehabilitation delivery on functional recovery of stroke patients*. *Journal of the Chinese Medical Association*, 72(5), 257-264.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2012). *L'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches*. Rapport rédigé par Annie Tessier ETMIS. 8(9), 1-101.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2015). *Repérage et processus menant au diagnostic de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles neurocognitifs*. Rapport rédigé par Caroline Colette et Geneviève Robitaille. 101 p.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2016). *Portrait du traitement de l'accident vasculaire cérébral ischémique en phase hyperaiguë au Québec en 2013-2014*. 21 p.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2018a). *État des pratiques : Pratiques organisationnelles en réadaptation à l'échelle nationale et internationale pour la clientèle adulte présentant une incapacité motrice permanente ou temporaire*. Rapport rédigé par Hélène Laflamme et Sylvie Valade. 104 p.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2018b). *Pratiques organisationnelles en réadaptation à l'échelle nationale et internationale pour la clientèle adulte présentant une incapacité motrice permanente ou temporaire*. Bulletin Repères, 8 p. [Consulté en ligne le 20 décembre 2018] : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/Reperes_readaptation-physique.pdf
- Lees, KR., Bluhmki, E., von Kummer R., Brott, TG., Toni, D., Grotta, JC., et al. (2010). *Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials*. The Lancet, 375 (9727), 1695-703.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2015). *Trousse d'outils cliniques d'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) - Phases hyperaiguë et aiguë de l'AVC*. 123 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2017). *Accident vasculaire cérébral (AVC)*. [Consulté en ligne le 5 décembre 2017] : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/traumatismes-et-traumatologie/avc/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2017). *Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral - Paramètres organisationnels de réadaptation et de réintégration dans la communauté 2016-2018*. 69 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2017). *Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral - Plan de mise en œuvre, phase 2016-2018*. 57 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2018). *Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) - Phase de réadaptation post-AVC et relance*. 83 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Centre intégré de santé et des services sociaux des Laurentides (2019). *Fiche no : REA4 : Délai de la prise en charge entre la fin de l'épisode de réadaptation fonctionnelle intensive et le début de l'épisode de réadaptation en externe*. 1 p.
- Mittmann, N., Seung, SJ., Hill, MD., Phillips, SJ., Hachinski, V., Côté, R., et al. (2012). *Impact of disability status on ischemic stroke costs in Canada in the first year*. Canadian Journal of Neurological Sciences, 39(6), 793-800.
- Nathan DM, Cleary PA, Backlund JY et al. (2005). *Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes*. The New England Journal of Medicine, 353(25), 2643-2653.
- O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, et al. (2010). *Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study*. The Lancet, 376,112-23.
- O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, et al. (2016). *Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study*. The Lancet, 388(10046), 761-775.

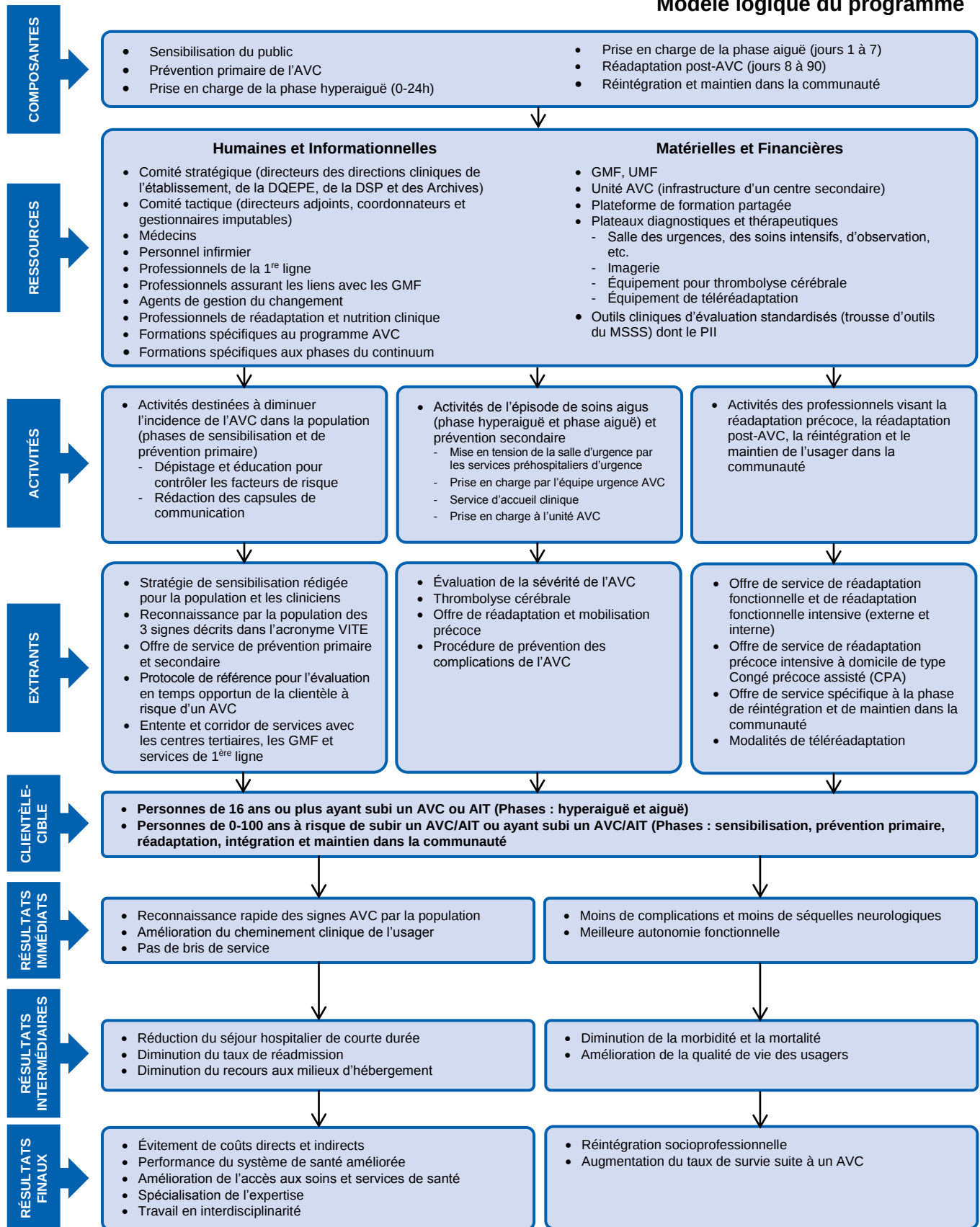
- O'Regan C, Wu P, Arora P, et al. (2008). *Statin therapy in stroke prevention: a meta-analysis involving 121,000 patients*. The American Journal of Medicine, 121, 24-33.
- Organisation mondiale de la santé. (2018). *À propos des maladies cardiovasculaires*. [Consulté en ligne le 3 décembre 2018] : https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/fr/
- Salter, K., Allen, L., Richardson, M., Cotoi, A., Iliescu, A., Carr, B. et Teasell, R. (2018). *Community Reintegration. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*, (19), 97 p. [Consulté en ligne le 29 août 2018] : <http://www.ebrsr.com/evidence-review/19-community-reintegration>
- Saver, J.L. (2006). *Time is brain-quantified*. Stroke, 37(1), 263-266.
- Strazzullo P, D'Elia L, Kandala NB, et al. (2009). *Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies*. BMJ, 339, 1-9.
- Teasell, R., Foley, N., Hussein, N. Wiener, J. et Speechley, M. (2018a). *The Elements of Stroke Rehabilitation. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*, (6), 47p. [Consulté en ligne le 29 août 2018] : <http://www.ebrsr.com/evidence-review/6-elements-stroke-rehabilitation>
- Teasell, R., Foley, N., Richardson, M., Allen, L. et Cotoi, A. (2018b). *Outpatient Stroke Rehabilitation. Evidence-Based Review of Stroke rehabilitation*, (7), 28p. [Consulté en ligne le 20 décembre 2018] : <http://www.ebrsr.com/evidence-review/7-outpatient-stroke-rehabilitation>
- The Internet Stroke Center. (2018). *Ischemic Stroke*. [Consulté en ligne le 23 janvier 2018] : www.strokecenter.org/patients/about-stroke/ischemic-stroke/
- Walker, M. F., Leonardi-Bee, J., Bath, P., Langhorne, P., Dewey, M., Corr, S., Drummond, A., Gilbertson, L., Gladman, J. R., Jongbloed, L., Logan, P., & Parker, C. (2004). *Individual patient data meta-analysis of randomized controlled trials of community occupational therapy for stroke patients*. Stroke, 35(9), 2226-2232.
- Wein T, Gladstone D, Cote R, et coll., au nom du groupe de rédaction de Prévention secondaire de l'AVC. *Prévention de l'AVC – chapitre 2017* Dans Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M et Smith EE (rédacteurs), au nom du Comité consultatif canadien sur les pratiques optimales en matière d'AVC. *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*. Ottawa (Ontario), Canada : Fondation des maladies du coeur et de l'AVC du Canada, 73 p.
- Yagura, H., Miyai, I., Seike, Y., Suzuki, T., & Yanagihara, T. (2003). *Benefit of inpatient multidisciplinary rehabilitation up to 1 year after stroke*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 84(11), 1687-1691.

Processus d'élaboration/révision		
Rédigé par	Pascale Choquette, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe développement et évolution des pratiques, volet qualité et évolution de la pratique, DSMREU Stéphanie Sirard, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe développement et évolution des pratiques, volet qualité et évolution de la pratique, DSMREU Arnaud Bemmo, agent de planification de programmation et de recherche, équipe développement et évolution des pratiques, volet qualité et évolution de la pratique, DSMREU : Élaboration du modèle logique du programme	
Révisé par	Jennifer Mascitto, chef de service, équipe développement et évolution des pratiques, volet qualité et évolution de la pratique, DSMREU Sophie Poirier, directrice adjointe, volet qualité et évolution de la pratique, DSMREU Paméla Déry, adjointe à la direction, DSMREU Émilie Vézina-Poirier, agente administrative, DSMREU	2018-09-24
Personnes consultées	Membres du comité consultatif AVC	2018-06-05
	Patricia Arcarone, physiothérapeute, DPD	Novembre/Décembre 2018
	Bianco O. Beauregard, éducatrice spécialisée, DPD	Novembre/Décembre 2018
	Chantal Careau, directrice adjointe volet conseil, DSIEU	Novembre/Décembre 2018
	Anne-Marie Delmas, orthophoniste, DPD	Novembre/Décembre 2018
	Julie Dugal, coordonnatrice clinique, DPD	Novembre/Décembre 2018
	Josée Ferland, conseillère cadre à l'enseignement universitaire, DSIEU	Novembre/Décembre 2018
	Marie-Claude Lacroix, conseillère en soins infirmiers, DSIEU	Novembre/Décembre 2018
	Ysabelle Marleau, coordonnatrice des programmes spécialisés 7 ans et + DM-DL, DPD	Novembre/Décembre 2018
	Christine Mills, chef de programme DM-DL, DPD	Novembre/Décembre 2018
	Kim Parent, orthophoniste, DPD	Novembre/Décembre 2018
	Marie-Ève Racine, coordonnatrice clinique, DPD	Novembre/Décembre 2018
	Ève Robert, physiothérapeute, DPD	Novembre/Décembre 2018
	Anne Marie Robineault, orthophoniste, DPD	Novembre/Décembre 2018
	Marie-Josée Soucy, neuropsychologue, DPD	Novembre/Décembre 2018
	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers	2019-02-20
	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2019-03-13
	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire	2019-03-20
	Comité de coordination clinique (pour commentaires)	2019-04-02

Historique du document		
CONCERNANT PLUS D'UNE DIRECTION		Date
Adopté par	Le comité de coordination clinique	2019-10-08
Commentaires		

ANNEXE A

Modèle logique du programme



Programme : Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest**

Québec

