

ETMIS 2011; Vol. 7 : N° 4



Organisation des services en matière d'accident vasculaire cérébral

Revue des données probantes, des
politiques et des expériences

Rapport

Préparé par

Brigitte Côté et Annie Tessier

Juin 2011

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Ce rapport a été adopté par l'Assemblée des membres de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) lors de sa réunion du 26 novembre 2010.

Le contenu de cette publication a été rédigé par l'Agence et édité par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Ce document ainsi que le résumé anglais, intitulé *Organization of Stroke Care Services: Review of the Evidence, Policies and Experiences* sont également offerts en format PDF dans le site Web de l'INESSS: inesss.qc.ca

ÉQUIPE DE PROJET

Auteurs	Brigitte Côté, M.D. Annie Tessier, Ph. D.
Direction scientifique	Alicia Framarin, M. Sc.
Conseillers scientifiques	Lucy J. Boothroyd, Ph. D. Jean-Marie R. Lance, M. Sc.
Recherche documentaire	Mathieu Plamondon
Soutien documentaire	Micheline Paquin

ÉDITION

Responsable	Diane Guilbault
Révision linguistique	Suzie Toutant
Traduction	Jocelyne Lauzière
Coordination	Véronique Baril
Graphisme	Magali Bérubé Jocelyne Guillot
Vérification bibliographique	Denis Santerre

L'INESSS remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

RENSEIGNEMENTS

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

1195, avenue Lavigerie,
bureau 60,
Québec (Québec) G1V 4N3

Téléphone : 418 643-1339
Télécopieur : 418 644-8120

2021, avenue Union,
bureau 10.083,
Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : 514-873-2563
Télécopieur : 514-873-1369

inesss.qc.ca

inesss@inesss.qc.ca

Publié par la Direction des communications et du transfert des connaissances

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISSN 1915-3082 INESSS (imprimé)

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-61906-2 (imprimé)

ISBN 978-2-550-61905-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2011.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document :

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). Organisation des services en matière d'accident vasculaire cérébral. Revue des données probantes, des politiques et des expériences. Rapport préparé par Brigitte Côté et Annie Tessier. ETMIS 2011 ; 7(4) : 1-141.



100 %



EcoLogo



Le présent document a été imprimé sur du papier contenant 100 % de fibres postconsommation, certifié Choix environnemental, procédé sans chlore, recyclé et fabriqué à partir d'énergie biogaz.

LES MEMBRES DE L'ASSEMBLÉE DE L'AETMIS AU MOMENT DE L'APPROBATION DU DOCUMENT

LES MEMBRES

D^{re} Marie-Dominique Beaulieu

Titulaire de la Chaire Docteur Sadok Besroun en médecine familiale, professeure titulaire, Faculté de médecine, Université de Montréal, et chercheure, Centre de recherche du CHUM, Montréal

D^{re} Sylvie Bernier

Directrice Organisation des services médicaux et technologiques, MSSS, Québec

D^r Serge Dubé

Chirurgien, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, et vice-doyen aux affaires professorales, Faculté de médecine, Université de Montréal

M. Roger Jacob

Ingénieur, directeur associé, Gestion des immobilisations et des technologies médicales, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

D^r Michel Labrecque

Professeur et chercheur clinicien, Unité de médecine familiale, Hôpital Saint-François d'Assise, CHUQ, Québec

M. A.-Robert LeBlanc

Ingénieur, professeur titulaire et directeur des programmes, Institut de génie biomédical, Université de Montréal, et directeur adjoint à la recherche, au développement et à la valorisation, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

M^{me} Esther Leclerc

Infirmière, directrice générale adjointe – affaires cliniques, Hôtel-Dieu du CHUM, Montréal

D^r Jean-Marie Moutquin

Obstétricien gynécologue, professeur titulaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

D^r Réginald Nadeau

Cardiologue, chercheur, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, et professeur émérite, Faculté de médecine, Université de Montréal

M^{me} Johane Patenaude

Éthicienne, professeure titulaire, département de chirurgie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, et chercheure boursière, FRSQ

D^r Simon Racine

Spécialiste en santé communautaire, directeur général, Institut universitaire en santé mentale de Québec

Membres invités :

M^{me} Louise Lavergne, directrice générale, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

M. Jean Toupin, professeur titulaire, département de psychoéducation, Université de Sherbrooke

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	v
L'AVIS EN BREF	vi
COLLABORATEURS	vii
RÉSUMÉ	viii
SUMMARY	xiv
ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	xviii
1 INTRODUCTION	1
1.1 Contexte de la demande	1
1.2 Accidents vasculaires cérébraux	2
1.2.1 Définitions	2
1.2.2 L'AVC en chiffres	2
1.2.3 Cheminement des personnes ayant subi un AVC	3
1.3 Définition du continuum de services en matière d'AVC	4
2 OBJECTIFS	6
2.1 Demande d'évaluation	6
2.2 Questions abordées dans ce rapport	6
3 MÉTHODES	7
3.1 Type d'évaluation	7
3.2 Recherche de la littérature	7
3.2.1 Bases de données et Internet	7
3.2.2 Stratégies de recherche bibliographique	8
3.3 Sélection des articles	8
3.3.1 Types de documents	8
3.3.2 Utilisation des guides de pratique clinique	8
3.4 Méthodes de contextualisation	9
4 ORGANISATION DES SOINS DE L'AVC EN ANGLETERRE, EN AUSTRALIE ET EN ONTARIO	10
4.1 Aperçu de trois systèmes de santé	10
4.1.1 Angleterre	10
4.1.2 Australie	14
4.1.3 Ontario	18
4.2 Comparaison des résultats de la mesure de la performance des services	21
5 SYNTHÈSE DES DONNÉES PROBANTES ET DES DOCUMENTS DE POLITIQUE	23
5.1 Phase aiguë	23
5.1.1 Hiérarchisation des centres hospitaliers	23

5.1.2	Unité d'AVC	24
5.1.3	Télémédecine.....	28
5.2	Réadaptation en phase postaiguë de l'AVC	30
5.2.1	Caractéristiques attendues d'un centre de réadaptation.....	31
5.2.2	Services aux personnes ayant subi un AVC léger	34
5.2.3	Comparaison entre le programme régulier et le programme de « récupération lente ».....	34
5.3	Cliniques de prévention secondaire	35
5.3.1	Lignes directrices.....	35
5.3.2	Données probantes relatives à l'organisation des services	37
5.3.3	Critères utilisés pour caractériser les cliniques de prévention secondaire.....	39
5.3.4	Conclusions.....	42
6	MISE EN CONTEXTE POUR LE QUÉBEC.....	43
6.1	Phase aiguë.....	43
6.1.1	Propositions sur la hiérarchisation des centres hospitaliers.....	43
6.1.2	Trajectoire proposée des patients durant la phase aiguë.....	47
6.2	Phase postaiguë.....	54
6.2.1	Caractéristiques additionnelles attendues des centres de réadaptation.....	54
6.2.2	Trajectoire recommandée des usagers qui reçoivent des services de réadaptation en phase postaiguë	55
7	CONCLUSIONS	57
ANNEXE A	STRATÉGIES DE RECHERCHE.....	59
ANNEXE B	COMITÉ AVISEUR MINISTÉRIEL NEUROSCIENCES/AVC.....	66
ANNEXE C	RÉSULTATS D'AUDITS SUCCESSIFS DES SYSTÈMES DE SOINS DE L'AVC, PAYS DU ROYAUME-UNI, AUSTRALIE ET ONTARIO.....	69
ANNEXE D	TABLEAUX COMPARATIFS	75
ANNEXE E	ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE ET DE LA REVUE SYSTÉMATIQUE UTILISÉS COMME SOURCES DE DONNÉES.....	112
ANNEXE F	DÉFINITION DES NIVEAUX DE PREUVE ET DES GRADES DE RECOMMANDATIONS.....	113
ANNEXE G	RÉADAPTATION	115
ANNEXE H	RESPONSABILITÉS DES ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES DU CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE.....	130
ANNEXE I	EXEMPLES DE CRITÈRES D'ADMISSION ET DE FIN D'INTERVENTION.....	132
	RÉFÉRENCES	135

Liste des figures et des tableaux

Figure 1	Étapes du continuum de soins de l'AVC selon la Stratégie canadienne de l'AVC.....	5
Figure 2	Trajectoire proposée des usagers durant les phases hyperaiguë et aiguë de l'AVC au Québec	49
Figure 3	Algorithme décisionnel servant à l'orientation des personnes présumées victimes d'un AVC aigu	50
Figure 4	Trajectoire proposée des usagers qui reçoivent des services de réadaptation en phase post-aiguë...	55
Encadré 1	Sommaire des recommandations clés de l'AHA et de l'ASA	30
Encadré 2	Critères organisationnels du NHS London relatifs à une clinique de prévention secondaire	40
Tableau 1	Nombre de structures en AVC selon le type, en Angleterre, en 2009.....	11
Tableau 2	Critères de classification des hôpitaux australiens à l'égard des soins de l'AVC.....	15
Tableau 3	Nombre de structures de soins de l'AVC selon le type, en Australie, en 2009	15
Tableau 4	Nombre de structures de soins de l'AVC selon le type, en Ontario, en 2004-2005	19
Tableau 5	Niveaux de soins : synthèse descriptive selon les documents de politique et autres publications clés	25
Tableau 6	Caractéristiques attendues des unités d'AVC, selon les données probantes et les documents de politique.....	26
Tableau 7	Caractéristiques attendues des centres de réadaptation spécialisée, selon les données probantes et les documents de politique	31
Tableau 8	Critères de désignation des cliniques de prévention secondaire des AVC, en Ontario	41
Tableau 9	Caractéristiques proposées des services offerts en matière d'AVC selon la classification des centres hospitaliers de soins de courte durée.....	44
Tableau 10	Caractéristiques de base requises des centres secondaires et tertiaires en matière d'AVC	45
Tableau 11	Caractéristiques additionnelles requises des centres tertiaires en matière d'AVC	47
Tableau 12	Principes d'appartenance et de retour du patient et responsabilités des parties, selon les experts du groupe de travail ministériel.....	52
Tableau 13	Caractéristiques additionnelles attendues des centres québécois de réadaptation spécialisée	54
Tableau B1	Interactions avec le groupe de travail ministériel.....	68
Tableau C1	Résultats relatifs aux aspects organisationnels.....	69
Tableau C2	Résultats relatifs aux indicateurs de performance des services, en phase aiguë (cases de couleur si indicateur clé)	71
Tableau C3	Résultats supplémentaires relatifs aux indicateurs de performance des services, en phase aiguë	73
Tableau D1	Politiques et recommandations en matière de niveaux de soins, selon le système de santé (résumées dans le texte au tableau 5)	75
Tableau D2	Politiques et recommandations relatives aux unités d'AVC en phases aiguë et hyperaiguë (résumées dans le texte au tableau 6)	86
Tableau D3	Critères applicables aux différents centres, selon leur niveau (résumés dans le texte aux tableaux 10 et 11).....	98
Tableau G	Politiques et recommandations en matière de services de réadaptation, en phase post-aiguë (résumées dans le texte au tableau 7)	115
Tableau I1	Critères d'admission en réadaptation spécialisée en AVC utilisés dans deux régions urbaines.....	132

PRÉFACE



Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent une cause majeure de mortalité et de morbidité, entraînant chez certains survivants des séquelles tant physiques que psychologiques importantes. Dans les pays industrialisés, ils représentent la troisième cause de mortalité chez les adultes, après les cardiopathies et les cancers, et la première cause d'incapacité grave. Pour chaque groupe de 100 personnes ayant subi un AVC, 15 décèdent, 10 récupèrent complètement, 25 se rétablissent en conservant une incapacité légère, 40 ont une incapacité résiduelle importante et 10 sont aux prises avec des séquelles si graves qu'elles ont besoin de soins de longue durée.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans le cadre du plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, a demandé à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, à laquelle l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a succédé le 19 janvier 2011, de lui fournir un éclairage sur l'organisation optimale des services et de préciser les entités structurelles, et leurs éléments, devant faire partie du continuum de services pour les personnes victimes d'un AVC ou à risque de le devenir et leurs proches. Selon la Stratégie canadienne de l'AVC, le concept de *continuum de soins de l'AVC* comprend les éléments suivants : la prévention primaire, la promotion de la santé et la sensibilisation du public, la prise en charge de l'AVC, la réadaptation après l'AVC, la prévention des récurrences d'AVC (prévention secondaire), la réintégration sociale et le rétablissement à long terme.

Sur la base de l'information recueillie dans les guides de pratique clinique, les revues systématiques existantes et les politiques et expériences observées à l'extérieur du Québec, ce rapport fait l'analyse critique des éléments d'infrastructures requis et des modes d'organisation des soins et services, à la lumière du contexte québécois.

En interaction avec et en appui à un groupe de travail ministériel formé d'experts du milieu, ayant le mandat de soutenir le déploiement du continuum de soins, l'INESSS en arrive à plusieurs constats qui permettront de paver la voie à des propositions concrètes relativement aux phases hyperaiguë, aiguë et postaiguë de l'AVC, ainsi qu'à la prévention secondaire. Les travaux se poursuivent au sein du groupe de travail, entre autres, sur le front des modalités organisationnelles et de la réadaptation. Comme l'AVC est à la fois une urgence, dont la gravité des conséquences dépend de la rapidité d'intervention, et une maladie chronique, l'implantation de stratégies d'intervention efficaces et coordonnées aura des répercussions importantes sur la survie des personnes ayant subi ou à risque de subir un AVC ainsi que sur leur qualité de vie et celle de leurs proches aidants.

Juan Roberto Iglesias, M.D., M. Sc.,
président-directeur général

L'AVIS EN BREF

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent une cause majeure de mortalité et de morbidité au Québec, entraînant pour certains survivants des séquelles physiques et psychologiques importantes. En 2008-2009, cette maladie a provoqué, entre autres, 11 940 hospitalisations. Comme près de 80 % des AVC sont de nature ischémique, la rapidité d'intervention des services préhospitaliers et hospitaliers représente un élément crucial pour minimiser la gravité des séquelles d'un AVC.

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, qui a succédé à l'AETMIS en janvier 2011, a préparé une évaluation approfondie pour apporter un éclairage sur l'organisation optimale des services aux personnes ayant subi ou à risque de subir un AVC et à leurs proches. L'information s'appuie sur les données probantes, notamment les guides de pratique clinique, les revues systématiques et des politiques et expériences observées en Angleterre, en Australie et en Ontario.

Cinq types d'infrastructures devant fournir des services tout au long du continuum de services en matière d'AVC ont été retenus : l'unité d'AVC (*stroke unit*), le centre d'AVC (*stroke centre*), les cliniques de prévention secondaire, les services de réadaptation et la télé-AVC. Le rapport définit les caractéristiques attendues de chacun de ces types d'entités structurelles ainsi que les trajectoires optimales des patients ou usagers durant les phases hyperaiguë, aiguë et post-aiguë de l'AVC. Ces différents points sont repris afin d'être mis en relation avec le contexte particulier du Québec.

Les constats qui en découlent pavent la voie à des propositions concrètes applicables au Québec, principalement en ce qui a trait aux points suivants :

- l'organisation hiérarchique des centres hospitaliers de soins de courte durée, y compris les liens servant au transfert des patients;
- l'accès à l'imagerie diagnostique en temps opportun;
- la mise en place d'unités d'AVC dans tous les centres hospitaliers de niveaux secondaire et tertiaire ayant la masse critique nécessaire au maintien de l'expertise;
- l'accès à la thrombolyse en temps opportun grâce aux corridors de services préhospitaliers;
- le soutien à la décision clinique et à l'administration locale de la thrombolyse intraveineuse à l'aide de la télé-médecine, dans les centres de soins de courte durée primaires des régions éloignées ne disposant pas d'une unité d'AVC;
- la réadaptation précoce pour tous les patients ayant subi un AVC, sans égard au type de centre hospitalier où ils sont admis;
- la participation du patient et de ses proches aidants tout au long du processus de soins;
- la planification du congé rapide avec soutien;
- les critères d'admissibilité relatifs aux services spécialisés de réadaptation, qu'ils soient offerts en établissement, en ambulatoire ou à domicile;
- l'accès aux services de proximité offerts par les centres de santé et de services sociaux (soutien à la réintégration sociale, réadaptation non spécialisée) lors du suivi, après la phase de réadaptation spécialisée;
- l'accès en temps opportun aux cliniques de prévention secondaire, qui demeurent en lien avec les services hospitaliers et les soins primaires;
- la mise en application des guides de pratique clinique par tous les professionnels soignants;
- l'évaluation périodique de la performance, accompagnée d'une rétroaction à tous les acteurs concernés.



COLLABORATEURS

Ce rapport a été préparé en accompagnement du Comité aviseur ministériel neurosciences/AVC mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux. L'INESSS remercie les membres du Comité pour leur contribution, qui a permis d'enrichir le contenu du rapport et d'assurer l'exactitude de l'information et la qualité du travail. Compte tenu de cette participation active du Comité, ce rapport n'a pas été soumis à d'autres lecteurs externes.

L'annexe B présente la liste des membres du Comité.

Autres contributions

Outre les membres du Comité aviseur, l'Institut tient aussi à remercier la D^{re} Nieves Rodriguez, chercheure consultante, qui a contribué aux premiers travaux de rédaction de ce rapport.

Divulgarion de conflits d'intérêts

Aucun conflit à signaler.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions de toutes les personnes consultées dans le cadre de ce dossier.

RÉSUMÉ

Introduction

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans le cadre du plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, entendait consolider l'organisation des services offerts aux personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral (AVC) et à leurs proches. Le MSSS a demandé à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) de lui fournir un éclairage sur l'organisation optimale des services et de préciser les entités structurelles, et leurs éléments, devant faire partie du *continuum de services en matière d'AVC*. Simultanément, le MSSS mettait en place un groupe de travail formé d'experts du milieu, dont le mandat était de soutenir le déploiement du continuum de services, et l'AETMIS a collaboré aux travaux de ce groupe. Précisons que le 19 janvier 2011, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a succédé à l'AETMIS ainsi qu'au Conseil du médicament, en vertu d'un décret mettant en application une loi adoptée le 10 juin 2010.

Problématique

Les AVC constituent une cause majeure de mortalité et de morbidité, entraînant chez certains survivants des séquelles tant physiques que psychologiques importantes. Dans les pays industrialisés, ils représentent la troisième cause de mortalité chez les adultes, après les cardiopathies et les cancers, et la première cause d'incapacité grave. Selon les statistiques disponibles, il y a eu, en 2005-2006, 38 341 hospitalisations attribuables aux AVC aigus au Canada. Au Québec, en 2008-2009, on a observé 11 940 hospitalisations. On évalue qu'environ le tiers des personnes ayant subi un AVC ou un accident ischémique transitoire (AIT), examinées au service des urgences, ne sont pas hospitalisées. Les AVC peuvent être de nature ischémique (irrigation sanguine insuffisante) ou hémorragique (intracérébrale ou sous-arachnoïdienne non traumatique). La gravité des conséquences des AVC ischémiques, qui comptent pour près de 80 % de tous les AVC, dépend fortement des délais de la thrombolyse (chronodépendance).

Selon un constat fait en 2008 sur l'état des services en matière d'AVC au Québec, on notait plusieurs difficultés en ce qui touche l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de santé. Sur le plan de l'accessibilité, on observait des retards occasionnés par l'absence d'hierarchisation des services de santé physique, la personne ayant subi un AVC n'étant pas fréquemment acheminée directement à l'endroit le plus apte à répondre à ses besoins. On déplorait également l'absence de milieux responsables de la prévention secondaire pour assurer une gestion efficace des facteurs de risque présents chez une personne présumée victime d'un premier AVC ainsi que des délais d'obtention d'examen diagnostiques chez cette clientèle. Enfin, on soulignait le défi que présentait l'accès à la réadaptation en temps opportun, et avec l'intensité souhaitable.

Au chapitre de la continuité, l'absence de corridors de services entre les divers établissements ou centres était notamment reconnue comme une difficulté importante. Finalement, divers facteurs compromettaient la qualité des services, comme l'application non systématique des meilleures pratiques reconnues par l'ensemble des organismes du domaine et le manque de mesures officielles d'assurance de la qualité et d'amélioration continue.

Il est essentiel que la prise en charge des patients qui ont subi un AVC ou un AIT (accident ischémique transitoire) s'inscrive dans le cadre d'un continuum de soins et services. Selon la Stratégie canadienne de l'AVC mise de l'avant en 2008 et actualisée en décembre 2010, le concept de *continuum de soins de l'AVC (continuum of stroke care)* comprend les éléments suivants : la prévention primaire, la promotion de la santé et la sensibilisation du public, la prise en charge des AVC hyperaigus et aigus, la réadaptation après l'AVC, la prévention des récurrences d'AVC (prévention secondaire) et la réintégration sociale. Le présent rapport est plus particulièrement axé sur les étapes de prise en charge en phase aiguë, la prévention secondaire de l'AVC et la réadaptation, conformément au mandat conféré.

Méthodologie

Les questions d'évaluation abordées se concentrent sur les exigences minimales attendues en matière de structure, de ressources humaines et techniques, de processus et de volumes minimaux de clientèle pour chacune des entités suivantes. Ces dernières doivent composer l'architecture d'un continuum de soins et services pour la clientèle cible, dans le but d'assurer une offre de services de qualité :

- 1) l'unité d'AVC (*stroke unit*),
- 2) le centre d'AVC (*stroke centre*),
- 3) les cliniques de prévention secondaire,
- 4) les services de réadaptation; et, comme complément,
- 5) la télémédecine appliquée à l'AVC (ou télé-AVC).

Étant donné la nature du mandat reçu et l'abondance d'information sur le sujet, la recherche et l'extraction des données ont d'abord visé les guides de pratique clinique, les revues systématiques existantes et les politiques et expériences observées à l'extérieur du Québec. L'analyse critique de ces documents et de leur revue des données probantes a conduit à l'extraction des données pertinentes aux fins du présent rapport. L'information portant sur le contexte québécois provient du rapport d'experts qui traite du projet de développement d'un continuum de services en matière d'AVC au Québec, produit en 2008, ainsi que des apports du groupe de travail ministériel d'experts, au fur et à mesure de l'avancement des travaux (2009-2010).

Organisation des soins en Angleterre, en Australie et en Ontario

Trois expériences d'organisation de soins (et services) en matière d'AVC ont été retenues dans le présent rapport, soit l'Angleterre, l'Australie et l'Ontario, selon les critères suivants : existence d'une politique de soins bien élaborée relative à l'AVC et à l'AIT, disponibilité de la documentation sur l'organisation des soins, et évaluation de la performance et de la stratégie de soins.

L'**Angleterre** (et le Royaume-Uni, en général) a montré un intérêt grandissant pour l'amélioration des soins et services en matière d'AVC et l'évaluation de l'implantation des bonnes pratiques. Des audits périodiques, des lignes directrices de pratique et des cadres de référence organisationnels ont été publiés. Le premier *National Sentinel Stroke Audit* a été mené en 1998 dans trois pays du Royaume-Uni, soit l'Angleterre, le pays de Galles et l'Irlande du Nord, et il est repris depuis, aux deux ans. En 2009, en Angleterre, toutes les organisations gérant des hôpitaux de soins de courte durée (*acute trusts*) et recevant des patients ayant subi un AVC disposaient d'une unité d'AVC, et la thrombolyse était disponible dans 71 % de ces établissements. En outre,

seule l'Angleterre avait mis sur pied des unités d'AVC spéciales pour la phase dite « hyperaiguë » (*hyperacute stroke unit* ou HASU), qui offrent des services spécialisés (imagerie cérébrale, thrombolyse) jour et nuit. Le plus récent audit organisationnel (réalisé en 2010) montre que 45 % des *acute trusts* en Angleterre, au pays de Galles et en Irlande du Nord ont accès à une équipe spécialisée consacrée au congé rapide avec soutien.

L'**Australie** a implanté en 2002 une politique sur la mise en place d'unités d'AVC, le *National Stroke Unit Program* qui met l'accent sur l'offre de soins équitables et optimaux dans tout le pays. Ainsi, des investissements importants ont été faits en 2003-2004 pour améliorer les unités d'AVC existantes ou en établir de nouvelles. Des cadres de référence, des guides de pratique clinique nationaux et des méthodes d'évaluation de la performance ont été élaborés depuis le début du programme et des audits ont été réalisés, tant sur la phase aiguë que postaiguë.

En **Ontario**, dès 1997, le gouvernement a établi une stratégie propre aux AVC, qui a nécessité 70 millions de dollars d'investissements et a conduit à la mise en place de 11 réseaux régionaux de services en matière d'AVC. L'*Ontario Stroke Network* (OSN) a aujourd'hui pour but d'améliorer l'accès aux soins préventifs et curatifs en se basant sur des données probantes afin de diminuer l'incidence, la mortalité et l'incapacité résiduelle attribuables à l'AVC. L'OSN a la responsabilité d'assurer le continuum de services en mettant de l'avant des changements organisationnels, en sensibilisant le public et en offrant de la formation aux professionnels. L'*Institute for Clinical Evaluative Sciences* (ICES) a réalisé deux audits du système ontarien relatifs à l'AVC. La réadaptation dans le continuum de soins a fait l'objet d'un rapport de consensus qui définit les composantes d'un réseau provincial de réadaptation en matière d'AVC et précise des normes de pratique.

Une comparaison des expériences de ces trois systèmes de santé a pu être faite à l'aide des indicateurs de performance disponibles, bien que de nombreux facteurs en limitent la portée, comme les différences dans les périodes de temps à l'étude. L'analyse indique que c'est l'Angleterre (résultats combinés avec le pays de Galles et l'Irlande du Nord) qui a montré la plus forte progression dans l'utilisation des services d'une unité d'AVC : trois patients sur quatre ayant subi un AVC ont passé au moins une partie de leur séjour hospitalier dans une unité d'AVC en soins de courte durée (en 2008), comparativement à un patient sur deux, en Australie (en 2009), et à un patient sur cinq, en Ontario (en 2004-2005). Ce sont également les trois pays du Royaume-Uni qui présentent la plus forte proportion globale de patients ayant subi un AVC ischémique et qui ont bénéficié d'une thrombolyse intraveineuse, soit 9 % (en 2009), comparativement à 3 %, en Australie (en 2009), et à presque 4 %, en Ontario (en 2004-2005). Par contre, l'Australie présente les meilleurs résultats en ce qui a trait aux services d'imagerie : environ 90 % des patients nécessitant une tomodensitométrie en 2009 ont eu leur examen dans les 24 heures suivant la survenue de leur AVC. Les résultats propres à l'Ontario (en 2004-2005) et à l'Angleterre (en 2008) étaient respectivement de 69 % et de 57 %. Enfin, à l'égard d'autres interventions effectuées pendant des périodes de temps similaires (c.-à-d. celles relatives à l'Angleterre et à l'Australie), l'Angleterre apparaît comme le système qui a le plus progressé pour ce qui est de l'évaluation multidisciplinaire des patients ayant subi un AVC.

Synthèse des données probantes et des documents de politique

Les informations extraites sont organisées sous trois rubriques : la phase aiguë, la réadaptation en phase post-aiguë et la prévention secondaire.

Phase aiguë

L'efficacité des unités d'AVC offrant des soins durant la phase aiguë a été démontrée à ce jour par de multiples études, dont une revue clé de la Collaboration Cochrane. Les données probantes relatives aux paramètres organisationnels définissant les unités d'AVC et les documents de politique des trois systèmes de santé examinés permettent de dégager des points communs sur ces infrastructures. Sur le plan de l'organisation, une unité d'AVC doit répondre aux caractéristiques suivantes :

- unité physiquement distincte et bien définie,
- accès à du personnel ayant une expertise spécialisée en AVC et en réadaptation,
- accès à une équipe multidisciplinaire (qui se réunit au moins toutes les semaines),
- utilisation de protocoles de soins par les professionnels,
- réadaptation précoce pour tous les patients et
- assurance de la qualité.

Une masse critique de patients, soit près de 100 par année, en milieu urbain, est nécessaire. Dans tous les systèmes de santé étudiés, une hiérarchie de soins et services en matière d'AVC a été établie. Les établissements destinés aux personnes ayant subi un AVC sont classifiés selon les niveaux de soins. Dans cette classification, l'accès à l'imagerie cérébrale et le nombre de patients ayant subi un AVC admis chaque année jouent un rôle central. Toutefois, l'AVC étant une urgence chronodépendante, l'accès en temps opportun à la thrombolyse (tPA) chez les patients qui peuvent bénéficier de ce traitement représente un facteur crucial. Il existe en général trois niveaux de centres :

- centres avec ou sans accès à la tPA (niveau primaire);
- centres disposant d'une unité d'AVC (niveau secondaire); et
- centres surspécialisés traitant des cas d'AVC complexes (niveau tertiaire).

Plusieurs publications récentes synthétisent les connaissances portant sur l'efficacité de la télémédecine. Cette modalité appliquée aux soins de l'AVC (ou « télé-AVC ») peut être utile dans plusieurs étapes du continuum de soins (prévention secondaire, formation des professionnels, réadaptation), mais le plus souvent, l'accent est mis sur la transmission d'images radiologiques durant les phases hyperaiguë et aiguë de soins de l'AVC afin de soutenir la décision quant à l'administration de la thrombolyse.

Phase post-aiguë (réadaptation)

La phase post-aiguë du continuum de services en matière d'AVC, qui se concentre sur la réadaptation, présente deux modalités : les services aux usagers admis en centre de réadaptation et les services externes rendus en ambulatoire ou à domicile. Après son congé du centre de soins de courte durée, l'utilisateur qui ne peut fonctionner en toute sécurité dans son milieu de vie et qui a besoin de réadaptation est orienté vers un

établissement offrant des services spécialisés de réadaptation en phase postaguë. Parmi les points essentiels concernant les centres de réadaptation spécialisée en AVC recensés dans la littérature, on retrouve :

- une équipe interdisciplinaire consacrée aux AVC, offrant des services organisés et coordonnés;
- une évaluation initiale des personnes orientées vers ces services, y compris des personnes ayant des atteintes légères, réalisée le plus tôt possible;
- des interventions d'intensité appropriée balisées par un plan établi, selon les besoins des usagers et leur tolérance individuelle;
- la formation du personnel;
- la participation des usagers et des proches;
- la planification du congé avec soutien (le plus tôt possible); et
- un accès aux services externes de réadaptation.

Prévention secondaire

Selon la stratégie canadienne de l'AVC, la prévention secondaire est « une approche clinique qui est établie au cas par cas, dans le but de réduire le risque de récurrence d'accidents vasculaires chez les personnes qui ont déjà subi un AVC ou un AIT et chez les sujets qui présentent un ou plusieurs problèmes de santé ou facteurs de risque qui les exposent à un risque élevé d'AVC ». Plusieurs systèmes de santé ont mis en place des cliniques de prévention secondaire de l'AVC et de l'AIT; les définitions de la clientèle cible, des services offerts ou du personnel requis varient selon les contextes, mais, en général, on reconnaît deux types bien distincts de clientèles. La première clientèle présente un AIT, un AVC soupçonné ou un AVC léger et nécessite une évaluation urgente et l'accès aux examens diagnostiques (notamment l'imagerie cérébrale) et aux traitements. Selon les données probantes, cette stratégie rapide permet de diminuer le risque de récurrence et serait coût/efficace pour tous les patients qui ont reçu un diagnostic confirmé d'AIT ou d'AVC. L'autre clientèle, dont l'état médical est stable, requiert un soutien dans la maîtrise des facteurs de risque, cette intervention pouvant être offerte en première ligne dans le cadre d'une approche intégrée de suivi des facteurs de risque des maladies chroniques.

Mise en contexte pour le Québec

Un premier Comité avisier ministériel avait dressé un portrait du contexte québécois et de la situation des soins et services en matière d'AVC, en 2008. L'actuel groupe de travail ministériel, dans ses échanges avec l'AETMIS (INESSS), a examiné différentes propositions qui seraient les plus appropriées pour assurer un meilleur continuum de services au Québec. Il s'agit de propositions portant sur les points suivants :

- la hiérarchisation des infrastructures selon trois niveaux;
- les caractéristiques attendues des centres hospitaliers de soins de courte durée traitant des AVC, selon leur niveau;
- les caractéristiques attendues des centres de réadaptation spécialisée;
- la trajectoire des patients en phases hyperaiguë et aiguë, qui comprend un algorithme décisionnel quant à l'orientation des personnes chez qui l'on soupçonne un AVC aigu;
- la trajectoire des usagers en réadaptation durant la phase postaguë.

Ces différentes propositions sont détaillées dans le présent rapport.

Conclusions

Au terme de cette évaluation, l'INESSS dégage plusieurs constats sur les caractéristiques attendues des principales entités structurelles devant fournir des services tout au long du continuum ainsi que sur les trajectoires optimales des patients ou usagers en phases hyperaiguë, aiguë et postaiguë de l'AVC. Leur mise en relation avec le contexte particulier du Québec pave la voie à des propositions concrètes portant principalement sur les points suivants :

- l'organisation hiérarchique des centres hospitaliers de soins de courte durée, y compris les liens servant au transfert des patients;
- l'accès à l'imagerie diagnostique en temps opportun;
- la mise en place d'unités d'AVC dans tous les centres hospitaliers de niveaux secondaire et tertiaire ayant la masse critique nécessaire au maintien de l'expertise;
- l'accès à la thrombolyse en temps opportun grâce aux corridors de services préhospitaliers;
- le soutien à la décision clinique et à l'administration locale de la thrombolyse intraveineuse à l'aide de la télémédecine, dans les centres de soins de courte durée primaires des régions éloignées ne disposant pas d'une unité d'AVC;
- la réadaptation précoce pour tous les patients ayant subi un AVC, sans égard au type de centre hospitalier où ils sont admis;
- la participation du patient et de ses proches aidants tout au long du processus de soins;
- la planification du congé rapide avec soutien;
- les critères d'admissibilité équitables aux services spécialisés de réadaptation, qu'ils soient offerts en établissement, en ambulatoire ou à domicile;
- l'accès aux services de proximité offerts par les centres de santé et de services sociaux (soutien à la réintégration sociale, réadaptation non spécialisée) lors du suivi, après la phase de réadaptation spécialisée;
- l'accès en temps opportun aux cliniques de prévention secondaire, qui demeurent en lien avec les services hospitaliers et les soins primaires;
- la mise en application des guides de pratique clinique par tous les professionnels soignants;
- l'évaluation périodique de la performance, accompagnée d'une rétroaction à tous les acteurs concernés.

Certains travaux se poursuivent au sein du groupe de travail ministériel pour définir des modalités organisationnelles et les instruments à privilégier au Québec : par exemple, la pertinence et la faisabilité d'une équipe de garde en AVC, les outils cliniques servant au triage, les modalités organisationnelles relatives à la prévention secondaire, les outils propres à la réadaptation et la télé-AVC.

SUMMARY

ORGANIZATION OF STROKE CARE SERVICES: REVIEW OF THE EVIDENCE, POLICIES AND EXPERIENCES

Introduction

In its *2005-2010 Action Plan for Seniors Who Have Lost Autonomy*, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) aimed to consolidate organized health services for people with or at risk of stroke and their families and informal caregivers. The ministry asked the Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) to provide a perspective on the best way to organize these services and to provide details on the structural entities, and their components, that should be part of the *continuum of stroke care services*. At the same time, the ministry established a working group of experts in the field with the mandate to support the implementation of the continuum, and AETMIS worked in collaboration with this group. It should be noted that on January 19, 2011, the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) succeeded AETMIS and the Conseil du médicament by decree, in accordance with a law enacted on June 10, 2010.

Background

Stroke is a major cause of mortality and morbidity, leading to significant physical and psychological effects among certain survivors. In industrialized countries, stroke is the third leading cause of mortality in adults, after heart disease and cancer, and the leading cause of severe disability. According to available statistics, in 2005-2006, a total of 38,341 hospitalizations were attributable to acute stroke in Canada; in Quebec, 11,940 stroke hospitalizations occurred in 2008-2009. It is estimated that approximately one-third of those who experience a stroke or transient ischemic attack (TIA) and who are seen in emergency rooms are not hospitalized. Strokes can be ischemic (insufficient blood supply) or hemorrhagic (non-traumatic intracranial or subarachnoid bleed). The severity of the consequences of ischemic stroke, which accounts for nearly 80% of all strokes, is highly dependent on the delay to thrombolytic treatment (time-sensitiveness).

In 2008, an expert advisory report carried out for the ministry on the state of stroke care in Quebec found several problems affecting healthcare service accessibility, continuity and quality. With respect to accessibility, treatment delays appeared to relate to the lack of a hierarchical structure in physical health services: people experiencing a stroke were often not initially received at the facility best suited to meet their needs. The report also deplored both a lack of secondary prevention settings to effectively manage risk factors in people suspected of having had a first stroke, and the wait times for diagnostic tests for these clients. Lastly, the report highlighted the challenge of providing timely access to rehabilitation services with the intensity required.

With respect to continuity, the lack of service corridors between the various healthcare facilities was notably recognized as an important problem. Various factors compromised the quality of services, such as a non-systematic application of recognized best practices and the lack of formal quality assurance and continuous improvement measures.

It is essential that the management of patients with stroke or TIA be part of a continuum of care. According to the Canadian Stroke Strategy launched in 2008 and updated in December 2010, the *continuum of stroke care* includes the following elements: primary prevention, health promotion and public awareness, hyperacute and acute stroke management, stroke rehabilitation, prevention of stroke recurrence (secondary prevention) and community reintegration. The present report focuses on acute stroke management, secondary stroke prevention and stroke rehabilitation, in accordance with its given mandate.

Methodology

The assessment questions in this report address the expected minimum requirements regarding structure, human and technical resources, and processes of care, as well as minimum client volumes, for each of the following entities forming the organizational framework for a stroke care continuum, in order to provide quality services:

- (1) stroke units;
- (2) stroke centres;
- (3) secondary prevention clinics;
- (4) rehabilitation services, and, as a complement to this framework,
- (5) stroke telemedicine.

Given the nature of the given mandate and the abundance of information on these topics in general, the literature search and data extraction focused on clinical practice guideline documents, existing systematic reviews and healthcare policies and experiences in stroke observed outside Quebec. Critical analysis of these documents and their reviews of the evidence formed the basis of the extraction of data for this report. Information on the Quebec context arose from the 2008 advisory report on development of the continuum of stroke care services in Quebec and from interactions with the MSSS expert working group as its work progressed (in the period 2009-2010).

Organization of care in England, Australia and Ontario

The stroke care experiences of three healthcare systems – England, Australia and Ontario – were examined for this report. The criteria for selecting these jurisdictions were the following: existence of a well-developed stroke/TIA care policy, availability of literature on stroke care organization, and evaluation of performance of the stroke/TIA strategy.

England (and the United Kingdom, in general) has shown growing interest in improving stroke care and in evaluating the implementation of best practices. Periodic audits, clinical practice guidelines and organizational frameworks have all been published. The National Sentinel Stroke Audit was first conducted in 1998 in three U.K. countries (England, Wales and Northern Ireland), and has since been performed every two years. In 2009, all the organizations managing acute care hospitals in England (known as *acute trusts*) which admitted stroke patients, had stroke units; 71% of acute trusts provided thrombolytic treatment. Furthermore, England is the only region studied that has established hyperacute stroke units (HASUs), offering specialized services (e.g. brain imaging, thrombolysis) 24 hours a day. The latest organizational audit (conducted in 2010) showed that

45% of acute trusts in England, Wales and Northern Ireland have access to specialized stroke teams for early supported discharge from hospital.

In 2002, **Australia** implemented a policy on establishing stroke units, the National Stroke Unit Program, that focused on providing equitable and best practice care throughout the country. Substantial investment was made in 2003-2004 to improve existing stroke units or to establish new ones. Organizational frameworks, national clinical practice guidelines and performance measurement methods have been developed since the start of the program, and audits have been conducted on both acute and post-acute services.

In 1997, the **Ontario** government established a stroke strategy that required an investment of \$70 million and led to the development of eleven regional stroke networks. The Ontario Stroke Network (OSN) currently aims to improve access to evidence-based preventive and curative services with a view to reducing stroke incidence, mortality and resulting disability. The OSN is responsible for ensuring the continuum of services by promoting organizational change, educating the public and offering professional development. The Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) has conducted two audits of stroke care in Ontario. Rehabilitation within the continuum of care was addressed in a consensus report which defined the components of a provincial stroke rehabilitation network and specified practice standards.

Using available performance indicators, a comparison of the experience in stroke care in these three healthcare systems was carried out, keeping in mind several limitations of this analysis, such as data arising from different time periods. Results indicate that England (at times based on data combined with Wales and Northern Ireland) has shown the greatest progress in the use of stroke units: three out of four stroke patients spent at least part of their acute hospital stay in a stroke unit (in 2008), compared with one out of two patients in Australia (in 2009) and one out of five patients in Ontario (in 2004-2005). In addition, the three U.K. countries recorded the highest overall proportion of ischemic stroke patients who received intravenous thrombolysis, at 9% (in 2009), compared with 3% in Australia (2009) and nearly 4% in Ontario (2004-2005). Australia, on the other hand, had the best results in terms of imaging services: about 90%

of patients requiring computed tomography in 2009 were tested within 24 hours of stroke onset. The comparable percentages for Ontario (2004-2005) and England (2008) were 69 and 57%, respectively. Lastly, regarding other available results from similar time periods (i.e., comparing England and Australia), England seems to be the jurisdiction that has made the most headway in multidisciplinary assessment of stroke patients.

Synthesis of the evidence and policies

The extracted information in this report is organized according to three themes: the acute care phase, the post-acute rehabilitation phase and secondary prevention.

Acute care

To date, the effectiveness of stroke units has been demonstrated in multiple studies, including a key review by The Cochrane Collaboration. The evidence on the organizational parameters specific to stroke units and the policy documents of the three healthcare systems examined allowed for identification of elements in common. On an organizational level, a stroke unit should meet the following criteria:

- a geographically-defined unit;
- access to staff with specialized expertise in stroke and rehabilitation;
- access to a multidisciplinary team (that meets at least once a week);
- use of care protocols by the healthcare professionals;
- early rehabilitation for all patients; and
- quality assurance activities.

A critical volume of patients, of roughly 100 per year in urban areas, is necessary. All three healthcare systems studied have established a hierarchical structure for stroke services. The facilities for stroke patients are classified according to the level of care. Access to brain imaging and the annual number of admissions for stroke play a central role in this classification. However, given that stroke is a time-sensitive emergency, a critical factor is timely access to thrombolysis (tPA) for patients likely to benefit. There are three levels of facilities in general:

- hospitals with or without access to tPA (primary level);
- hospitals with a stroke unit (secondary level); and
- highly specialized hospitals for treating complex stroke cases (tertiary level).

Several recent publications have synthesized the evidence on the effectiveness of telemedicine.

This modality in systems of stroke care, known as *telestroke*, may be useful at various stages in the continuum of care (secondary prevention, professional development, rehabilitation) but focuses most often on the transmission of radiological images during the hyperacute and acute phases of stroke care, in order to support the decision whether to administer thrombolysis.

Post-acute care (rehabilitation)

The post-acute phase in the continuum of stroke care services, which focuses on rehabilitation, proceeds via two modalities: services for people admitted to rehabilitation centres, and services received on an outpatient basis or at home. After discharge from an acute care hospital, patients needing rehabilitation and unable to function safely in their home environment are referred to inpatient facilities offering specialized post-acute rehabilitation. Among the essential elements for specialized stroke rehabilitation facilities in the literature examined are:

- an interdisciplinary team dedicated to stroke care and offering coordinated, organized services;
- an initial assessment of patients referred to these services, including those with mild impairments, as soon as possible;
- interventions with appropriate intensity governed by a plan adapted to patients' needs and their individual tolerance;
- professional development and education;
- participation of patients and their families/informal caregivers;
- discharge planning, as early as possible; and
- access to outpatient rehabilitation services.

Secondary prevention

Secondary stroke prevention is an individually based clinical approach to reducing the risk of recurrent vascular events in individuals who have already

experienced a stroke or transient ischemic attack and in those who have one or more of the medical conditions or risk factors that place them at high «risk of stroke». Several healthcare systems have established secondary prevention clinics for stroke and TIA. While the target clientele, services offered and staffing requirements are context-specific, two general types of clients can be distinguished. One type presents with a TIA, a suspected stroke or a mild stroke and requires urgent assessment and access to diagnostic tests (especially brain imaging) and to treatments. According to the evidence, this rapid strategy allows for a reduction in the risk of recurrence and could be cost effective for all patients with a confirmed diagnosis of TIA or stroke. The other type of client is medically stable but needs support for risk factor control; this intervention can be offered in primary care as part of an integrated follow-up approach for chronic disease risk factors.

Application to Quebec

In 2008, the first expert advisory committee provided an overview of Quebec's context and situation regarding stroke care and services. Through interactions with AETMIS (INESSS), the current ministerial expert working group examined various proposals that would be most appropriate in order to provide a better continuum of stroke care services in Quebec. These proposals related to the following:

- a hierarchical division of infrastructure into three levels;
- the expected characteristics of acute care hospitals treating stroke patients, according to the facility's level in the hierarchy;
- the expected characteristics of specialized rehabilitation centres;
- service pathways for stroke patients in the hyperacute and acute phases of care, including a decisional algorithm for the referral pathways for patients suspected of acute stroke;
- service pathways for rehabilitation clients during the post-acute phase of care.

The above proposals are discussed in detail in the report.

Conclusions

At the end of this assessment, INESSS identified several points of consensus on the expected characteristics of the main structures that should provide services along the continuum of stroke care,

and on the optimal pathways for patients or clients in the hyperacute, acute and post-acute phases. Relating these to the particular context of Quebec allowed for concrete proposals chiefly regarding the following points:

- hierarchical organization of acute care hospitals, with links for patient transfer;
- timely access to diagnostic imaging;
- development of stroke units in all secondary and tertiary acute care hospitals with the critical volume of patients required to maintain expertise;
- timely access to thrombolysis through the use of prehospital service pathways;
- clinical decision support and local administration of intravenous thrombolysis through telemedicine in primary acute care hospitals unequipped with stroke units in remote regions;
- early rehabilitation for all stroke patients, regardless of the type of hospital where they are admitted;
- participation of patients and their families/ informal caregivers throughout the care process;
- planning of early supported discharge;
- equitable eligibility criteria for specialized rehabilitation services, whether offered in an institution, on an outpatient basis, or at home;
- access to local follow-up services offered by CSSS (Centres de santé et de services sociaux), including community reintegration support and non-specialized rehabilitation, after the specialized rehabilitation stage;
- timely access to secondary prevention clinics linked to hospital services and primary care;
- application of clinical practice guidelines by all healthcare professionals;
- periodic performance measurement, coupled with feedback to all stakeholders concerned.

The MSSS expert working group is continuing its work defining the organizational models and tools to support for Quebec, including such issues as the appropriateness and feasibility of on-call stroke triage teams, clinical triage instruments, organizational models for secondary prevention, clinical tools used in rehabilitation and telestroke.

ABBREVIATIONS ET ACRONYMES

ABCD ²	<i>Age, blood pressure, clinical symptoms, duration of symptoms and diabetes</i>
AGREE	<i>Appraisal of guidelines research and evaluation</i>
AHA	<i>American Heart Association</i>
AIT	Accident ischémique transitoire
AMSTAR	<i>A measurement tool to assess reviews</i>
ASA	<i>American Stroke Association</i>
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
AVAQ	Année de vie ajustée en fonction de la qualité
AVC	Accident vasculaire cérébral
CH	Centre hospitalier
CLSC	Centre local de services communautaires
CPASS	<i>Cincinnati prehospital stroke scale</i>
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DoH	Department of Health (Royaume-Uni)
ECG	Électrocardiogramme
EBRSR	<i>Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation</i>
ETP	Équivalents temps plein
F.A.S.T.	<i>Face, Arms, Speech, Time to call for ambulance</i> (sensibilisation du public)
FAST	<i>Face arm speech test</i> (outil)
HASU	<i>Hyper acute stroke unit</i>
HSFO	<i>Heart and Stroke Foundation of Ontario</i>
ICES	<i>Institute for Clinical Evaluative Sciences</i>
IRM	Imagerie par résonance magnétique
LAPSS	<i>Los Angeles prehospital stroke scale</i>
LHIN	<i>Local Health Integration Network</i>
MASS	<i>Melbourne acute stroke scale</i>
MIF	Mesure d'indépendance fonctionnelle

MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
NIHSS	<i>National Institutes of Health stroke scale</i>
NSF	<i>National Stroke Foundation (Australie)</i>
OSS	<i>Ontario Stroke System</i>
OSN	<i>Ontario Stroke Network</i>
RAIS	Réadaptation axée sur l'intégration sociale
RCP	<i>Royal College of Physicians (Royaume-Uni)</i>
RLS	Réseau local de services
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
ROSIER	<i>Recognition of stroke in the emergency room</i>
R.-U.	Royaume-Uni
SC-AVC	Stratégie canadienne de l'AVC
SCORE	<i>Stroke Canada Optimization of Rehabilitation through Evidence</i>
SF-NZ	<i>Stroke Foundation of New Zealand</i>
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SUTC	<i>Stroke Unit Trialists' Collaboration</i>
TDM	Tomodensitométrie (cérébrale)
tPA	<i>Tissue plasminogen activator (activateur tissulaire du plasminogène)</i>
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

1.1 Contexte de la demande

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans le cadre du plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, entendait consolider l'organisation des services offerts aux personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral (AVC) et à leurs proches (clientèle cible) [MSSS, 2005]. C'est dans ce contexte qu'un groupe de travail ministériel, composé d'experts québécois, a déposé un document intitulé *Projet de développement d'un continuum de services pour les personnes victimes d'un AVC ou à risque de le devenir et à leurs proches*, en février 2008 [Comité aviseur ministériel, 2008].

Dans ce document, le Comité aviseur ministériel a formulé des recommandations dans le but d'assurer la mise en œuvre progressive du continuum de services en tenant compte des paramètres d'organisation. Ces recommandations ont été formulées après que la problématique et des difficultés en matière d'accessibilité, de continuité et de qualité des services aient été précisées [Comité aviseur ministériel, 2008].

Parmi les difficultés reliées à l'accessibilité aux services, le rapport du Comité mentionnait : les délais d'accès, occasionnés par la méconnaissance des signes avant-coureurs de l'AVC chez les premiers intervenants, des retards fréquemment engendrés par l'absence d'hiérarchisation des services de santé physique en vertu de laquelle une personne serait acheminée directement à l'endroit le plus apte à répondre à ses besoins, l'absence de milieux responsables de la prévention secondaire pour assurer une gestion efficace des facteurs de risque présents chez une personne présumée victime d'un premier AVC, et les délais d'obtention des examens diagnostiques chez cette clientèle. Selon le Comité, l'accès à la réadaptation en temps opportun, et avec l'intensité souhaitable, constituait également un défi que le système de santé québécois devait relever. La continuité des services présentait aussi des difficultés, attribuables, notamment à l'absence de corridors de services entre les divers fournisseurs de services. Finalement, le Comité mentionnait que divers facteurs compromettaient la qualité des services, comme l'application non systématique des meilleurs pratiques reconnues par l'ensemble des organismes du domaine et le manque de mesures officielles d'assurance de la qualité et d'amélioration continue.

Dans ce contexte, le MSSS a demandé à l'AETMIS, à qui a succédé, le 19 janvier 2011, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), de lui fournir un éclairage sur l'organisation optimale des services et de préciser les entités structurelles, et leurs éléments, devant faire partie du *continuum de services* en matière d'AVC. Simultanément, le MSSS a mis en place un groupe de travail formé d'experts du milieu et lui a donné le mandat de soutenir le déploiement du continuum de services dans ce domaine. L'AETMIS a collaboré aux travaux de ce groupe en 2009-2010, en fournissant des informations tirées de la littérature scientifique et des expériences d'autres systèmes de santé. Ces informations sont colligées et analysées dans le présent rapport.

1.2 Accidents vasculaires cérébraux

1.2.1 Définitions

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont définis comme le développement d'un syndrome de dysfonction cérébrale aiguë d'origine vasculaire [ASPC, 2009]. Les trois grands types d'AVC sont les accidents ischémiques cérébraux (irrigation sanguine insuffisante), les hémorragies intracérébrales (saignements dans le cerveau) et les hémorragies sous-arachnoïdiennes non traumatiques (rupture d'un anévrisme à la base du cerveau) [ASPC, 2009]. L'AVC hémorragique représente environ 20 % de tous les accidents vasculaires cérébraux¹. En général, la récupération fonctionnelle est meilleure dans le cas des AVC hémorragiques que dans les cas d'AVC ischémiques [Paolucci *et al.*, 2003]. De plus, en fonction de l'importance de l'ischémie et de sa durée, la symptomatologie peut être plus ou moins grave. Un AVC léger se définit comme un AVC subclinique, s'accompagnant par exemple de troubles cognitifs, de fatigabilité ou de ralentissement. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) correspondent à une ischémie réversible dont les symptômes régressent en moins de 24 heures, souvent même en moins d'une heure, et sans signe d'infarctus cérébral [Cumbler et Glasheen, 2009]. Le risque de subir un AVC dans les 90 jours suivant un AIT est estimé à 10 %; toutefois, environ la moitié (4 à 5 %) de ces AVC surviendraient dans les 48 heures qui suivent le premier AIT [Couillard *et al.*, 2009].

Les thromboses et les embolies sont la cause principale des AVC ischémiques². La thrombolyse, par l'administration intraveineuse d'un activateur tissulaire du plasminogène (tPA), par exemple, peut limiter les effets néfastes d'un AVC ischémique sur la santé, si elle est effectuée en temps opportun. La décision de procéder à une thrombolyse doit être prise après que des examens d'imagerie cérébrale en centre hospitalier (CH) aient confirmé l'absence d'une origine hémorragique de l'AVC. Pour obtenir un effet bénéfique, l'administration d'un agent thrombolytique doit se faire rapidement après l'apparition des symptômes, dans les premières heures. Le traitement efficace de l'AVC ischémique en phase aiguë est donc chronodépendant, au même titre que l'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST). En effet, la thrombolyse est une option de traitement initial pour les deux maladies, mais dans le cas de l'infarctus, l'examen diagnostique décisif est l'électrocardiogramme (ECG), alors que pour l'AVC, c'est l'imagerie cérébrale. À chaque heure qui s'écoule sans traitement, le cerveau perd autant de neurones qu'en 3,6 ans de vieillissement normal [Saver, 2006].

Plusieurs problèmes de santé ou facteurs de risque exposent une personne à un risque élevé d'AVC : le mode de vie (alimentation, apport en sodium, tabagisme, exercice, poids et consommation d'alcool), l'hypertension, la dyslipidémie, les antécédents d'AVC ou d'AIT, la fibrillation auriculaire et la sténose carotidienne [Lindsay *et al.*, 2008].

1.2.2 L'AVC en chiffres

Les AVC constituent une cause majeure de mortalité et de morbidité, entraînant chez certains survivants des séquelles tant physiques que psychologiques importantes. Dans les pays industrialisés, ils représentent la troisième cause de mortalité chez les adultes, après les cardiopathies et les cancers, et la première cause d'incapacité grave³. Le rôle

1. Fondation des maladies du cœur du Québec. Statistiques [site Web]. Disponible à : <http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c/kpIQKVOxFoG/b.3669917/k.9F47/Statistiques.htm#acc> (consulté le 1^{er} novembre 2010).

2. European Stroke Organization (ESO). Frequently asked questions on stroke [site Web]. Disponible à : http://www.eso-stroke.org/faq_01.php?cid=8 (consulté le 1^{er} novembre 2010).

3. *Ibid.*

de l'âge et le vieillissement de la population laissent prévoir une augmentation de l'incidence et du fardeau relatif de cette maladie pour la société [ASPC, 2009].

Selon les statistiques disponibles, il y a eu, en 2005-2006, 38 341 hospitalisations attribuables aux AVC aigus au Canada [ASPC, 2009]. Au Québec⁴, en 2008-2009, on a observé 11 940 hospitalisations, dont environ 3 000 à Montréal et 1 000 dans la région de la capitale nationale⁵. Ainsi, à toutes les heures, une personne est hospitalisée à la suite d'un AVC, au Québec.

Le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires [sic] évalue qu'environ le tiers des personnes ayant subi un AVC ou un AIT, examinées au service des urgences, ne sont pas hospitalisées [ASPC, 2009]. On estime donc que chaque année, environ 50 000 Canadiens subissent un AVC et que les coûts associés avoisinent 3,6 milliards de dollars (statistiques de 2000)⁶. On estime également que, pour chaque personne qui subit un AVC symptomatique, dix autres subissent un AVC « silencieux » qui entraîne un léger déficit cognitif, une perte de la vision ou des troubles du langage [ASPC, 2009].

Pour chaque groupe de 100 personnes ayant subi un AVC, 15 décèdent, 10 récupèrent complètement, 25 se rétablissent en conservant une incapacité légère, 40 ont une incapacité résiduelle importante et 10 conservent des séquelles si graves qu'elles ont besoin de soins de longue durée⁷. Au Canada, à l'heure actuelle, quelque 300 000 personnes sont aux prises avec les séquelles d'un AVC [ASPC, 2009]. Parmi les Canadiens ayant subi un AVC, 60 % ont besoin d'aide pour accomplir leurs activités de la vie quotidienne, et 84 % se disent limités dans leur capacité d'effectuer des activités qu'elles aiment faire [ASPC, 2009]. Plus de la moitié des personnes ayant subi un AVC éprouvent de la difficulté à accomplir des tâches domestiques ou ont des restrictions lors du retour à une vie sociale normale [Mayo *et al.*, 2002].

1.2.3 Cheminement des personnes ayant subi un AVC

Voici un aperçu global du parcours typique des personnes ayant subi un AVC dans un système de santé. Les AVC seront abordés différemment selon qu'il s'agit d'AVC légers, modérés ou graves. En tout temps, c'est le médecin, en collaboration avec le patient et sa famille, qui définit le niveau de soins approprié. L'offre de services peut être large, mais la décision finale à propos des soins « proportionnés » doit respecter le choix du patient et de ses proches [CMQ, 2007].

- Dans la phase aiguë (généralement, les sept premiers jours), certains patients ont besoin de services hospitaliers offerts par les centres de soins de courte durée relativement à la stabilisation médicale, particulièrement dans la phase « hyperaiguë » (les premières 72 heures). Le rôle du système préhospitalier est également central, pour que le transport à l'hôpital des patients y ayant recours (particulièrement ceux qui peuvent bénéficier d'un traitement thrombolytique) se fasse au centre qui l'offre en temps opportun. Un certain nombre de patients nécessitent des soins intensifs pendant

4. Selon la définition d'un AVC de la Stratégie canadienne de l'AVC (codes CIM-10 : I60, I61, I63 (excl. I63.6), I64, I67.6, G08, G45 (excl. G45.4) et H34.1) et les données disponibles au Portail informationnel santé et services sociaux [site Web]. Disponible à : <http://www.informa.msss.rtss.qc.ca/Details.aspx?id=B9D06q1XzuU=&j=7p8e WWFQyK4=>.

5. Selon la définition d'un AVC de la Stratégie canadienne de l'AVC (codes CIM-10 : I60, I61, I63 (excl. I63.6), I64, I67.6, G08, G45 (excl. G45.4) et H34.1) et les données disponibles au Carrefour montréalais d'information sociosanitaire (CMIS). Web Explorateur Med-Écho [site Web]. Disponible à : http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/fr/medecho/presentation_medecho.html (accessible uniquement au personnel du réseau sociosanitaire).

6. Fondation des maladies du cœur du Québec. Statistiques [site Web]. Disponible à : <http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kpIQKVOxFOg/b.3669917/k.9F47/Statistiques.htm#acc> (consulté le 1^{er} novembre 2010).

7. *Ibid.*

cette période. Dans le cas d'AVC légers, il faut également tenir compte du dépistage et de la prise en charge dans la hiérarchisation des services.

- Dans la phase post aiguë qui suit (généralement, après les sept premiers jours) :
 - les personnes hospitalisées et dont l'état médical est stable peuvent avoir leur congé du centre de soins de courte durée. Leurs besoins en services en réadaptation varient selon la gravité de leur AVC, leurs atteintes, et d'autres facteurs personnels, comme leurs objectifs;
 - les personnes ayant un niveau d'autonomie suffisant retournent dans leur milieu de vie; il se peut qu'elles aient besoin de services de proximité (par exemple, services de réadaptation externes en ambulatoire ou à domicile, soutien social);
 - les personnes qui présentent des incapacités significatives et qui ont besoin de services de réadaptation spécialisée sont admises dans un centre de réadaptation, pouvant avoir à y séjourner pendant une longue période, ou encore reçoivent ces services en ambulatoire;
 - les personnes ayant des besoins particuliers, comme des soins en fin de vie ou une aide à la vie autonome, peuvent être orientées vers des milieux de vie substituts;
 - après leur congé d'un centre de réadaptation, certaines personnes peuvent encore avoir des besoins en réadaptation et (ou) de soutien dans leur milieu de vie; les services externes répondent en général à ces besoins.

1.3 Définition du continuum de services en matière d'AVC

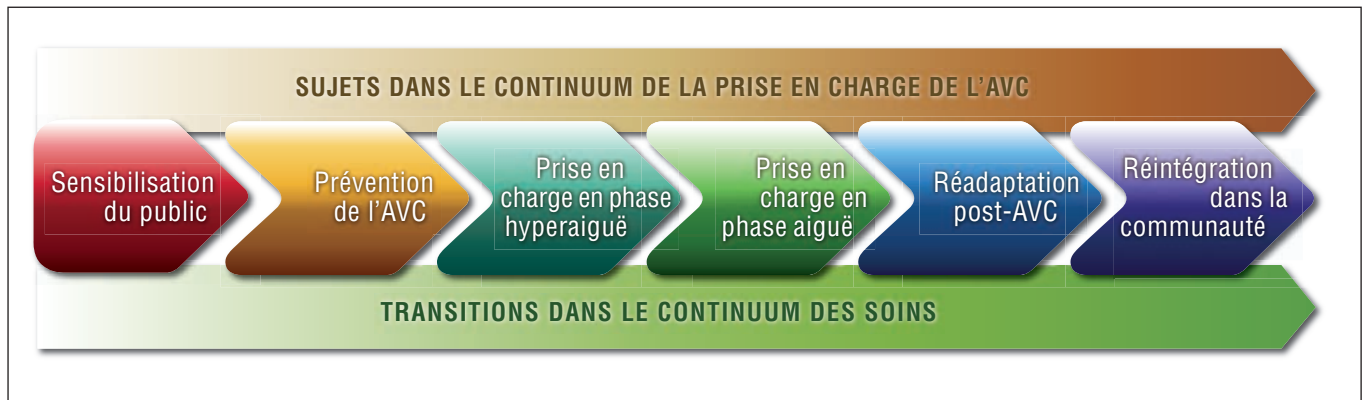
La prise en charge des patients ayant subi un AVC ou un AIT s'inscrit dans le cadre d'un continuum de services. Selon la Stratégie canadienne de l'AVC, le concept de *continuum de soins de l'AVC (stroke care continuum)* inclut les éléments suivants :

- 1) prévention primaire;
- 2) promotion de la santé et sensibilisation du public;
- 3) prise en charge de l'AVC hyperaigu et aigu;
- 4) réadaptation après l'AVC;
- 5) prévention des récurrences d'AVC (prévention secondaire);
- 6) réintégration sociale; et
- 7) rétablissement à long terme [Lindsay *et al.*, 2008].

La Stratégie canadienne de l'AVC a le but de « concevoir et [d']appliquer une approche coordonnée et intégrée pour la prévention de l'AVC, son traitement, la réadaptation des patients et leur réintégration dans leur milieu de vie, dans chaque province et territoire du Canada » [Lindsay *et al.*, 2008]. La prise en charge efficace de la personne ayant subi un AVC/AIT par la mise en œuvre de pratiques optimales de soins, fondées sur les données probantes, dans tout le continuum de soins et services, est au cœur de la Stratégie canadienne.

La figure 1 représente ce continuum.

Figure 1
Étapes du continuum de soins de l'AVC selon la Stratégie canadienne de l'AVC



Source : Lindsay *et al.*, 2010.

Le présent rapport fait état des services offerts aux personnes ayant subi un AVC et à leurs proches, mais sans que le volet concernant les proches ne soit abordé de façon détaillée. La population visée est la clientèle adulte seulement, puisqu'il existe trop peu de données probantes relatives aux enfants. Également, le rapport cible plus particulièrement les étapes de prise en charge en phase aiguë, la prévention secondaire de l'AVC et la réadaptation, conformément au mandat conféré. Les thèmes de la prise en charge en phase hyperaiguë et de la réintégration sociale sont moins élaborés, sauf lorsqu'ils sont reliés aux phases mentionnées précédemment. Bien que la promotion de la santé et la prévention primaire de l'AVC ne soient pas traitées, leur rôle important, en aucune façon, n'est pris à la légère. Notre description des étapes du continuum inclura parfois les liens entre elles (par exemple : le lien entre les services d'urgence préhospitalière et hospitalière durant la phase hyperaiguë), mais il n'appartient pas au présent rapport d'examiner l'ensemble des liens entre les services ou les organisations.

2.1 Demande d'évaluation

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé à l'AETMIS (INESSS) de décrire les exigences minimales attendues de chacune des entités structurelles devant composer l'architecture d'un continuum de services pour la clientèle cible afin d'assurer une offre de services de qualité. Cette description doit s'appuyer sur les données probantes publiées, les meilleures pratiques reconnues et les politiques et expériences observées à l'extérieur du Québec. Le MSSS a également précisé les entités devant être examinées : 1) l'unité d'AVC (*stroke unit*), 2) le centre d'AVC (*stroke centre*), 3) les cliniques de prévention secondaire et 4) les services de réadaptation. Les éléments à analyser sont les structures, les ressources humaines et techniques ainsi que les processus et volumes minimaux de clientèle nécessaires. Au cours des premières interactions entre l'AETMIS (INESSS) et le groupe de travail ministériel, la télémédecine a été choisie comme enjeu additionnel d'intérêt pour le MSSS.

2.2 Questions abordées dans ce rapport

De cette demande, les questions d'évaluation suivantes ont été formulées :

- 1) En ce qui concerne d'autres systèmes de santé,
 - a) Quels sont les structures et les processus recommandés pour les unités d'AVC, les centres d'AVC, les cliniques de prévention secondaire et les services de réadaptation (selon les documents de politique et les guides de pratique)?
 - b) Comment les services en matière d'AVC sont-ils organisés en général et comment sont-ils hiérarchisés?
 - c) Quelles sont les données récentes sur les indicateurs de performance relatifs aux services en matière d'AVC?
- 2) En ce qui concerne les données probantes,
 - a) Quels sont les structures et les processus pour les unités d'AVC, les centres d'AVC, les cliniques de prévention secondaire et les services de réadaptation appuyés par les données probantes et recommandés par les lignes directrices de pratique et (ou) d'autres revues systématiques récentes?
 - b) Quels sont les modèles organisationnels de services en matière d'AVC appuyés par les données probantes?
 - c) Quels sont les modèles d'utilisation de la télémédecine appuyés par les données probantes?
- 3) Si on utilise les informations recueillies aux questions précédentes,
 - a) Quelles sont les exigences minimales attendues quant aux services en matière d'AVC, si on met l'accent sur les unités d'AVC, les centres hospitaliers des différents niveaux, les services de réadaptation et les cliniques de prévention secondaire?
 - b) Quels sont les mécanismes recommandés permettant la continuité informationnelle, relationnelle et clinique entre chacun des maillons du continuum de services?

3.1 Type d'évaluation

Étant donné la nature du mandat reçu et l'abondance d'information sur le sujet, la recherche et l'extraction de l'information ont d'abord ciblé les guides de pratique clinique et les revues systématiques existants. L'analyse critique de ces documents et de leur revue des données probantes a conduit à l'extraction de l'information pertinente aux fins du présent rapport. L'évaluation de la qualité a été réalisée à l'aide de grilles validées. La grille AGREE II (*Appraisal of guidelines research and evaluation*) a servi à l'évaluation d'un guide de pratique clinique et AMSTAR (*a measurement tool to assess reviews*), à l'appréciation d'une revue systématique. La littérature grise a également été recherchée et analysée, dans le but de repérer des stratégies de lutte contre les AVC mises en place dans d'autres systèmes de santé.

Plus spécialement, pour répondre à la question 1 (section 2.2), le choix des systèmes de santé s'est basée sur les critères de sélection suivants : 1) politique de soins bien élaborée relativement aux AVC et aux AIT dans le système de santé; 2) documentation disponible (en anglais ou français) sur l'organisation des soins en AVC; et 3) évaluation disponible de la performance de la stratégie des soins en matière d'AVC et d'AIT. Dans les trois systèmes de santé retenus (Angleterre, Australie et Ontario), les stratégies nationales ou régionales, les lignes directrices d'organisation des services pertinentes et les données sur la performance ont été révisées.

La réponse à la question 2 (section 2.2) est basée sur l'analyse des revues systématiques et des lignes directrices récentes approuvées par différents organismes et associations professionnels (p. ex., le Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires [sic], l'*American Stroke Association*, le *Royal College of Physicians*, le *National Health Service* du Royaume-Uni et la *National Stroke Foundation* d'Australie).

Pour répondre à la question 3 (section 2.2), une synthèse des informations provenant de toutes les sources mentionnées a été menée et mise en parallèle avec les données propres au contexte du Québec, fournies par le groupe de travail ministériel.

Dans nos recherches et analyses, nous avons mis l'accent sur les unités d'AVC, les centres d'AVC, les services de réadaptation et les cliniques de prévention secondaire, tout en reconnaissant que ces services font partie d'un grand continuum de soins et services propre à l'AVC et à l'AIT.

3.2 Recherche de la littérature

3.2.1 Bases de données et Internet

Les bases de données MEDLINE, The Cochrane Library, Embase, ERIC, All EBM Reviews, Current Contents et PsycINFO ont été interrogées afin de repérer la littérature scientifique publiée, y compris les guides de pratique clinique (voir la section suivante pour consulter les stratégies de recherche utilisées). De plus, nous avons fait une recherche dans la banque du *Center for Reviews and Dissemination* (composante du *National Institute for Health Research* et département de l'Université de York, en Angleterre) sur les rapports d'évaluation des technologies et les revues systématiques portant sur l'organisation des services en matière d'AVC. Les documents propres aux trois systèmes de santé sélectionnés ont été repérés sur Internet lors de la recherche

particulière des sites consacrés à l'AVC, des audits et des guides de pratique (p. ex., *Guidelines International Network, National Guideline Clearinghouse*; voir l'annexe A).

3.2.2 Stratégies de recherche bibliographique

Les stratégies de recherche (mots clés y compris) sont présentées à l'annexe A. Nous avons limité la recherche aux publications en anglais, français, espagnol et allemand, publiées entre janvier 2000 et la fin juin 2010. Une première recherche a été effectuée à la fin mai 2009, suivie d'une mise à jour à la fin juin 2010. Une mise à jour définitive de la recherche des audits (Angleterre, Australie, Ontario) a été réalisée en août 2010. Nous avons recherché également la littérature grise. Une liste des principaux sites Web apparaît à l'annexe A. Une mise à jour définitive de la recherche des guides de pratique clinique a été achevée en octobre 2010.

3.3 Sélection des articles

3.3.1 Types de documents

Le type de documents sélectionnés, selon les différentes questions, est présenté ci-dessous :

Questions d'évaluation	Types de documents sélectionnés
1 a-c	Documents de politique (les plus récents) Audits (au moins les deux séries d'évaluations les plus récentes)
2 a-c (tous les sujets, à l'exception de la télémédecine)	Guides de pratique clinique disponibles au Canada, en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis (les plus récents) Revue systématique clés citées dans ces guides
2 a-c (télémédecine)	Revue systématique, rapports d'évaluation des technologies, guides de pratique clinique et revues narratives publiés entre 2008 et 2010
3 a-b	Toutes les sources mentionnées ci-dessus

L'INESSS prépare en parallèle un rapport propre aux soins de réadaptation destinés aux patients ayant subi un AVC et ses sources d'information sont complémentaires à celles de la section du présent document consacrée à la réadaptation.

3.3.2 Utilisation des guides de pratique clinique

Le guide de pratique clinique de la Stratégie canadienne de l'AVC [Lindsay *et al.*, 2008] et celui de la *National Stroke Foundation (NSF)* de l'Australie [NSF, 2010] sont les deux principales sources d'information. Le premier est un document canadien⁸ et l'autre est le guide le plus récent repéré par notre recherche bibliographique. Les recommandations de ces deux guides ont été rapportées; les recommandations des guides du Royaume-Uni et des États-Unis ont été ajoutées lorsqu'elles apportaient de l'information additionnelle.

8. Une mise à jour des lignes directrices canadiennes [Lindsay *et al.*, 2008] a été publiée en décembre 2010 et nous faisons état de ce point à la section 3.4.

3.4 Méthodes de contextualisation

L'AETMIS (INESSS) a accompagné le groupe de travail ministériel d'experts québécois (voir la liste des membres et le tableau des interactions avec le comité, à l'annexe B) et a intégré les informations contextuelles fournies par les experts au fur et à mesure de l'avancement des travaux. Le tableau B1 résume les interactions avec ce groupe.

Une mise à jour des lignes directrices canadiennes [Lindsay *et al.*, 2008] a été publiée en décembre 2010 (source de la figure 1), alors que l'étape finale de rédaction s'achevait. Bien que nous n'ayons pu incorporer tous les éléments de cette mise à jour, nous sommes assurées que les informations et principes extraits des lignes directrices de 2008 et cités dans le présent rapport n'avaient pas été modifiés.

L'information portant sur le contexte québécois provient également du rapport d'experts sur les soins et services en matière d'AVC au Québec, produit en 2008. Une description exhaustive de l'organisation des soins et services relative aux AVC au Québec ne fait pas l'objet du présent rapport. Un état de la situation des pratiques cliniques en matière d'AVC à l'échelle pancanadienne vient d'être terminé et les résultats sont attendus en 2011.

ORGANISATION DES SOINS DE L'AVC EN ANGLETERRE, EN AUSTRALIE ET EN ONTARIO

Dans le présent chapitre, nous présentons un portrait général de l'AVC, des grandes lignes des politiques en matière d'AVC et de l'organisation des soins et services propres aux AVC en Angleterre, en Australie et en Ontario. Nous faisons aussi état des résultats des évaluations (audits) les plus récents des structures et processus propres aux AVC. L'annexe C fournit des informations plus détaillées.

4.1 Aperçu de trois systèmes de santé

4.1.1 Angleterre

4.1.1.1 Portrait général

L'Angleterre, pays constituant du Royaume-Uni⁹, comptait 51,8 millions d'habitants en 2010¹⁰. L'AVC était la troisième cause de mortalité en Angleterre, en 2005, et représentait 11 % des décès [DoH, 2007]. Près de 900 000 personnes ont déjà subi un AVC, dont 300 000 sont aux prises avec des séquelles modérées à graves, ce qui en fait la première cause d'incapacité chez les adultes, en Angleterre. Chaque année, près de 110 000 personnes subissent un AVC, dont 25 % ont moins de 65 ans. L'AVC coûte près de 7 milliards de livres sterling (£) par année, soit 2,8 milliards £ au système de santé, 2,4 milliards £ en soins prolongés et 1,8 milliard £ en perte de productivité attribuable à l'incapacité.

Durant la dernière décennie, l'Angleterre (et le Royaume-Uni, en général¹¹) a montré un intérêt grandissant pour l'amélioration des soins et services en matière d'AVC et l'évaluation de l'implantation des bonnes pratiques. Des audits périodiques, des lignes directrices de pratique et des cadres de référence organisationnels ont été publiés. La stratégie nationale de lutte contre les AVC en Angleterre, publiée en 2007, propose un plan sur dix ans et met l'accent sur le cheminement du patient victime d'un AVC ou d'un AIT en phase aiguë ainsi que sur la mise en place de réseaux de services cliniques [DoH, 2007].

Le premier audit national, le *National Sentinel Stroke Audit*, a été mené en Angleterre, au pays de Galles et en Irlande du Nord, en 1998, et il est repris depuis, aux deux ans. Les résultats organisationnels et les résultats cliniques font l'objet de deux publications distinctes depuis 2008. Tous les regroupements d'établissements de soins de courte durée (*acute trusts*) ayant admis des victimes d'AVC ont participé depuis 2004 [Royal College of Physicians, 2010]. Un audit préparé par le *National Audit Office*, publié en 2010, dresse un portrait de l'organisation des services en matière d'AVC en 2009, en Angleterre seulement [NAO, 2010]. Cet audit comprenait des données hospitalières de tous les

9. Bien que la plus grande partie des informations concerne spécialement l'Angleterre, d'autres données proviennent d'initiatives menées au Royaume-Uni dans son ensemble (y compris l'Angleterre, l'Écosse, le pays de Galles et l'Irlande du Nord) ou dans différents sous-ensembles de territoires (le plus souvent l'Angleterre, le pays de Galles et l'Irlande du Nord).

10. www.statistics.gov.uk, consulté le 5 août 2010.

11. L'Écosse s'est aussi engagée dans la mise en place d'une stratégie de lutte contre les AVC en rendant publiques en 2004 les normes cliniques des services relatifs aux AVC et en les mettant à jour en 2009 [NHS QIS, 2009].

acute trusts et une enquête auprès des victimes d'AVC et de leurs proches aidants. Les principaux résultats des audits organisationnels seront présentés ultérieurement (voir les sections 4.1.1.3 et 4.1.1.4, et le tableau C1 de l'annexe C).

4.1.1.2 Structures

En Angleterre, les *acute trusts* du *National Health Service* (entités légales ou organisations gérant un ou plusieurs hôpitaux de soins de courte durée) supervisent la qualité des soins, la mise en œuvre de services dans les centres hospitaliers et les dépenses. Les soins de l'AVC en Angleterre s'organisent actuellement autour de 28 « réseaux de lutte contre les AVC » (*stroke networks*), la plupart ayant été fusionnés avec les réseaux préexistants de services de cardiologie [NAO, 2010].

Tableau 1

Nombre de structures en AVC selon le type, en Angleterre, en 2009 (N = 188)

Cliniques de prévention secondaire	Unités d'AVC	Unités d'AVC offrant des soins en phase hyperaiguë (HASU)	Centres d'AVC (<i>specialist stroke centre</i>)
Dans 95 % des <i>acute trusts</i>	Dans 100 % des <i>acute trusts</i> Médiane de 26 lits par unité	En implantation dans plusieurs régions, dont Londres, le West Midlands et le Nord-Ouest (y compris la région de Manchester). Dès septembre 2010, 8 unités à Londres (dans les centres d'AVC)**	Aucune mention particulière Dès septembre 2010, au moins 11 centres, y compris 8 à Londres et 3 à Manchester‡

Sources : NAO, 2010 et l'Internet lorsqu'indiqué.

* Barts and The London NHS Trust. First Hyper Acute Stroke Unit opens at The Royal London [site Web]. Disponible à : <http://www.bartsandthelondon.nhs.uk/for-clinicians/news/news-archive/first-hyper-acute-stroke-unit-opens-at-the-royal-london/> (consulté le 10 septembre 2010).

† St George's Healthcare NHS Trust. Stroke services rated country's best in national audit [site Web]. Disponible à : <http://www.stgeorges.nhs.uk/press210.asp> (consulté le 10 septembre 2010).

‡ Salford Royal NHS Foundation Trust. A brighter future for stroke patients in Greater Manchester thanks to new improved Stroke Services [site Web]. Disponible à : <http://www.srft.nhs.uk/media-centre/latest-news/news-archive/news-2010/20100520-stroke-patients/> (consulté le 12 août 2010).

Le nombre de cliniques de prévention secondaire et d'unités offrant des soins en phase aiguë, en Angleterre, et présenté dans le tableau 1 ci-dessus, est principalement basé sur l'audit de 2009 [NAO, 2010]. Tous les *acute trusts* ont une unité d'AVC. Le nombre médian de lits par unité d'AVC est de 26. Presque tous les *acute trusts* (95 %) sont dotés d'une clinique de prévention secondaire (appelée clinique neurovasculaire) offrant des évaluations spécialisées aux patients ayant subi un AIT. Il existe aussi des centres d'AVC en Angleterre qui offrent des services spécialisés et accueillent des patients orientés par d'autres services ou unités, mais les sources consultées ne rapportent pas leur nombre exact.

L'Angleterre a mis sur pied des unités d'AVC offrant des soins en phase hyperaiguë (*hyperacute stroke unit* ou HASU) (voir le tableau 1). En effet, dans certaines régions plus densément peuplées (Londres, Manchester), le transport en ambulance se fait directement vers les centres disposant de ce type particulier d'unités [NAO, 2010], qui offrent des services spécialisés (imagerie cérébrale, thrombolyse) jour et nuit, même en présence d'autres hôpitaux plus proches. Ces patients sont généralement transférés de l'HASU à une unité d'AVC dans les 72 heures suivant leur stabilisation [Sudlow et Warlow, 2009].

4.1.1.3 Résultats de l'évaluation des soins en phase aiguë

En Angleterre, en 2009, tous les *acute trusts* recevant des patients ayant subi un AVC avaient une unité d'AVC [NAO, 2010], comparativement à 82 %, en 2004 [RCP, 2005] (voir le tableau C1, à l'annexe C). La thrombolyse était disponible dans 71 % des *acute trusts*, comparativement à 18 %, en 2006 [NAO, 2010]. Il existe des ententes avec les services préhospitaliers dans 72 % des hôpitaux. La proportion des *acute trusts* où une clinique de prévention secondaire est disponible est passée de 78 %, en 2006, à 95 %, en 2009. Ces cliniques sont ouvertes en moyenne trois jours par semaine, et comptent un temps d'attente moyen de six jours (comparativement à douze jours, en 2006). Une modélisation sur les changements dans la survie des personnes ayant subi un AVC attribuables aux modifications dans l'organisation des services faites depuis 2006 estime que la probabilité de décès dans les dix ans qui suivent l'AVC serait diminuée de 4 points (de 71 à 67 %). En traduisant ce gain et la réduction d'incapacité en années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ) et en tenant compte de l'augmentation des coûts par patient relatifs aux nouveaux services, cette modélisation a estimé un rapport coût/efficacité différentiel de 5500 £/AVAQ, ce qui est très avantageux selon les normes généralement utilisées de 20 000 à 30 000 £/AVAQ [NAO, 2010].

Au moment de finaliser le présent rapport, les plus récents résultats du *National Sentinel Stroke Audit* (partie organisationnelle) étaient publiés [RCP, 2010]. Ces résultats confirment le nombre élevé d'unités d'AVC en Angleterre et le fait que 90 % des patients ayant subi un AVC étaient hospitalisés dans une unité spécialisée au moment de l'audit. Cependant, seulement 42 % des unités d'AVC avaient les cinq caractéristiques retenues dans l'audit comme incontournables pour assurer l'efficacité des unités d'AVC et qui sont tirées des publications de la *Stroke Unit Trialists' Collaboration* (SUTC). Ces cinq caractéristiques sont les suivantes :

- un médecin spécialisé en AVC;
- des liens étroits avec les groupes ou associations de patients et de proches aidants;
- des réunions de l'équipe multidisciplinaire aux fins de la planification des soins aux patients au moins toutes les semaines;
- la communication d'informations sur les AVC aux patients; et
- la disponibilité de ressources aux fins de la formation professionnelle.

Quatorze pour cent des unités d'AVC fournissant des soins aux patients dans les premières 72 heures suivant un AVC satisfont aux sept critères de « haute qualité », selon le *National Sentinel Stroke Audit*, soit :

- le monitoring physiologique en continu,
- l'accès immédiat à la tomodensitométrie cérébrale (TDM),
- l'admission directe à l'unité d'AVC,
- la visite des spécialistes au moins une fois par jour,
- l'utilisation de protocoles ou de guides de pratique clinique,
- la présence d'infirmières ayant reçu une formation sur le dépistage de la dysphagie,
- la présence d'infirmières ayant reçu une formation sur l'évaluation et la prise en charge de l'AVC.

Peu de patients sont admis directement dans une unité d'AVC à partir de la salle d'urgence : plus de 40 % des centres (Angleterre, pays de Galles et Irlande du Nord) rapportent qu'ils hospitalisent les patients ayant subi un AVC dans des lits « non spécialisés » (au moins initialement), malgré la présence d'unités d'AVC. En 2008,

seulement 17 % des patients ayant subi un AVC ont été admis dans une unité d'AVC dans les quatre heures suivant leur arrivée à l'hôpital [RCP, 2009]. Les évaluateurs ont noté des améliorations dans l'accès aux ressources spécialisées dans les unités d'AVC, en 2010, bien que l'accès aux psychologues cliniciens ait été disponible dans seulement 39 % des unités [RCP, 2010].

Malgré l'amélioration dans l'utilisation de la thrombolyse intraveineuse observée ces dernières années, un tiers seulement des *acute trusts* en Angleterre offrent un accès jour et nuit, tous les jours de la semaine. Selon les résultats de l'audit le plus récent, il y a plus de cliniques de prévention secondaire en Angleterre, au pays de Galles et en Irlande du Nord, en comparaison des années précédentes; elles prennent en charge plus de patients ayant subi un AIT et le délai d'attente diminue. Toutefois, seulement 10 % des *acute trusts* offrent un accès aux cliniques tous les jours de la semaine et à l'imagerie carotidienne « le même jour » aux patients à risque élevé d'AVC. Presque la moitié des centres hospitaliers admettent les patients ayant subi un AIT à faible risque d'AVC, ce qui pourrait être considéré comme une utilisation inappropriée des ressources restreintes (voir la section 5.3).

4.1.1.4 Résultats de l'évaluation des soins en phase post aiguë

Les audits cliniques menés en Angleterre, au pays de Galles et en Irlande du Nord ne fournissent pas beaucoup de résultats sur la phase post aiguë. Le plus récent audit organisationnel montre que 45 % des *acute trusts* en Angleterre ont accès à une équipe spécialisée consacrée au congé rapide avec soutien [RCP, 2010], ce qui constitue une nette amélioration par rapport à la proportion rapportée en 2006 (21 %) [RCP, 2007]. Cinquante-neuf pour cent des *acute trusts* ont accès à une équipe de réadaptation locale (spécialisée en AVC ou en neurologie) pour la prise en charge à long terme des patients après le congé [RCP, 2010]. Au total, 45 % des *acute trusts* de l'Angleterre, du pays de Galles et de l'Irlande du Nord ont un service qui offre concrètement une formation générale ou professionnelle aux personnes actives. Dans ces trois pays combinés, 11 % des patients hospitalisés après un AVC étaient orientés vers des milieux d'hébergement après le congé, en 2008, comparativement à 13 % en 2006 et 2004 [RCP, 2009; 2007].

Le plus récent audit a aussi examiné les services dans 298 hôpitaux de soins généraux locaux vers lesquels les patients peuvent être transférés après les soins en phase aiguë en Angleterre, au pays de Galles et en Irlande du Nord [RCP, 2010]. Seulement 29 % de ces hôpitaux avaient des unités de réadaptation en AVC (médiane de 14 lits); seulement un tiers des hôpitaux de soins généraux avait accès à un médecin spécialiste en AVC et un peu plus de la moitié (55 %) avait accès à un orthophoniste cinq jours par semaine. Par contre, il y avait un meilleur accès à la physiothérapie et à l'ergothérapie en semaine, ces services étant disponibles dans 96 % et 94 % de ces hôpitaux, respectivement.

4.1.1.5 Défis futurs

L'Angleterre principalement de même que le pays de Galles et l'Irlande du Nord ont connu de grandes améliorations dans l'accès aux services relatifs à l'AVC dans les cinq dernières années. Par contre, plusieurs points méritent une attention particulière, notamment l'accès aux soins durant les phases hyperaiguë et aiguë (thrombolyse, soins dans une unité d'AVC) en temps opportun, l'application des guides de pratique clinique et l'accès à l'évaluation pendant la fin de semaine pour les patients ayant subi un AIT qui sont à risque élevé de récurrence [RCP, 2010]. En réadaptation posthospitalière, le

National Sentinel Stroke Audit de 2010 recommande un accès plus rapide aux services de qualité et au congé rapide avec soutien. De plus, il est recommandé que les services de réadaptation des hôpitaux locaux appliquent les mêmes normes que celles des unités d'AVC spécialisées.

4.1.2 Australie

4.1.2.1 Portrait général

L'Australie comptait 22,4 millions d'habitants en 2010¹². L'AVC y était la deuxième cause de mortalité [NSF, 2007a]; en 2003, il représentait 7 % des décès [AIHW, 2006]. On y observait 60 000 cas d'AVC (nouveaux ou récurrents) par an, dont 89 % de patients hospitalisés [NSF, 2009a]. Le taux de mortalité hospitalière relatif au diagnostic principal d'AVC était de 16 % [AIHW, 2006]. Environ 33 % des patients qui ont un premier AVC décèdent dans la première année suivant leur accident vasculaire cérébral [AIHW, 2006]. La politique australienne en AVC met l'accent sur accès équitable à des soins optimaux dans tout le pays, comme l'illustre, depuis 2000, un développement majeur des services en matière d'AVC dans l'État d'Australie occidentale [Department of Health Western Australia, 2006]. L'Australie a implanté en 2002 une politique sur la mise en place d'unités d'AVC, le *National Stroke Unit Program* [NSF, 2008a], en investissant 10 millions de dollars australiens en 2003-2004 pour améliorer les unités d'AVC existantes ou en établir de nouvelles [Gattellari *et al.*, 2009]. Des cadres de référence, des guides de pratique clinique nationaux et des méthodes d'évaluation de la performance ont été élaborés depuis le début du programme [NSF, 2010; 2008a].

En 2007, la *National Stroke Foundation* a procédé à une évaluation de l'implantation de la politique de lutte contre les AVC [NSF, 2007a] et a publié des lignes directrices de soins de l'AVC en phase aiguë [NSF, 2007c]. D'autres documents ont été publiés, y compris :

- les résultats d'un audit clinique sur les soins en phase aiguë [NSF, 2007b];
- un document cadre à la suite des audits de 2007, qui propose des ajustements aux services de soins en phase aiguë [NSF, 2008a];
- les résultats d'un audit des services en réadaptation post-aiguë [NSF, 2008b];
- les résultats d'un audit organisationnel des services en phase aiguë, réalisé en 2009, et comparés aux résultats de 2007 [NSF, 2009a];
- les résultats d'un audit clinique sur les soins en phase aiguë [NSF, 2009b];
- les lignes directrices australiennes concernant l'organisation des services et les soins cliniques à travers tout le continuum [NSF, 2010].

Les principaux résultats des audits organisationnels seront présentés plus loin (voir les sections 4.1.2.3 et 4.1.2.4 et le tableau C1, à l'annexe C).

4.1.2.2 Structures

En fonction des soins offerts aux personnes ayant subi un AVC, les hôpitaux australiens sont classés en quatre catégories, selon l'accès à la TDM (disponibilité en moins de 24 heures, ou non) et le nombre moyen d'admissions par année pour cause d'AVC (voir le tableau 1 ci-dessous) [NSF, 2008a]. Les hôpitaux de catégories A et B sont désignés pour accueillir une unité d'AVC : les hôpitaux de catégorie A devraient respecter toutes

12. Australian Bureau of Statistics, site Web disponible à : <http://www.abs.gov.au> (consulté le 4 août 2010).

les caractéristiques d'une telle unité, alors que certaines pourraient être absentes dans ceux de catégorie B (p. ex., l'administration de la tPA). Les hôpitaux de catégorie C peuvent ou non avoir une unité d'AVC, selon des facteurs locaux (bassin de desserte, contraintes géographiques d'éloignement, corridors de services ou d'aiguillage). Les hôpitaux de catégorie D devraient avoir des protocoles de transfert pour les patients ayant subi un AVC.

Tableau 2
Critères de classification des hôpitaux australiens à l'égard des soins de l'AVC

Composantes des soins	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C	Catégorie D
Accès immédiat à la TDM (en moins de 24 heures)	Sur place	Sur place	Sur place ou à proximité	Aucun accès en moins de 24 heures
Nombre moyen d'admissions par année pour cause d'AVC	≥ 200 : hôpital urbain ≥ 120 : hôpital rural†	100-199 : hôpital urbain 80-119 : hôpital rural	< 100 : hôpital urbain < 80 : hôpital rural	*

Source : NSF, 2008a.

* Ces établissements, qui n'offrent pas d'accès à la TDM, sont classés dans la catégorie D, quel que soit le nombre de patients.

† Un hôpital est dit « rural » lorsque la population qui y a accès est inférieure à 25 000 habitants.

Tableau 3
Nombre de structures de soins de l'AVC selon le type, en Australie, en 2009 (n=206 hôpitaux)

Cliniques de prévention secondaire	Unités d'AVC	Centres d'AVC* (advanced stroke services)	Équipes mobiles spécialisées en AVC
Dans 28 hôpitaux (19 %)	Dans 68 hôpitaux (33 %), médiane de 6 lits par unité (intervalle interquartile : 4-9)	Dans 14 hôpitaux (6,7 %)	Dans 28 hôpitaux (14 %) (6 de ces hôpitaux n'ont pas d'unité d'AVC)

Source : NSF, 2009a.

* On ne retrouve pas le terme centre d'AVC (stroke centre) dans les sources australiennes consultées. Dans le présent rapport, nous considérons que, lorsque les écrits citent des advanced stroke services, il s'agit de centres d'AVC, car ils ont beaucoup de caractéristiques communes avec ceux-ci.

Le nombre de cliniques de prévention secondaire (appelées aussi « cliniques ambulatoires d'AIT ») et de structures de soins de l'AVC en phase aiguë, selon les informations tirées du plus récent audit, est présenté au tableau 3. Les caractéristiques de l'unité d'AVC et du centre d'AVC en Australie sont décrites plus en détail dans les tableaux comparatifs de l'annexe D. En 2009, des 660 hôpitaux du pays, 224 répondaient aux critères d'inclusion de l'audit (hôpitaux offrant des soins en phase aiguë et ayant admis des cas d'AVC dans l'année précédente) et 206 ont fourni des données (taux de réponse de 92 %) [NSF, 2009a]. Sur l'ensemble des hôpitaux, 86 sont de catégories A (n = 48) ou B (n = 38). Le tiers des hôpitaux ayant une unité d'AVC avaient une médiane de six lits par unité. Presque toutes les unités (96 %) étaient situées en milieu urbain. Environ un hôpital sur cinq avait une clinique de prévention secondaire; toutes ces cliniques se trouvaient en milieu urbain. Moins de 10 % des hôpitaux comptaient un centre d'AVC (*advanced stroke services*). Quant aux équipes mobiles spécialisées en AVC, dans la majorité des hôpitaux, elles traitent et suivent des patients qui n'ont pas accès aux unités existantes d'AVC (22 hôpitaux), qui sont incapables de répondre à la demande; dans les autres hôpitaux, elles pallient l'absence d'unités d'AVC (6 hôpitaux).

4.1.2.3 Résultats de l'évaluation des soins en phase aiguë

Selon l'audit de 2009, environ 50 % des patients ayant subi un AVC étaient admis dans une unité d'AVC, alors qu'un tiers recevait des soins dans un hôpital disposant d'une unité d'AVC; cependant, les patients étaient admis dans un autre service [NSF, 2009a]. Il y avait en moyenne 2,5 lits d'unité d'AVC par 100 000 personnes (n = 534 lits spécialisés, au total). Entre 2007 et 2009, il y a eu 14 nouvelles unités d'AVC et une augmentation de 143 lits spécialisés. En 2009, la médiane du nombre de lits par unité dans les hôpitaux de catégorie A était de 8, comparativement à 4 dans les hôpitaux de catégorie B. Quarante-trois pour cent des hôpitaux ont rapporté qu'ils disposaient d'une équipe multidisciplinaire spécialisée dont les membres portaient un intérêt particulier à l'AVC, mais seulement 17 % déclaraient que les patients ayant subi un AVC étaient habituellement pris en charge par une équipe sous la direction d'un spécialiste en AVC. La plupart des hôpitaux avaient accès à des services de physiothérapie et d'ergothérapie (96 % et 90 %, respectivement). La proportion d'hôpitaux ayant accès aux services d'un travailleur social était plus faible (85 %), et même très faible pour ce qui est des psychologues cliniciens (22 %).

L'évaluation du volet sur les processus de soins a permis de conclure que le critère de présence d'ententes entre hôpitaux et services ambulanciers était peu respecté, puisqu'à peine un hôpital sur cinq avait déclaré en avoir un, proportion inchangée depuis 2007. De plus, près de la moitié des hôpitaux (48 %) avaient des protocoles de triage au service des urgences pour reconnaître les victimes d'AVC, en comparaison de 38 %, en 2007. Moins d'un tiers des hôpitaux offraient la thrombolyse (28 %), ce qui représente une légère augmentation depuis 2007 (24 %). Comme l'indique le tableau 3, il y avait 19 % de cliniques de prévention secondaire servant à l'évaluation des patients ayant subi un AIT dans les hôpitaux, en 2009, alors que cette proportion était de 11 %, en 2007 (disponibilité médiane de 3 jours par semaine). Le délai d'attente n'a pas été mesuré.

De plus, les résultats de l'audit de 2009 montrent que seulement 16 % des hôpitaux disposaient d'une équipe affectée au congé rapide avec soutien (même proportion qu'en 2007); cette proportion était de 28 % (19/68) dans les hôpitaux qui avaient une unité d'AVC, alors qu'elle était de 39 % (21/54), en 2007. Ces équipes ont pour but de faciliter un congé à domicile dès que l'état médical du patient est stable et qu'il peut fonctionner en toute sécurité dans son milieu de vie. Même s'il continue d'avoir des besoins en réadaptation, celle-ci se poursuit dans le milieu de vie. Il faut noter ici que seulement 79 % des établissements participants en 2009 faisaient aussi partie de l'audit de 2007 et que la plupart des hôpitaux non inclus en 2009 représentaient de petits hôpitaux situés en milieu rural.

4.1.2.4 Résultats de l'évaluation des soins en phase post-aiguë

Les résultats de l'audit en réadaptation de 2008 montrent que l'application des lignes directrices de soins en phase post-aiguë est en général assez bonne [NSF, 2008b]. Sur les 97 établissements participants offrant de la réadaptation (taux de réponse de 90 %), seulement 8 (8,2 %), situés en milieu urbain, disposaient d'une unité spéciale de réadaptation post-AVC. Alors que les soins de réadaptation étaient coordonnés surtout par un médecin spécialisé en réadaptation (73 %) dans les unités d'hôpitaux urbains, un médecin spécialiste général (*general medical physician*) (42 %) ou un omnipraticien (*general practitioner*) (25 %) exerçaient le leadership médical dans les unités d'hôpitaux ruraux. Les résultats d'un nouvel audit ont été publiés en décembre 2010, alors que nous en étions à la rédaction finale du présent rapport : ils n'ont donc pas pu être pris

en compte. De façon générale, le nombre de professionnels en place, quelle que soit la discipline, restait inférieur aux normes recommandées par l'*Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine*, en 2005. L'accès à des services externes de réadaptation variait selon la région.

L'audit des aspects cliniques (taux de réponse de 63 %; 68 centres de réadaptation) rapporte un manque de normalisation des outils d'évaluation et une faible observance des pratiques recommandées quant à la prévention des complications de l'AVC [NSF, 2008b]. Seulement 37 % des patients transférés vers les centres de réadaptation provenaient d'une unité d'AVC. Lors de l'hospitalisation dans un centre de réadaptation, l'évaluation était faite par les professionnels des disciplines suivantes : physiothérapie (100 %), ergothérapie (99 %), orthophonie (95 %), services sociaux (88 %) et diététique (72 %). L'accès à la psychologie et à la récréothérapie est limité. Parmi les autres résultats, notons que la durée médiane de séjour au centre de réadaptation était de 26 jours, le taux de mortalité (en réadaptation), de 1 %, et le taux de retour au domicile, de 63 % (55 % des patients nécessitant des mécanismes formels de soutien et 8 % aucun). Treize pour cent des patients étaient transférés vers un établissement de soins prolongés après leur congé. Le score médian de la mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) au congé s'élevait à 106¹³.

4.1.2.5 Défis futurs

Sur la base d'une mise à jour de la littérature internationale, les données de l'évaluation et l'apport de cliniciens experts, une structure renouvelée des services en AVC a été proposée, en 2008, en Australie. Elle incluait les normes relatives au type de personnel requis et au nombre d'intervenants nécessaire (en équivalents temps plein) dans une unité d'AVC de dix lits (voir le tableau comparatif D2, à l'annexe D) et de nouveaux indicateurs de performance (voir le tableau C2, à l'annexe C) [NSF, 2008a]. Le document australien mentionne que les unités les plus efficaces sont celles de type « soins complets et intégrés » (*comprehensive*), qui combinent les soins de courte durée et la réadaptation et dans lesquelles les patients séjournent pendant plusieurs semaines : ce type de structure a donc été prôné en Australie, alors que les unités mobiles ne confèreraient aucun avantage à un hôpital de soins généraux [NSF, 2008a; Langhorne *et al.*, 2005]. Le rapport de 2008 de la *National Stroke Foundation* souligne que la mise en place des unités d'AVC dans les hôpitaux constitue un défi majeur. En ce qui concerne les soins en phase post-aiguë, les prochains défis comprennent, entre autres, la mise en place d'un processus pour assurer une plus grande adhésion aux lignes directrices de pratique (p. ex., la formation continue) et une réévaluation des besoins en personnel spécialisé selon les normes de soins et la normalisation des outils d'évaluation clinique [NSF, 2008b].

13. La MIF évalue six domaines de fonctionnement : activités de la vie quotidienne, contrôle des sphincters, transferts, locomotion, communication et cognition. Le score s'échelonne de 18 à 126, un plus grand score correspondant à un meilleur fonctionnement. Une personne qui a besoin d'une assistance minimale ou modérée pour l'ensemble de ces activités obtient un score d'environ 77, alors qu'une personne qui ne requiert que de la supervision obtient un score de 90 et plus.

4.1.3 Ontario

4.1.3.1 Portrait général

En 2010, la province d'Ontario comptait 13 millions d'habitants [MFO, 2010]. Le taux annuel de première hospitalisation pour cas d'AVC ou d'AIT (ajusté en fonction de l'âge et du sexe) a diminué de 23 % entre 2003-2004 et 2007-2008, dans la province, malgré le vieillissement de la population, et représentait 15 514 personnes en 2007-2008 [Hall *et al.*, 2010]. Le taux annuel de mortalité hospitalière relatif aux AVC ou aux AIT (ajusté en fonction de l'âge et du sexe) est passé de 15,8 à 14,8 % entre 2003-2004 et 2007-2008 [Hall *et al.*, 2010]. La mortalité ajustée à 30 jours a aussi diminué, passant de 14,9 % en 2003-2004 à 14,1 % en 2006-2007. En Ontario, près de 100 000 personnes sont aux prises avec les séquelles d'un AVC. Les AVC engendraient des coûts directs et indirects de près d'un milliard de dollars par an dans la province [OSS, 2006].

Dès 1997, le gouvernement ontarien a établi une stratégie de lutte contre les AVC, qui s'est concrétisée en 2000 par la création de l'*Ontario Stroke System* (OSS). Cette stratégie a nécessité 70 millions de dollars d'investissements et a conduit à la mise en place de 11 réseaux régionaux de services en matière d'AVC [OSS, 2007]. En 2004, l'*Ontario Stroke System* a été officiellement établi, après un projet pilote de trois ans dans quatre régions [Cameron *et al.*, 2007]. Il bénéficie d'un financement annuel récurrent de 30 millions de dollars [OSS, 2006]. L'*Ontario Stroke Network* (OSN) a été créé en 2008. Partie intégrante de l'OSS, l'OSN a pour but d'améliorer l'accès aux soins préventifs et curatifs basés sur des données probantes afin de diminuer l'incidence des AVC ainsi que la mortalité et l'incapacité résiduelle qui y sont attribuables [CESN, 2009]. L'OSN a la responsabilité d'assurer le continuum de services en mettant de l'avant des changements organisationnels, en sensibilisant le public et en offrant de la formation aux professionnels.

L'*Institute for Clinical Evaluative Sciences* (ICES) a fait deux audits de l'*Ontario Stroke System*. Le premier audit présente les données comparatives de 2002-2003 et 2004-2005, alors que le second fait état de celles de 2007-2008 mises en parallèle avec les données de 2003-2004 [Hall *et al.*, 2010]. La réadaptation au sein du continuum de soins a fait l'objet d'un rapport de consensus [*Heart and Stroke Foundation of Ontario*, 2007] qui définit les composantes d'un réseau provincial de réadaptation en matière d'AVC et précise des normes de pratique. Quelques résultats organisationnels de ces évaluations seront présentés dans les trois sections qui suivent et dans le tableau C1, à l'annexe C.

4.1.3.2 Structures

L'*Ontario Stroke Network* comprend des centres de traitement des AVC (*district stroke centres*) dont les principales caractéristiques sont : l'utilisation de protocoles écrits relatifs aux soins d'urgence et en phase aiguë, la capacité d'administrer la tPA ainsi que les liens avec la réadaptation et les services de prévention secondaire [Kapral *et al.*, 2009]. Les centres régionaux de traitement des AVC (*regional stroke centres*) sont responsables du leadership, du développement, de l'implantation et de la coordination du continuum de soins en matière d'AVC dans les régions, en plus de servir de centres de référence aux cas nécessitant des soins plus spécialisés. En l'absence de centres régionaux complets, certains centres de districts améliorés ou spécialisés (*enhanced district centres*) sont désignés et accomplissent le mandat régional.

Le tableau 4 présente le nombre de structures de prévention secondaire et de soins en matière d'AVC durant la phase aiguë, sur la base des plus récentes informations disponibles. Les caractéristiques de l'unité d'AVC et du centre d'AVC en Ontario sont décrites dans les tableaux comparatifs (voir l'annexe D). Les 154 hôpitaux de la province, qui ont traité au moins 10 patients ayant subi un AVC ou un AIT, ont participé à l'audit [Kapral *et al.*, 2009]. En 2004-2005, un hôpital sur cinq offrant des soins de courte durée avait une unité d'AVC (y compris des hôpitaux de soins généraux). Cette proportion variait selon le type d'hôpital, de 100 % pour ce qui est des 9 centres régionaux d'AVC à 70,6 % pour ce qui est des 17 centres d'AVC de district ou centres de districts améliorés (*district stroke centres* ou *enhanced district stroke centres*) et à 7,8 % en ce qui a trait aux 128 hôpitaux de soins généraux. Près d'un hôpital sur cinq avait une clinique de prévention secondaire.

Tableau 4
Nombre de structures de soins de l'AVC selon le type, en Ontario, en 2004-2005 (N = 154 hôpitaux)

Cliniques de prévention secondaire	Unités d'AVC	<i>District stroke centres</i>	<i>Regional stroke centres ou enhanced district stroke centres</i>
Dans 28 hôpitaux (18 %)	Dans 31 hôpitaux (20 %)	Dans 15 hôpitaux (9,7 %)	Dans 11 hôpitaux (soit 9 <i>regional</i> et 2 <i>enhanced</i>)

Source : Kapral *et al.*, 2009.

À l'échelle de la province, les réseaux locaux d'intégration des services de santé ou RLISS (*Local Health Integration Networks* ou LHIN) ont pour mandat de coordonner les services avec les centres hospitaliers de soins généraux, les soins de proximité et les centres de soins de longue durée, particulièrement pendant la période de réadaptation. Les RLISS sont également responsables des ententes de service multisectorielles (*accountability agreements*) [CESN, 2009]. La région métropolitaine de Toronto a un réseau de réadaptation (*GTA Rehab Network*). L'Ontario compte également un service de téléconsultation et le « volet AVC » est en cours de développement depuis 2002. Depuis, il a permis à plus de 1 000 patients de bénéficier de consultations lors de la phase aiguë de leur AVC [OTN, 2009].

4.1.3.3 Résultats de l'évaluation des soins en phase aiguë

Le plus récent audit présente les données relatives aux 14 RLISS, aux 106 sous-RLISS, aux 11 régions de l'OSS et aux types de centres : centres régionaux (*regional*) désignés, centres de district (*district*) désignés, et centres non désignés. En 2007-2008, 48 % des patients ayant eu un diagnostic d'AVC étaient admis dans un hôpital disposant d'un centre d'AVC désigné (*district* ou *regional*) (la proportion était de 43 % en 2003-2004) [Hall *et al.*, 2010]. Il y a eu une légère augmentation de la proportion de patients hospitalisés ayant reçu un diagnostic d'AIT (17,4 % étaient aux prises avec des troubles vasculaires cérébraux, comparativement à 16,9 %, en 2003-2004). Ce résultat était inattendu puisque l'accès aux cliniques de prévention secondaire s'est accru au fil du temps. Il est possible que la mise en place de cliniques de prévention secondaire ait pu contribuer partiellement à la réduction importante des délais d'attente relatifs à une intervention carotidienne, passant de 41 jours (médiane), en 2003-2004, à 15 jours, en 2007-2008. Le rapport de l'*Institute for Clinical Evaluative Sciences* (ICES) indique également que l'amélioration dans le partage des connaissances sur les meilleures pratiques en imagerie diagnostique et une

meilleure communication avec les spécialistes ont contribué à cette diminution. Dans le rapport de 2010, les données portant sur le nombre de cliniques de prévention n'ont pas été rapportées. Le rapport précédent indiquait qu'en 2004-2005, 17 % des patients avaient été dirigés vers une clinique à leur congé de l'hôpital, comparativement à 8 %, en 2002-2003 [Kapral *et al.*, 2009]. Bon nombre des aspects organisationnels mesurés dans les audits d'Angleterre et d'Australie n'ont pas été examinés en Ontario.

4.1.3.4 Résultats de l'évaluation des soins en phase post-aiguë

En 2007-2008, plus de la moitié (56 %) des patients hospitalisés en raison d'un AVC retournaient chez eux (ils bénéficiaient ou non de services à domicile) après leur congé d'un centre hospitalier de soins de courte durée, et 23 % d'entre eux étaient dirigés vers un établissement de réadaptation [Hall *et al.*, 2010]. En 2003-2004, une proportion similaire de patients étaient retournés chez eux, mais moins de patients avaient reçu des services à domicile; durant la même période, 20 % avaient été admis en centre de réadaptation [Kapral *et al.*, 2009]. Les données de 2007-2008 ont montré que les services de soins à domicile offerts dans les 60 jours suivant une hospitalisation en soins de courte durée étaient très limités à travers la province [Hall *et al.*, 2010].

En 2004-2005, au moment d'obtenir leur congé d'hospitalisation en soins de courte durée, 37 % des patients avaient obtenu un score modifié de Rankin¹⁴ entre 3 et 5 (modéré à grave). Bien que ce groupe soit considéré comme étant celui qui convient le mieux à la réadaptation spécialisée en centre, seulement 18 à 30 % des patients hospitalisés dans des établissements de soins de courte durée, en 2007-2008, ont été dirigés vers un centre de réadaptation [Hall *et al.*, 2010]. Le plus petit pourcentage correspond aux centres non désignés et le plus élevé, aux *district stroke centres*.

Le délai moyen entre la survenue de l'AVC et l'admission d'un patient dans un centre de réadaptation s'élevait à 19 jours (la médiane étant de 12 jours). Ce délai indiquerait que 50 % des patients ont attendu quatre jours entre leur congé d'un hôpital de soins de courte durée (durée médiane de séjour : sept jours) et leur admission en centre de réadaptation. L'accès aux centres de réadaptation générale était plus rapide que celui à des services spécialisés en réadaptation. Les proportions de patients admis et les délais relatifs à l'hospitalisation en centre de réadaptation variaient substantiellement selon les régions. La MIF médiane de 78 au moment de l'admission (moyenne de 76) laisse supposer qu'on tend à admettre davantage de patients ayant subi un AVC léger que de personnes ayant eu un AVC grave dans les centres de réadaptation. La MIF médiane était de 108 (moyenne de 100) au moment du congé. De plus, les objectifs de réadaptation ont été atteints chez 90 % des patients. Les patients qui avaient été admis plus rapidement en centre de réadaptation, soit dans les trois jours qui ont suivi leur congé d'un centre de soins de courte durée, présentaient les mêmes changements dans la MIF, mais réalisaient ces changements durant un plus court séjour. Au total, 76 % des patients qui ont reçu leur congé d'un centre de réadaptation sont retournés à domicile, alors que 9 % d'entre eux ont été orientés vers un établissement de soins de longue durée.

14. Le score modifié de Rankin (*Modified Rankin Scale*) consiste en une évaluation globale du niveau d'autonomie qui comporte une échelle à six niveaux.

4.1.3.5 Défis futurs

Le rapport de l'ICES [Hall *et al.*, 2010] fait des constats et émet quelques recommandations sur le système de soins propre à l'AVC, notamment :

- Poursuivre la sensibilisation du public, car près de la moitié des patients (45,4 %) ne sont pas arrivés en ambulance à un centre d'AVC désigné (en 2007-2008);
- Poursuivre les efforts pour que les personnes ayant subi un AVC soient admises dans des centres d'AVC désignés (un peu moins de la moitié en 2007-2008);
- Encourager les hôpitaux qui admettent annuellement plus de 100 patients ayant subi un AVC à mettre en place des unités d'AVC;
- Poursuivre l'expansion des programmes et des cliniques de prévention secondaire, compte tenu de la faible augmentation des admissions chez les patients ayant subi un AIT (résultat moins bon que celui attendu); s'assurer que les objectifs de ces cliniques soient conformes aux meilleures pratiques;
- Améliorer l'accès à la réadaptation en phase post-aiguë, car 35 à 40 % des patients seraient à même d'en bénéficier, alors que seulement 18 à 30 % y ont réellement accès (en 2007-2008);
- Faire en sorte que les programmes de réadaptation reconnaissent et réduisent les barrières à l'accès, particulièrement en ce qui concerne les clientèles les plus gravement atteintes;
- Améliorer l'accès au répit et aux services sociaux lors du retour à domicile.

4.2 Comparaison des résultats de la mesure de la performance des services

La section précédente se concentrait sur les aspects organisationnels relatifs aux soins offerts aux personnes ayant subi un AVC dans les trois régions à l'étude, et ce, à partir des données issues des audits. Les trois systèmes de santé ont mis en place des politiques dans le but d'améliorer les services en matière d'AVC depuis environ dix ans. Si l'on se fie aux résultats de ces initiatives, l'Angleterre offrirait le meilleur déploiement d'unités d'AVC comparativement à l'Australie et à l'Ontario; néanmoins, le système anglais devrait améliorer bon nombre des caractéristiques de ces unités afin de garantir une offre de services de grande qualité. L'Angleterre est en train d'implanter un modèle d'unité d'AVC spécialisée en soins hyperaigus afin de mieux traiter les patients dans les premières 72 heures suivant la survenue d'un AVC. Ce pays domine également dans la disponibilité de cliniques de prévention secondaire, que l'on retrouve dans la plupart des regroupements d'établissements de soins de courte durée.

La présente section résume brièvement les principaux résultats disponibles sur les indicateurs de performance des services en phase aiguë (relatifs aux patients) en Angleterre, en Australie et en Ontario. Elle s'appuie sur les données d'audits dont font état les tableaux C2 et C3, à l'annexe C. Les tableaux présentent également les indicateurs de performance considérés comme « clés », en Angleterre et en Australie. L'Ontario n'a pas défini d'éléments clés parmi ses indicateurs, mais ceux-ci sont conformes aux recommandations de la Stratégie canadienne de l'AVC [CSS, 2008]. Enfin, il est à noter que les données en gris des tableaux de l'annexe C s'appliquent exclusivement à l'Angleterre; autrement, les données sont celles combinées de l'Angleterre, du pays de Galles et de l'Irlande du Nord.

La proportion des patients qui ont subi un AVC ischémique est similaire dans tous les systèmes, représentant entre 80 et 90 % des AVC. Seuls les taux de mortalité hospitalière

de l'Ontario ont été rapportés. Selon les données les plus récentes, dans les trois systèmes de santé à l'étude, des proportions assez similaires de patients (27 à 35 %) arrivent à l'hôpital où ils sont admis rapidement (c.-à-d. entre 2,5 et 3 heures) après le début de leurs symptômes. La durée d'un séjour à l'hôpital semble nettement plus longue dans les trois pays du Royaume-Uni (moyenne de 23,7 jours, en 2008) qu'en Australie (médiane de 6 jours, en 2009) ou en Ontario (moyenne de 6,5 jours, en 2004-2005). Toutefois, la valeur plus élevée obtenue dans les pays britanniques peut s'expliquer par le fait que, selon l'audit de 2010, la majorité des hôpitaux y offrant des soins de courte durée combinent les soins en AVC en phases aiguë et postaiguë (bien qu'il ne soit pas évident de savoir si les soins en phase postaiguë font référence aux premières 72 heures après l'AVC, ou vont au-delà de cette période) [RCP, 2010]. Il se peut que dans les trois pays britanniques, il y ait une plus grande proportion d'unités d'AVC « combinées », utilisées à la fois aux fins des traitements à court terme et de la réadaptation à long terme, en comparaison des autres régions. Dans l'audit de 2010, réalisé dans les trois pays du Royaume-Uni, on a relevé 146 unités d'AVC combinées et 75 unités d'AVC de soins de courte durée [RCP, 2010]. Toutefois, l'audit clinique précédent (effectué en 2008) a indiqué que la durée médiane d'un séjour dans une unité d'AVC de soins de courte durée est de sept jours, ce qui sous-entend que les patients ne sont pas efficacement orientés vers les services en phase postaiguë [RCP, 2009].

Bon nombre des indicateurs présentés aux tableaux C2 et C3 ne peuvent être comparés d'un système à l'autre. Il est également important de rappeler que nous n'avons pas pu traiter en détail de certains facteurs pouvant influencer la performance, tel le niveau de financement. Parmi les indicateurs définis de façon similaire et pour lesquels il existe des données, ce sont ceux des trois pays du Royaume-Uni qui ont montré la plus forte progression dans l'utilisation des services d'une unité d'AVC : trois patients sur quatre ayant subi un AVC (en 2008) ont passé au moins une partie de leur séjour hospitalier dans une unité d'AVC en soins de courte durée, comparativement à un patient sur deux, en Australie (en 2009), et à un patient sur cinq, en Ontario (en 2004-2005). Puisque 48 % des patients ontariens ayant subi un AVC en 2007-2008 ont été admis dans un centre d'AVC désigné (81 % de ces centres disposaient d'une unité d'AVC, en 2004-2005), on estimerait mieux à 40 % les derniers résultats relatifs à cette province (soit deux patients sur cinq), si l'on présume que les patients ont effectivement passé du temps à l'unité d'AVC.

C'est également l'ensemble des trois pays du Royaume-Uni qui présente la plus forte proportion globale de patients ayant subi un AVC ischémique et qui ont bénéficié d'une thrombolyse intraveineuse, soit 9 % (en 2008), comparativement à 3 %, en Australie (en 2009), et à presque 4 %, en Ontario (en 2004-2005), bien que la période de temps à l'étude – manifestation différente en Ontario – limite une telle interprétation. Il est étonnant que les données relatives à la thrombolyse ne soient rapportées que lors de l'audit précédent de l'Ontario. Les données issues du registre du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires [sic] des centres d'AVC désignés (registre dont l'ICES est le dépositaire) ont démontré que le taux d'utilisation de la thrombolyse était de 14 % dans les 11 centres régionaux, entre 2003 et 2005 [Saposnik *et al.*, 2009].

L'Australie présente quant à elle les meilleurs résultats en ce qui a trait aux services d'imagerie : environ 90 % des patients nécessitant une tomodensitométrie en 2009 ont eu leur examen dans les 24 heures suivant la survenue de leur AVC. Les pourcentages respectifs de l'Ontario (en 2004-2005) et de l'Angleterre (en 2008) étaient de 69 % et de 57 %. Enfin, à l'égard d'autres interventions effectuées pendant des périodes de temps similaires (c.-à-d. celles relatives à l'Angleterre et à l'Australie), l'Angleterre apparaît comme le système qui a le plus progressé pour ce qui est de l'évaluation multidisciplinaire des patients ayant subi un AVC.

SYNTHÈSE DES DONNÉES PROBANTES ET DES DOCUMENTS DE POLITIQUE

Le chapitre 5 présente une synthèse de l'information issue des données probantes, sur lesquelles s'appuient les guides de pratique clinique et autres documents clés ainsi que les politiques de soins et services concernant les AVC dans plusieurs systèmes de santé, particulièrement en Angleterre, en Australie et en Ontario. La section 5.1 porte sur les soins en phase aiguë, y compris la télémédecine, la section 5.2 traite des services de réadaptation et la section 5.3 examine le sujet des cliniques de prévention secondaire. L'applicabilité de l'information issue des données probantes sera examinée au chapitre 6.

Les annexes D et G comprennent des tableaux qui reprennent les informations résumées aux sections 5.1 et 5.2. Huit guides de pratique clinique de systèmes clés ont été sélectionnés (ceux du Canada, du Royaume-Uni, de l'Australie et des États-Unis). Le groupe de chercheurs ontariens *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation* (EBRSR)¹⁵ a réalisé une revue systématique qui est également incluse. L'annexe E présente l'évaluation de la qualité des guides de pratique et de la revue systématique, dont les recommandations et résultats sont intégrés dans cette section. La qualité de ces documents a été jugée de bonne à excellente (selon l'évaluation par l'instrument approprié AGREE II ou AMSTAR).

Puisque la définition et l'organisation des services dans les systèmes de santé étudiés diffèrent de celles que l'on retrouve au Québec, il faut éviter de faire des transpositions directes au contexte québécois et s'attarder plutôt davantage aux étapes du continuum de soins et services qui concernent les phases aiguë et post-aiguë de l'AVC, cette dernière touchant essentiellement la réadaptation en établissement, en ambulatoire ou à domicile.

5.1 Phase aiguë

5.1.1 Hiérarchisation des centres hospitaliers

Comme le mentionne le chapitre 4, plusieurs systèmes de santé ont implanté une hiérarchisation des soins et services relatifs aux AVC, en regroupant des établissements destinés aux personnes ayant subi un AVC en quelques types ou *niveaux* de soins. Dans la classification des centres par niveau, l'accès à l'imagerie cérébrale et le nombre annuel de patients ayant subi un AVC admis dans un établissement jouent un rôle central. Aussi, le fait que les conséquences d'un AVC ischémique dépendent fortement des délais de la thrombolyse (chronodépendance) justifie les mesures prises pour permettre l'accès à la tPA en temps opportun, aux patients pouvant en bénéficier.

La *National Stroke Foundation* d'Australie recommande que toutes les personnes chez qui l'on soupçonne un AVC aigu aient un accès immédiat (ou dans un délai d'au plus 24 heures) à la tomodensitométrie cérébrale ou à l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Chaque minute compte pour les patients qui seraient admissibles à la thrombolyse : selon la Stratégie canadienne, ils doivent recevoir le traitement dans les 4,5 heures suivant le début des symptômes de l'AVC [Lindsay *et al.*, 2008]. La NSF recommande donc que ces personnes subissent sans délai des examens d'imagerie cérébrale afin d'orienter le traitement [NSF, 2010]. La Stratégie canadienne opte pour la

15. Site Web de l'Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR) disponible à : <http://www.ebrsr.com/index.php>.

politique d'« imagerie cérébrale sans délai pour tous les cas », la modalité utilisée pour la plupart des patients étant la TDM [Lindsay *et al.*, 2008]. Ces principes entraînent le transfert de toute personne se présentant aux services des urgences d'un établissement dépourvu d'équipement d'imagerie à un établissement approprié.

À ce jour, de multiples études, dont une revue clé de la Collaboration Cochrane [SUTC, 2007], ont démontré l'efficacité des unités d'AVC dans le traitement de la phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral. Les unités d'AVC seront examinées en détail à la section suivante. Selon des lignes directrices, toute personne ayant reçu un diagnostic probable d'AVC aigu devrait être orientée vers un hôpital ayant une unité d'AVC, sauf si elle requiert une réanimation ou des soins intensifs (ou refuse cette orientation) [NSF, 2010; Lindsay *et al.*, 2008].

Toutefois, dans certaines régions, le nombre de personnes ayant subi un AVC et se présentant à un hôpital est insuffisant pour qu'une expertise en AVC puisse y être maintenue. En Australie, la NSF a proposé en 2008 que les hôpitaux urbains qui admettent annuellement plus de 100 personnes ayant subi un AVC et les hôpitaux ruraux en accueillant plus de 80 soient pourvus d'unités d'AVC. Les hôpitaux qui offrent un accès immédiat (ou dans un délai d'au plus 24 heures) à la TDM et dont les admissions de personnes ayant un AVC sont inférieures aux seuils respectifs de 100 ou 80 par année, peuvent ou non disposer d'une unité d'AVC, selon certains facteurs locaux comme le bassin de desserte, les contraintes géographiques (distance du centre le plus près disposant d'une unité d'AVC) et les corridors de services [NSF, 2008b]. Selon leur guide récent de pratique clinique, les petits hôpitaux australiens devraient envisager d'offrir des services en matière d'AVC qui respectent le plus possible les critères des unités d'AVC, dans une unité de soins distincte et bien définie, lorsque cela est possible [NSF, 2010]. Dans certaines situations, la NSF recommande aux petits hôpitaux de se doter éventuellement de petites unités d'AVC de deux à quatre lits, faisant partie d'une unité plus grande de soins généraux; de façon similaire, la Stratégie canadienne propose un minimum de quatre lits [NSF, 2010; SCAVC, 2009].

Nous avons repéré des documents de politique et d'autres publications clés issus de plusieurs systèmes de santé pour aborder la question de la hiérarchisation des établissements. Les territoires retenus incluent le Québec, l'Ontario, le Canada, les États-Unis, l'Europe, l'Angleterre et l'Australie. Le tableau 5 de la page suivante résume les constats concernant les éléments clés en matière de services hospitaliers en phase aiguë, selon trois niveaux de soins. Le tableau D1, à l'annexe D, fournit de l'information détaillée au sujet de chaque système.

Précisons immédiatement que le chapitre 6 décrira de façon plus détaillée les propositions relatives au système de santé québécois, élaborées avec l'apport du groupe de travail ministériel sur la base des données probantes et des politiques examinées dans la présente section.

5.1.2 Unité d'AVC

L'admission dans une unité d'AVC durant la phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral constitue un élément central. En ce qui a trait aux paramètres organisationnels définissant les unités d'AVC, nous avons estimé avec attention les données probantes (que résument les huit guides de pratique et la revue systématique) et les documents de politique des trois systèmes de santé à l'étude au chapitre 4 (l'Angleterre, l'Australie et l'Ontario). Le tableau 6 présente une synthèse des points communs entre les systèmes de santé examinés et les données probantes concernant les caractéristiques clés d'une telle unité. Le tableau D2 de l'annexe D fait état en détail de l'information recensée provenant de ces sources.

Tableau 5

Niveaux de soins : synthèse descriptive selon les documents de politique et autres publications clés

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
	Centre hospitalier local	Centre hospitalier régional	Centre d'expertise
Définition	Centre qui offre des soins d'urgence	Centre qui a le personnel, l'infrastructure et les programmes nécessaires pour stabiliser et traiter la plupart des patients aux prises avec un AVC aigu	Centre qui a le personnel, l'infrastructure et les programmes nécessaires pour offrir les services diagnostiques et thérapeutiques aux patients qui requièrent des soins médicaux et chirurgicaux intensifs, des examens ou des interventions spécialisés
Mandat	La plupart des systèmes considèrent que ces centres ne devraient pas hospitaliser les cas d'AVC. Certains centres à ce niveau offrent des services courants et transfèrent les patients nécessitant des soins plus complexes. (La documentation consultée relative à l'Angleterre et aux États-Unis laisse entendre que tous les centres hospitaliers ont une unité AVC).	Unité d'AVC qui offre des services courants et spécialisés	Unité d'AVC qui offre des services spécialisés et surspécialisés quant au diagnostic et à l'intervention (p. ex., la neurochirurgie) Leadership, enseignement, recherche et évaluation des technologies et des modes d'intervention Ressource pour les centres locaux et régionaux
Clientèle visée	Patients habitant le territoire	La plupart des patients	Patients présentant des problématiques complexes
Imagerie	Pas de services d'imagerie	TDM ou IRM disponible jour et nuit, tous les jours de la semaine Imagerie cérébrale effectuée le plus tôt possible	Services d'imagerie surspécialisés et TDM ou IRM disponible jour et nuit, tous les jours de la semaine Imagerie cérébrale effectuée le plus tôt possible
Traitement thrombolytique intraveineux (tPA)	Pas d'administration de la tPA (sauf peut-être dans les régions isolées)	La plupart des systèmes jugent que, à ce niveau de soins, la tPA devrait être disponible sur place. Certains systèmes ont un protocole de transfert (critère minimal) si la tPA n'est pas disponible sur place.	Disponibilité de la tPA, sur place
Ressources	Équipe multidisciplinaire, non spécialisée en AVC	Équipe multidisciplinaire spécialisée en AVC* Personnel médical spécialisé disponible sur place ou par le truchement de la télémedecine (interprétation de l'imagerie, consultation en neurochirurgie)	Équipe multidisciplinaire spécialisée en AVC Personnel médical spécialisé disponible sur place en tout temps
Télémedecine[†]	Utilisation de la télémedecine dans les régions isolées ou rurales	Utilisation de la télémedecine dans certains cas	Offre de services de consultation par télémedecine

Tableau 5 (suite)

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
	Centre hospitalier local	Centre hospitalier régional	Centre d'expertise
Réadaptation [‡]	Réadaptation précoce Réseaux facilitant la continuité des services de réadaptation spécialisée	Réadaptation précoce Réseaux facilitant la continuité des services de réadaptation spécialisée	Réadaptation précoce Réseaux facilitant la continuité des services de réadaptation spécialisée
Prévention secondaire [§]	Soins usuels	Liens avec les cliniques de prévention secondaire	Accès rapide aux cliniques de prévention secondaire
Protocoles	Utilisation de protocoles en lien avec les services préhospitaliers pour le transport des patients vers une unité d'AVC au centre hospitalier régional ou au centre d'expertise Utilisation de protocoles de triage, prise en charge, stabilisation médicale et transfert vers le centre de soins approprié	Utilisation de protocoles écrits en matière de soins de l'AVC au service des urgences, en phase aiguë et (ou) en réadaptation	Utilisation de protocoles écrits en matière de soins de l'AVC au service des urgences, en phase aiguë et (ou) en réadaptation Mise à jour des protocoles en fonction des nouvelles connaissances produites
Assurance de la qualité ^{**}	Monitoring et amélioration continue de la qualité	Monitoring et amélioration continue de la qualité	Monitoring et amélioration continue de la qualité

* Parfois appelée « interdisciplinaire ».

† Voir la section 5.1.3.

‡ Voir la section 5.2.

§ Voir la section 5.3.

** Les modalités et les indicateurs varient selon le type de centre et le niveau des soins.

Tableau 6
Caractéristiques attendues des unités d'AVC, selon les données probantes et les documents de politique

Caractéristiques	Recommandations
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unité physiquement distincte et bien définie ▪ équipe multidisciplinaire ▪ rencontre d'équipe hebdomadaire (au moins) ▪ personnel ayant une expertise en matière d'AVC et en réadaptation ▪ utilisation de protocoles ▪ réadaptation précoce pour tous les patients
Clientèle cible	Patients ayant subi un AVC
Ressources humaines	<p>Équipe de base multidisciplinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ médecin ▪ infirmière ▪ physiothérapeute ▪ ergothérapeute ▪ orthophoniste ▪ travailleur social <p>Pour une unité d'AVC de 10 lits, la dotation en personnel est d'environ : 0,6 à 1,5 médecin, 10 infirmières par 24 heures, 1 à 2 ergothérapeutes, 1 à 2 physio-thérapeutes, de 0,2 à 0,6 orthophoniste et une travailleuse sociale, à temps partiel.</p>
Intervenant pivot	Soins coordonnés par une personne (coordonnateur d'équipe) ou selon des mécanismes préétablis
Traitement thrombolytique intraveineux (tPA)	Administration par toutes les unités d'AVC si le personnel possède les compétences requises (objectif visé dans les systèmes de soins de l'AVC étudiés, même s'il n'est pas présentement réalisé)
Réadaptation	Précoce et par une équipe multidisciplinaire spécialisée
Participation du patient et des proches	Participation à la planification de la réadaptation C'est un indicateur de la qualité des services.
Congé	Disponibilité d'une équipe multidisciplinaire affectée au congé rapide avec soutien
Utilisation de protocoles	Présence de protocoles, d'ensembles d'ordonnances et de trajectoires ou algorithmes de soins complets, adoptés pour guider les soins en phases aiguë et de réadaptation de l'AVC (élément considéré essentiel par la Stratégie canadienne)
Outils	Utilisation d'échelles de mesure de l'incapacité et de l'état fonctionnel du patient : échelles de Rankin et Barthel utilisées dans les systèmes de soins de l'AVC étudiés; échelle NIHSS (<i>National Institutes of Health stroke scale</i>) aussi recommandée par les données probantes afin d'évaluer la gravité de l'AVC (voir la section 5.2 pour plus de détails)
Volume de patients (ou « masse critique »)	Deux mesures : 1) le nombre de patients par année (p. ex., de 100 à 120); et 2) le nombre de lits par unité (p. ex., de 4 à 10)
Assurance de la qualité	Recommandée dans les systèmes de soins de l'AVC étudiés, au moyen : 1) d'audits cliniques et organisationnels (selon le niveau de spécialisation du centre); 2) de l'utilisation d'indicateurs clés.

5.1.3 Télémédecine

Depuis le début des années 1990, l'utilisation de la télémédecine dans les soins de l'AVC fait l'objet de recherches et de publications. La revue de littérature menée dans le cadre de ce rapport (de 2008 à 2010) a relevé plusieurs publications récentes faisant une synthèse des connaissances sur l'efficacité de cette modalité de soins ou une description des services existants en Amérique du Nord et en Europe. Deux rapports d'évaluation des technologies en santé ont été repérés [Johansson et Wild, 2009; Deshpande *et al.*, 2008] ainsi qu'un document de politique du NHS, au Royaume-Uni [Jenkinson, 2010]. L'*American Heart Association* (AHA) et l'*American Stroke Association* (ASA) ont publié conjointement une revue systématique [Schwamm *et al.*, 2009a] et une déclaration de politique [Schwamm *et al.*, 2009b]. Demaerschalk et ses collaborateurs ont récemment préparé deux revues systématiques de la télémédecine [2010; 2009]. Deux revues narratives donnant une description des diverses modalités de télé-AVC ont également été consultées [Audebert et Schwamm, 2009; De Bustos *et al.*, 2009].

5.1.3.1 Définition et modalités

On définit la télémédecine comme la prestation de soins de santé par l'intermédiaire des technologies de l'information et de communication dans des situations où le professionnel de la santé et le patient (ou au moins deux professionnels de la santé) ne se trouvent pas au même endroit [De Bustos *et al.*, 2009]. Les technologies concernées peuvent servir au diagnostic, au traitement ou au monitoring des patients, ce qui comprend souvent la transmission d'images radiologiques. Lorsque l'on applique la télémédecine aux soins de l'AVC (ou « télé-AVC »), celle-ci peut être utile dans plusieurs étapes du continuum de soins, notamment dans les buts suivants [Audebert et Schwamm, 2009; De Bustos *et al.*, 2009] :

- prévention secondaire, réadaptation en AVC ou sélection de patients aux fins d'études cliniques;
- formation des médecins ou du grand public sur les facteurs de risque, la gestion des symptômes et la prévention de l'AVC;
- modalité de communication fréquente entre les intervenants en santé, facilitant l'implantation de normes de qualité par des activités de formation continue, d'enseignement au lit du malade, d'audits cliniques et de mises à jour régulières des recommandations fondées sur les données probantes;
- transmission d'images radiologiques durant les phases hyperaiguë et aiguë de soins de l'AVC afin de soutenir la décision quant à l'administration de la thrombolyse (dans cette section du document, nous mettons l'accent sur cette utilisation de la télémédecine).

La télémédecine est souvent organisée selon une modalité *hub and spoke* (réseau en étoile), élaborée à l'origine pour soutenir les thérapies en phase aiguë [Demaerschalk *et al.*, 2009]. Le *hub*, ou site central, représente l'hôpital de référence (ou plusieurs hôpitaux, lorsque cela est possible), et le *spoke*, ou site périphérique, représente les hôpitaux ou autres établissements à distance (p. ex., les hôpitaux locaux ou régionaux) [De Bustos *et al.*, 2009]. Les sites centraux sont généralement localisés dans les régions urbaines, alors que les sites périphériques se trouvent souvent en milieu rural ou ne sont pas des centres d'AVC. Tous ces établissements sont interreliés au sein de divers réseaux physiques ou dispositifs. Les réseaux organisés de télé-AVC ayant différents objectifs peuvent ensuite reposer sur cette infrastructure de base.

L'utilisation la plus étudiée de la télémédecine dans le traitement des AVC est celle propre à la phase aiguë. L'étude de De Bustos et ses collègues [2009] a décrit quelques modalités de soins. D'abord, le *ship-and-drip*, où le centre primaire transfère le patient le plus rapidement possible à un établissement ayant une unité d'AVC pour qu'il soit évalué et traité. Cette modalité ne fait pas appel à la télé-AVC, sauf dans les cas où un équipement vidéo est utilisé dans l'ambulance. Dans le modèle *drip-and-ship*, l'évaluation initiale, qui comprend l'imagerie cérébrale, est réalisée dans un hôpital local ou régional non spécialisé (c.-à-d. un centre primaire où le patient est reçu en premier lieu). À la suite de l'évaluation initiale, l'utilisation de la télé-AVC peut soutenir la prise de décision clinique (administration appropriée de la tPA, avant le transfert du patient vers un centre spécialisé, la perfusion de tPA étant déjà en cours). Selon De Bustos et ses collaborateurs, cette approche conviendrait bien aux régions densément peuplées ayant une infrastructure de transport (aérien ou terrestre) adéquate, mais souffrant d'un manque de spécialistes. Une autre modalité consiste à utiliser la télémédecine pour mettre en place une unité d'AVC localement au centre primaire (*spoke*), avec l'appui d'un centre universitaire (*hub*) lorsque la distance entre le centre spécialisé et le centre primaire est trop grande. Toutes ces modalités visent à améliorer la prestation de soins basés sur les données probantes.

5.1.3.2 Normes

Des normes technologiques sont décrites pour assurer la qualité de la transmission en visioconférence (avec les systèmes audiovisuels bidirectionnels) [Schwamm *et al.*, 2009a; Deshpande *et al.*, 2008]. Ces recommandations portent sur les deux sites participants (*hub* et *spoke*) et sont couplées aux caractéristiques de la téléradiologie propre à l'imagerie. Il peut s'agir d'un système fixe (deux sites physiques réservés) ou d'un système basé sur le Web (le médecin expert a recours à un ordinateur portable à domicile ou dans un autre lieu) qui permet l'accès à des données encryptées relatives aux patients (Deshpande *et al.*, 2008). Ces deux types d'intervention ont chacun leurs avantages et inconvénients. Le bon fonctionnement de la télé-AVC repose non seulement sur le médecin expert et les équipements appropriés, mais nécessite une équipe en télé-AVC, tant au site receveur (*hub*) qu'au site qui demande la consultation (*spoke*). Selon une publication américaine récente, une équipe type comprend à tout le moins un coordonnateur, un technicien en informatique, une infirmière, un administrateur et les services d'un avocat à chacun des sites [Demaerschalk *et al.*, 2009]. Un document récent du *National Health Service* au Royaume-Uni décrit les services requis pour un réseau de télémédecine, les rôles et responsabilités des intervenants et établissements concernés, les normes de qualité et les enjeux éthiques [Jenkinson, 2010]. Une description détaillée de ces éléments dépasse le cadre de ce rapport.

5.1.3.3 Efficacité

La revue systématique de la télémédecine produite conjointement par l'AHA et l'ASA est la plus récente dans la littérature recensée [Schwamm *et al.*, 2009a]. Cette revue est exhaustive quant aux diverses applications de la télémédecine dans le continuum de soins de l'AVC. Le texte suivant résume les recommandations et le niveau de preuve qui y est associé (voir les définitions des niveaux de preuve, à l'annexe F).

Encadré 1 Sommaire des recommandations clés de l'AHA et de l'ASA

Recommandations de classe I*

- L'évaluation neurologique à distance (à l'aide de l'échelle NIHSS) par un spécialiste, au moyen de systèmes de visioconférence de haute qualité (HQ-VTC), est recommandée lorsque le spécialiste n'est pas immédiatement disponible pour procéder à l'évaluation en face-à-face des patients durant la phase aiguë de l'AVC (*niveau de preuve A*)
- L'évaluation de l'imagerie à distance par un spécialiste est recommandée, pour :
 - la lecture des images de la tomodensitométrie cérébrale en temps opportun des patients pouvant avoir subi un AVC aigu (*A*);
 - la lecture, avec l'objectif de cibler les patients ayant subi un AVC aigu qui ne doivent pas recevoir la tPA intraveineuse (*A*);
 - la lecture, avec l'objectif de donner un avis médical en faveur ou non de l'administration de la tPA intraveineuse aux patients pouvant avoir eu un AVC ischémique aigu (*B*).
- La consultation en télé-AVC par visioconférence de haute qualité est recommandée lorsque l'absence locale d'expertise médicale en AVC est la seule barrière à l'implantation d'une unité d'AVC (*B*).

Recommandation de classe II

- La consultation par télé-AVC, jumelée à la formation des intervenants, peut être utile pour augmenter l'utilisation de la tPA dans les hôpitaux locaux qui n'ont aucune expertise en AVC sur place (*B*)

Recommandation de classe III

- L'efficacité et la sécurité de la consultation téléphonique sans lecture des images ne sont pas bien établies quant à l'administration appropriée de la tPA intraveineuse (*C*)

* L'annexe F présente la définition des classes I, II et III et des niveaux de preuve A, B et C.

5.1.3.4 Défis

Dans leurs recommandations sur l'implantation de la télémédecine dans le continuum de soins de l'AVC, l'AHA et l'ASA soulignent les défis suivants : le financement des infrastructures, les politiques appuyant l'implantation des unités et les centres d'AVC, le remboursement des services, l'adoption de cette nouvelle pratique par les médecins, les aspects légaux de la pratique propres aux établissements et aux médecins participants, la performance technique des systèmes et la protection de la vie privée et de la confidentialité [Schwamm *et al.*, 2009b]. Tous ces enjeux touchent également de près le contexte québécois. Des études coût/efficacité de la télémédecine, qui englobent les coûts actuels d'implantation et de maintien de cette technologie, sont nécessaires [Demaerschalk *et al.*, 2010; Johansson et Wild, 2009; Schwamm *et al.*, 2009b].

5.1.3.5 Conclusions

La télé-AVC est une modalité reconnue efficace pour administrer les interventions appropriées en temps opportun aux personnes ayant subi un AVC. Elle nécessite par contre une intégration dans un continuum de soins et services où chaque établissement a un rôle bien défini, des infrastructures et des équipements répondant aux normes technologiques de haute qualité en vigueur, du personnel médical et professionnel ayant reçu une formation appropriée et disponible et un encadrement juridique.

5.2 Réadaptation en phase post-aiguë

Cette section résume les informations repérées dans les données probantes et les politiques et expériences d'ailleurs concernant les éléments clés des services de réadaptation spécialisée.

5.2.1 Caractéristiques attendues d'un centre de réadaptation

Le tableau 7 ci-dessous résume les éléments clés communs aux centres de réadaptation. Comme il en a été fait mention dans la section concernant les unités d'AVC, les informations proviennent de notre synthèse des politiques des trois systèmes de santé à l'étude (Angleterre, Australie et Ontario; Kapral *et al.*, 2009; NSF, 2008a; DoH, 2007) et des données probantes. Ces informations sont détaillées à l'annexe G. Le tableau 7 inclut de l'information additionnelle provenant du rapport parallèle préparé par l'INESSS sur les services de réadaptation en AVC.

Tableau 7
Caractéristiques attendues des centres de réadaptation spécialisée, selon les données probantes et les documents de politique

Caractéristiques	Recommandations
Organisation	Centre de réadaptation s'inscrivant dans un continuum de soins et services Centre offrant des services de réadaptation interdisciplinaires réservés aux AVC, organisés et coordonnés
Mission	Accroissement de l'autonomie des personnes ayant subi un AVC, compensation de leurs limitations et réduction des obstacles à leur participation sociale grâce à des services spécialisés et surspécialisés de réadaptation, accessibles et de qualité
Élaboration de programmes propres aux AVC	Élaboration de programmes destinés aux personnes ayant subi un AVC
Élaboration de programmes adaptés aux besoins	Élaboration de programmes couvrant les services aux personnes ayant subi un AVC léger et aux personnes qui présentent des atteintes graves : programmes réguliers ou de récupération lente, selon la gravité de l'AVC, l'âge et le potentiel de réadaptation
Clientèle cible	Toute personne ayant une incapacité significative et persistante ou susceptible de présenter une telle incapacité, après un AVC, et leurs proches, sans égard à l'âge ou à la gravité de l'AVC
Objectifs des services spécialisés de réadaptation	Services spécialisés de réadaptation aux usagers et aux proches visant le développement de l'autonomie personnelle, sociorésidentielle, sociale, professionnelle et scolaire Prévention des incapacités possibles sur les plans physique, psychologique, social, économique et professionnel Mise en place des conditions facilitant une généralisation optimale des acquis en favorisant un retour rapide dans le milieu de vie Détermination et attribution des aides techniques et des adaptations requises Transmission des connaissances et développement de l'expertise chez les professionnels visant la continuité des services dans la région où réside l'utilisateur Évaluation de la conduite automobile, réadaptation socioprofessionnelle, intégration sociale, modification du milieu de vie et maintien des activités sociales, scolaires ou professionnelles offerts par le centre lui-même ou grâce au lien avec les ressources régionales Collaboration avec des organismes communautaires, comme des groupes affinitaires ou de soutien familial

Tableau 7 (suite)

Caractéristiques	Recommandations
Ressources humaines et responsabilités	<p>Services offerts par une équipe stable de spécialistes de diverses disciplines qui connaissent les caractéristiques et les besoins de la clientèle AVC.</p> <p>L'équipe de base d'une unité de réadaptation en AVC comprend les disciplines suivantes : médecine, soins infirmiers, ergothérapie, physiothérapie, orthophonie, travail social et nutrition clinique, ainsi que la pharmacie, la (neuro) psychologie et la thérapie par les loisirs.</p> <p>Dans une unité de réadaptation en AVC de 10 lits, la dotation recommandée en personnel (équivalents temps plein) est de : 0,6 à 0,75 médecin, 9 à 15 infirmières par 24 heures, 1 à 2 ergothérapeutes, 1 à 2 physiothérapeutes, 0,2 à 2,5 orthophonistes et 0,4 à 1,5 travailleuse sociale. La composition de l'équipe doit être adaptée selon le contexte du milieu.</p> <p>Tenue d'une réunion interdisciplinaire officielle au moins une fois par semaine.</p>
Coordination des services	<p>Coordination recommandée des services interétablissements du continuum, particulièrement pour faciliter l'accès aux services de réadaptation en ambulatoire</p>
Ressources matérielles	<p>Unité de réadaptation en AVC qui doit au moins comprendre de 10 à 20 lits.</p> <p>Quelques normes minimales propres aux services de réadaptation : l'accessibilité aux fauteuils roulants, des aires de repas, de loisirs, de réunions, de thérapie individuelle et des salles de thérapie suffisamment grandes pour permettre l'entraînement à la marche et les séances de groupe.</p> <p>Disponibilité d'équipement nécessaire à l'entraînement physique aérobique, à l'entraînement aux activités de la vie quotidienne et aux loisirs dans tous les services de réadaptation.</p> <p>Une unité de réadaptation possède les équipements spécialisés suivants pour répondre aux besoins des usagers :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipements thérapeutiques (tels hydrothérapie, tapis roulant avec harnais, etc.); ▪ Fauteuils roulants et appareils de positionnement; ▪ Aides technologiques électroniques, y compris des aides à la communication; ▪ Équipements servant à faciliter l'intégration professionnelle et la participation sociale; ▪ Équipements servant à évaluer et favoriser le réapprentissage d'activités de la vie quotidienne, comme la préparation des repas, les déplacements à l'extérieur et la conduite automobile.
Programmes de formation	<p>Programmes de formation et information fournis au personnel, aux usagers et aux proches aidants qui participeront au processus de réadaptation</p>
Évaluation	<p>Évaluation initiale par les professionnels de la réadaptation, le plus rapidement possible : dans les 24 à 48 heures qui suivent une admission au centre de réadaptation ou dans les deux premières semaines si l'intervention est en ambulatoire</p> <p>Évaluation de tous les usagers de façon globale, notamment pour dépister la présence de dépression, de déficits moteurs, sensoriels et cognitifs, de troubles de communication et de dysphagie</p> <p>Évaluation des usagers qui sont dépistés en amont comme présentant un AVC léger, à l'aide d'outils appropriés</p> <p>Utilisation d'outils valides et normalisés</p>

Tableau 7 (suite)

Caractéristiques	Recommandations
Choix du moment et de l'intensité des interventions	<p>Tous les usagers ayant eu un AVC commencent leur réadaptation le plus tôt possible une fois leur état médical stabilisé.</p> <p>Plan d'intervention interdisciplinaire approuvé par l'utilisateur et balisant les interventions</p> <p>Les usagers reçoivent au moins trois heures de traitement direct, au moins cinq jours par semaine, selon leurs besoins et leur tolérance individuelle*.</p> <p>Les intervenants encouragent la pratique des habiletés acquises en réadaptation dans les activités courantes de l'utilisateur. Ainsi, l'utilisateur pourrait participer à des activités thérapeutiques sous la supervision d'un intervenant ou d'un proche.</p>
Approche thérapeutique	<p>Les approches privilégiées sont interdisciplinaires et centrées sur l'utilisateur, et favorisent son autonomie dans la gestion des soins.</p> <p>L'approche s'appuie sur le modèle de l'autodétermination.</p> <p>L'approche comprend l'utilisation répétitive et intense de nouvelles tâches.</p> <p>La réadaptation inclut, entre autres, des interventions dont le but est d'améliorer la fonction cardiovasculaire.</p> <p>Les cliniciens intègrent les données probantes dans leur pratique quotidienne.</p>
Participation des usagers et des proches aidants	<p>Les usagers et les proches aidants participent tout au long du processus, soit lors de l'évaluation, de l'élaboration du plan d'intervention, de la gestion des services et de la planification du congé.</p> <p>Les besoins psychosociaux et de soutien des usagers et de leurs proches aidants sont réévalués périodiquement.</p> <p>Les usagers et leurs proches reçoivent de l'information à jour et opportune, conjuguée à la possibilité de faire de nouveaux apprentissages, des membres de l'équipe interdisciplinaire et des autres partenaires concernés par la réintégration sociale.</p>
Planification du congé	<p>La fin des interventions est planifiée le plus tôt possible.</p> <p>Utilisation du congé rapide avec soutien par l'équipe multidisciplinaire</p> <p>La planification du congé des centres de réadaptation peut inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la fourniture d'aides techniques ou d'équipements et la formation des proches aidants; ▪ l'élaboration, au besoin, d'un plan d'intervention interdisciplinaire postcongé; ▪ l'information de l'omnipraticien et des autres intervenants; ▪ la visite à domicile par un ergothérapeute et (ou) un autre professionnel, au besoin; ▪ les services externes de réadaptation (ambulatoires ou à domicile); ▪ les services de soutien ou de maintien à domicile; ▪ une révision régulière du plan de services.
Téléréadaptation	<p>La téléréadaptation relative aux services offerts aux personnes ayant subi un AVC est en cours de perfectionnement, principalement en ce qui a trait aux consultations qui touchent des cas complexes. Son utilité comme modalité d'intervention commence à être étudiée.</p>
Indicateurs de performance	<p>Utilisation d'indicateurs servant à mesurer l'accessibilité (p. ex., le temps d'attente, le nombre d'usagers admis et inscrits), la continuité (p. ex., l'accès aux services offerts localement) et l'intensité des services ainsi que la qualité des soins et services (p. ex., la destination après le congé, le taux de réadmission, la durée moyenne de séjour).</p>

* La recommandation de la Stratégie canadienne de l'AVC concernant l'intensité des interventions provient de la mise à jour de 2010.

5.2.2 Services aux personnes ayant subi un AVC léger

Durant la phase postaiguë de réadaptation, la plupart des usagers ayant des atteintes légères sont autonomes dans leurs activités de la vie quotidienne. Toutefois, certaines de ces personnes présentent des difficultés à accomplir les tâches complexes requises pour participer à une vie sociale satisfaisante telles que la conduite automobile, le travail ou encore la participation à des activités de loisirs. Une revue de la littérature récente a relevé les problèmes fréquemment éprouvés chez cette population : troubles de l'humeur (anxiété, dépression), problèmes de mobilité dans le milieu de vie habituel, problèmes cognitifs (mémoire, attention, concentration, fonctions exécutives) qui amènent les gens à abandonner les activités physiques exigeantes et à être moins satisfaits de leur participation à des activités productives ou de loisirs. Même si ces problèmes ne requièrent pas d'hospitalisation, il est essentiel qu'ils soient abordés par des services externes de réadaptation puisqu'il est notamment démontré que les interventions à domicile peuvent améliorer les capacités fonctionnelles (p. ex., la rapidité de marche, l'endurance ou l'équilibre) [Tellier et Rochette, 2009].

5.2.3 Comparaison entre le programme régulier et le programme de « récupération lente »

Selon leur degré d'atteinte, les usagers des services en réadaptation ont des capacités et des besoins différents. Les centres de réadaptation se veulent capables de répondre aux besoins particuliers de tous les usagers, tant en ce qui a trait à l'approche thérapeutique qu'à l'intensité des services. Les services offerts dans les centres de réadaptation spécialisée sont habituellement intensifs (programme régulier prévoyant plusieurs heures par jour, cinq jours par semaine ou plus). Toutefois, un programme de réadaptation intensif peut ne pas être approprié pour certains usagers ayant un profil gériatrique, un état médical grave, une pauvre endurance ou une durée d'attention limitée (programme de récupération lente prévoyant une intensité moins grande et une période de réadaptation plus longue).

Bien que les guides de pratique n'abordent pas précisément les conséquences organisationnelles de cette distinction de programmes de réadaptation, il semble que des mesures incitatives pour traiter les usagers ayant des atteintes graves seraient bénéfiques. En effet, seule une faible proportion de ces usagers est admise en centre de réadaptation, malgré les bienfaits reconnus de ces services pour cette population. La distribution de la population admise en réadaptation à Montréal en 2002-2003 selon le degré de gravité des atteintes, était : 43 % de cas légers, 41 % de cas modérés et 16 % de cas graves [Gagnon *et al.*, 2005]. Les administrations de certains pays reconnaissent le besoin de différents types de services (ou de lits réservés) et d'autres attentes quant à la durée de séjour. Ainsi, le Royaume-Uni et l'Australie ont une structure administrative consistant en deux types de lits selon la finalité : réadaptation régulière et récupération lente.

L'Ontario a également mis en œuvre différents programmes pour répondre à la diversité des besoins de sa population. En plus du programme de réadaptation régulier, il existe un programme destiné aux usagers qui récupèrent lentement [*Low Tolerance Long Duration (LTLD)*]. Précisons au préalable, que, outre les critères généraux mentionnés, le Dr Teasell, expert en AVC, préconise que l'intensité des interventions dans les différents programmes ne soit pas prédéterminée, mais plutôt dictée par la tolérance à l'effort de chaque patient [Teasell, 2008]. Ainsi, la région métropolitaine de Toronto s'est dotée de programmes réguliers et de récupération lente, en conformité avec le cadre de référence établi. En voici la description :

- Programme régulier : cible les personnes ayant subi un AVC modéré. Le score total de la MIF dans les 5 à 7 jours suivant le début des symptômes de l'AVC est entre 40 et 80, et les personnes ont généralement entre 19 et 75 ans. Généralement, ils sont capables de tolérer au moins 60 minutes de thérapie par session et on s'attend à ce qu'ils restent au centre de réadaptation de 30 à 60 jours, en moyenne. Les usagers âgés de plus de 75 ans qui ont suffisamment de tolérance peuvent également participer au programme régulier. Les usagers de moins de 55 ans sont aussi admissibles au programme régulier même s'ils ont subi un AVC grave, en autant qu'ils satisfassent aux critères de tolérance.
- Programme de récupération lente : cible les personnes ayant subi un AVC grave. Le score total de la MIF dans les 5 à 7 jours suivant le début des symptômes de l'AVC est inférieur à 40. Ce programme peut également être indiqué pour les personnes ayant un score supérieur à 40, mais qui ont plus de 75 ans. Ces derniers ont souvent un état médical complexe qui les empêche de participer de façon optimale au programme régulier; ils affichent des gains fonctionnels plus lents; et ils ont souvent une durée de séjour plus longue (60 à 180 jours). Les usagers peuvent tolérer en moyenne de 20 à 30 minutes de thérapie par séance d'au moins 3 à 5 heures par semaine. Ces personnes ont habituellement des déficits cognitifs et d'autres maladies qui compromettent leur capacité à tolérer l'intensité du programme régulier. Voici quelques caractéristiques additionnelles des candidats à ce programme : AVC antérieur, présence d'héminégligence, dépendance pour les transferts, difficulté à exécuter une commande de deux ou trois étapes, incontinence, ou soutien familial ou social limité.

Les personnes pour qui le programme de récupération lente n'est pas approprié sont celles qui n'ont aucun objectif personnel de réadaptation ni de capacité d'amélioration sur le plan fonctionnel, qui manquent de motivation pour participer au programme ou présentent de graves déficits cognitifs, d'apprentissage ou de comportement.

5.3 Cliniques de prévention secondaire

5.3.1 Lignes directrices

Les recommandations canadiennes de pratique concernant les accidents vasculaires cérébraux définissent ainsi la prévention secondaire de l'AVC : « approche clinique qui est établie au cas par cas dans le but de réduire le risque de récurrence d'accidents vasculaires chez les personnes qui ont déjà subi un AVC ou un AIT et chez les sujets qui présentent un ou plusieurs problèmes de santé ou facteurs de risque qui les exposent à un risque élevé d'AVC » [Lindsay *et al.*, 2008]. Les recommandations énoncées dans ce document concernent la prise en charge des facteurs de risque les plus pertinents, notamment : le mode de vie (alimentation, apport en sodium, tabagisme, exercice, poids et consommation d'alcool), l'hypertension, la dyslipidémie, les antécédents d'AVC ou d'AIT, la fibrillation auriculaire et la sténose carotidienne. Ainsi, les patients pouvant bénéficier de la prévention secondaire sont ceux qui ont subi un AIT ou un AVC de différents niveaux de gravité et ils peuvent même être asymptomatiques. Les interventions incluses dans la prévention secondaire peuvent être de nature pharmacologiques ou non.

Les lignes directrices canadiennes recommandent de soumettre toutes les personnes symptomatiques, qui arrivent à la salle d'urgence d'un hôpital de soins de courte durée et chez qui l'on soupçonne un AIT ou un AVC léger « à un examen clinique immédiat et à d'autres épreuves diagnostiques au besoin, de manière à confirmer ou infirmer le

diagnostic d'AVC et à élaborer un plan de soins » (niveau de preuve B) [Lindsay *et al.*, 2008]. Ce plan inclut les mesures de prévention secondaire. Dans le texte qui suit, on présente les lignes directrices concernant les examens diagnostiques et les traitements immédiats (c'est-à-dire les interventions préventives initiales) relatifs à cette clientèle. Les points de divergence avec les plus récentes lignes directrices australiennes [NSF, 2010] ou du Royaume-Uni [ISWP, 2008] sont relevés, le cas échéant.

Au sujet des examens diagnostiques concernant les patients chez qui l'on soupçonne un AIT ou un AVC léger [Lindsay *et al.*, 2008] :

- Le risque de récurrence devrait être mesuré à l'aide d'un outil de stratification du risque normalisé dès le premier contact avec les professionnels de la santé (niveau de preuve B).
- Les examens diagnostiques suivants sont recommandés : formule sanguine complète, bilan des électrolytes et de la fonction rénale, cholestérolémie, glycémie et ECG (niveau de preuve C).
- Les patients doivent subir des examens d'imagerie cérébrale par TDM ou IRM dans les 24 heures (patients les plus à risque d'une récurrence d'AVC¹⁶) ou dans les sept jours suivant la survenue de l'AVC ou de l'AIT (niveau de preuve B).
- Les patients qui seraient admissibles à une revascularisation carotidienne doivent subir une angiotomographie, une angiographie par résonance magnétique ou une échographie duplex de la carotide le plus rapidement possible, soit dans les 24 heures (cas très urgents) et dans les sept jours (cas urgents) suivant la survenue de l'AVC ou de l'AIT (niveau de preuve C).
- Les patients chez qui l'imagerie confirme la présence d'un infarctus cérébral léger doivent subir une évaluation ambulatoire complète visant à dépister une atteinte fonctionnelle, y compris une évaluation cognitive, un dépistage de la dépression, une vérification de l'aptitude à conduire, ainsi que des évaluations fonctionnelles en vue d'une éventuelle réadaptation (niveau de preuve B), préférablement dans les deux semaines¹⁷ suivant la survenue de l'AVC ou de l'AIT (niveau de preuve C).

Au sujet des traitements offerts aux patients ayant subi un AIT ou un AVC léger [Lindsay *et al.*, 2008] :

- Un traitement antiplaquettaire (p. ex., l'aspirine) doit être administré à ceux qui ne prennent pas d'antiplaquettaires au moment de consulter, dès que l'imagerie cérébrale a exclu la présence d'une hémorragie intracrânienne (niveau de preuve A).
- Un traitement anticoagulant (warfarine) est recommandé aux patients aux prises avec une fibrillation auriculaire dès que l'imagerie cérébrale a exclu la présence d'une hémorragie intracrânienne (niveau de preuve A).
- L'endartériectomie carotidienne doit être faite le plus rapidement possible, soit dans

16. En Australie et au Royaume-Uni, les lignes directrices précisent que les patients à haut risque de récurrence sont ceux qui présentent un score ABCD² > 4 [NSF, 2010; ISWP, 2008]. Les patients ayant des AIT en « crescendo » (deux AIT ou plus en une semaine) font aussi partie du groupe à haut risque, selon les lignes directrices de ces deux organismes. Le NSF [2010] inclut dans le groupe à haut risque les patients ayant une fibrillation auriculaire ou ceux ayant des symptômes associés au territoire carotidien.

17. Les lignes directrices australiennes mentionnent que les mêmes principes d'évaluation et de traitement de l'AIT devraient s'appliquer aux AVC légers [NSF, 2010]. Les lignes directrices du Royaume-Uni recommandent une orientation immédiate (dans les deux semaines) vers une évaluation spécialisée appropriée et un traitement (afin de réduire le risque de récurrence) [ISWP, 2008].

les deux semaines suivant l'AVC¹⁸ (sauf s'il y a contre-indication), chez les patients qui ont une sténose carotidienne ipsilatérale supérieure à 70 %, et chez des patients sélectionnés atteints de sténose carotidienne symptomatique modérée atteignant 50 à 69 % (niveau de preuve A).

- Des mesures énergiques sont nécessaires pour maîtriser tous les facteurs de risque de maladie vasculaire, au moyen d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques (niveau de preuve A).

Quant à l'applicabilité des recommandations, il est important de mentionner que le diagnostic clinique d'AIT est difficile à poser et que la fiabilité interobservateurs est faible, même entre les neurologues associés (*fellow*) spécialisés en AVC [Castle *et al.*, 2010]. La clientèle cible la plus susceptible de bénéficier des interventions rapides proposées est celle reconnue comme étant à haut risque par le score ABCD² (*Age, blood pressure, clinical symptoms, duration of symptoms and diabetes*). Plus leur score est élevé, plus le bénéfice est grand. Toutefois, le score ABCD² peut manquer 20 à 30 % des cas à haut risque [NSF, 2010]. Plusieurs études récentes proposent des outils pour améliorer la valeur prédictive quant à la récurrence, pour faire un triage plus sélectif et mieux classer les patients par ordre de priorité (par exemple, Ay *et al.*, 2010; Harrison *et al.*, 2010; Amarenco *et al.*, 2009; Ay *et al.*, 2009; Calvet *et al.*, 2009; Carpenter *et al.*, 2009; Couillard *et al.*, 2009; Cumber et Glasheen, 2009; Sheehan *et al.*, 2009). Une description de ces outils dépasse le mandat du présent rapport.

La prévention secondaire a également une composante importante à long terme. Selon le guide de pratique clinique canadien, « il faut appliquer les recommandations en matière de prévention secondaire de l'AVC tout au long de la phase de rétablissement, y compris durant la réadaptation à l'hôpital ou en clinique externe, la réintégration dans la communauté [sic] et le suivi permanent effectué par les médecins de soins primaires. Après un AVC ou un AIT, il faudra aborder les questions de prévention secondaire à chaque consultation avec un professionnel de la santé » [Lindsay *et al.*, 2008]. Selon l'opinion des experts consultés par la *National Stroke Foundation* d'Australie, le suivi devrait avoir lieu trois, six et douze mois après le congé hospitalier [NSF, 2010].

5.3.2 Données probantes relatives à l'organisation des services

Notre recherche de la littérature sur les cliniques de prévention secondaire a repéré peu de publications traitant des aspects organisationnels de ces services, en ce qui touche l'infrastructure, les ressources humaines, l'équipement, etc. Certaines études décrivent l'évaluation d'une clinique en particulier, mais l'objectif de la plupart des études est l'analyse des interventions cliniques. De même, les lignes directrices clés tendent à aborder les aspects cliniques de la prévention secondaire plutôt que les aspects organisationnels, à l'exception du document australien [NSF, 2010] présenté ci-dessous.

Les lignes directrices canadiennes recommandent de diriger les patients chez qui l'on soupçonne un AIT ou un AVC léger « vers une clinique de prévention de l'AVC désignée ou vers un médecin qui connaît bien l'évaluation et la prise en charge de l'AVC, ou, en l'absence de telles options, vers un service des urgences qui dispose d'un accès à un laboratoire d'imagerie neurovasculaire et à un personnel médical expérimenté en AVC » (niveau de preuve B) [Lindsay *et al.*, 2008]. Une clinique de prévention secondaire est définie comme une clinique externe hospitalière, qui offre des programmes et des

18. Les lignes directrices australiennes précisent des critères quant à l'expérience du chirurgien et au contrôle de la qualité (p. ex., un taux de mortalité/morbidité périopératoire < 6 %) [NSF, 2010]. Les lignes directrices du Royaume-Uni précisent que l'endartériectomie carotidienne doit être faite par un chirurgien spécialisé, dans un centre où les résultats cliniques de la chirurgie carotidienne font l'objet d'un audit régulier [ISWP, 2008].

approches préventives individualisées et multidisciplinaires [HSFO, 2001]. Quelle que soit l'infrastructure de services, elle devra permettre l'accès rapide aux traitements reconnus. Une étude récente montre que la moitié des récurrences qui surviennent pendant la première semaine après l'AIT auront lieu pendant les premières 24 heures [Chandratheva *et al.*, 2009], d'où l'urgence de l'intervention.

Lors de la préparation de son dernier guide de pratique clinique, la *National Stroke Foundation* d'Australie a fait une revue systématique portant sur l'efficacité de trois modèles d'organisation des services relativement à l'AIT [NSF, 2010]. Ces modalités sont : l'hospitalisation dans une unité d'AVC, l'accès rapide à une clinique d'AIT et le suivi par un omnipraticien (médecin de famille). On peut résumer ainsi les constats de cette revue.

Admission à l'hôpital

Selon la *National Stroke Foundation*, il n'y a pas de preuves très solides appuyant l'efficacité de l'hospitalisation en unité d'AVC pour les personnes qui ont subi un AIT [NSF, 2010]. Une étude de cohorte australienne démontre que les patients évalués à la salle d'urgence et ensuite hospitalisés – la plupart du temps pour recevoir des soins spécialisés en AVC – ont un risque de récurrence (de l'AIT ou de l'AVC) à 28 jours de 2,3 %, comparativement à 5,3 % chez ceux qui ont reçu leur congé à partir du service des urgences [Kehdi *et al.*, 2008]. Une étude de cohorte canadienne rapporte également un taux d'AVC deux fois moindre (4,7 vs 9,7 %) chez les patients à haut risque d'AVC admis dans une unité d'évaluation rapide comparativement à ceux recevant les soins usuels (soignés en clinique externe et, s'ils sont jugés admissibles, hospitalisés) [Wu *et al.*, 2009].

Clinique d'AIT à accès rapide

L'étude *EXPRESS* a utilisé un plan observationnel avant-après pour évaluer un service d'accès rapide aux mesures préventives reconnues, implanté en Angleterre [Rothwell *et al.*, 2007]. Les chercheurs ont noté chez les patients une réduction significative de 80 % de la récurrence de l'AVC à 90 jours suivant un AIT ou un AVC léger (de 10,3 à 2,1 %), comparativement aux patients qui ont reçu les soins habituels (clinique sur rendez-vous qui faisait des recommandations de soins aux omnipraticiens). Les principales différences concernaient la disponibilité, pour le service d'accès rapide, d'une évaluation sans rendez-vous, tous les jours de la semaine (y compris l'accès rapide aux examens diagnostiques) et la prescription immédiate des traitements par un médecin de la clinique [National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008]. Les critères d'orientation à la clinique sont demeurés les mêmes tout au long de l'étude, mais certains traitements pharmacologiques ont varié. L'efficacité de ce mode d'intervention a également été rapportée, bien qu'un tel résultat se doive d'être confirmé par des études à plus long terme [Luengo-Fernandez *et al.*, 2009]. Une modélisation économique faite en Angleterre montre qu'une réorganisation des services, selon les modalités décrites dans l'étude *EXPRESS* à l'échelle du pays, préviendrait des AVC et diminuerait les coûts pour le système de santé [Jackson *et al.*, 2009].

L'étude *SOS-TIA*, menée dans la grande région parisienne, montre un taux d'AVC de 1,24 % à 90 jours après la présentation du patient à la clinique, comparativement au taux attendu de 5,96 % selon le score ABCD², vu l'offre d'un service jour et nuit, tous les jours de la semaine [Lavallée *et al.*, 2007]. Les patients pouvaient être orientés par les services de première ou deuxième ligne (par un omnipraticien ou un spécialiste), grâce à un numéro d'urgence. La clinique était rattachée à un grand centre d'AVC urbain

et l'imagerie était disponible dans les quatre heures suivant l'arrivée du patient à la clinique.

Ces deux études sur les cliniques d'AIT rapportent un taux d'hospitalisation de 25 % chez les patients à haut risque [NSF, 2010].

Gestion de l'AIT par l'omnipraticien

Selon la *National Stroke Foundation*, il existe peu d'études disponibles sur l'approche structurée de la gestion de l'AIT par l'omnipraticien en première ligne; c'est pourquoi il est impossible de se prononcer sur son efficacité.

En résumé, la clinique d'AIT à accès rapide est une modalité efficace quant à la prévention secondaire. Étant donné les ressources intrahospitalières limitées, il est préférable de mettre en place des services externes, comportant un accès aux équipements hospitaliers. Il faut aussi classer les usagers des cliniques par ordre de priorité, sur la base du risque de récurrence. De nouveaux outils servant à faire un triage plus sélectif sont publiés régulièrement et il serait utile d'avoir recours à une veille documentaire à cet effet. L'utilité du score ABCD² en particulier doit être étudiée plus en détail. La présence de fibrillation auriculaire ou de sténose carotidienne devrait être prise en compte lors de l'évaluation du risque de récurrence. L'accès rapide aux interventions reconnues est crucial, indépendamment de l'infrastructure de services (grade C : NSF, 2010; niveau de preuve B : Lindsay *et al.*, 2008). Tout patient ayant subi un AVC devrait être évalué dans le but de vérifier s'il présente les facteurs de risque d'un autre AVC et d'être informé des mesures préventives disponibles (grade A) [NSF, 2010].

5.3.3 Critères utilisés pour caractériser les cliniques de prévention secondaire

Nous avons recherché des documents afférents à l'organisation des cliniques de prévention secondaire au Royaume-Uni, en Australie et en Ontario. Aucun document australien sur le sujet n'a été repéré. Les sections suivantes résumant les informations recueillies pour l'Angleterre et l'Ontario. Nous décrivons aussi un projet en cours en Alberta, qui a été présenté lors d'une récente conférence sur l'AVC tenue à Montréal (septembre 2010).

5.3.3.1 Angleterre

Dans la région londonienne, un document est disponible pour les établissements qui souhaitent instaurer une clinique de prévention secondaire de l'AIT [NHS London, 2008]. Ce document précise 25 critères de désignation qui doivent être respectés dans les 18 mois après l'ouverture du service. Les grands domaines couverts ainsi que le délai prévu pour leur implantation, le cas échéant, sont énumérés ci-dessous dans l'encadré 2.

Encadré 2

Critères organisationnels du NHS London relatifs à une clinique de prévention secondaire

La clinique de prévention secondaire :

- se trouve dans l'hôpital et est en lien avec la salle d'urgence qui effectue l'évaluation de l'AIT, selon les protocoles;
- reçoit aussi des patients orientés par les omnipraticiens;
- utilise des protocoles de soins normalisés;
- utilise des protocoles relatifs au partage de l'information avec les omnipraticiens (dans les six mois après son ouverture);
- évalue la stratification du risque et utilise un protocole normalisé de traitement, selon le niveau de risque;
- dispose de personnel ayant reçu une formation en évaluation spécialisée et en gestion des AIT;
- est dirigée par un médecin.

Critères d'accès

La clinique :

- fournit un accès en temps opportun à l'évaluation par un spécialiste et au traitement (normes de performance: chez 90 % des patients à risque élevé d'AVC, dans les 24 heures suivant la survenue des symptômes et chez les patients à faible risque, dans les sept jours suivant le début des symptômes);
- fournit un accès en temps opportun à l'imagerie cérébrale (normes de performance : chez 90 % des patients à haut risque, dans les 24 heures suivant la survenue des symptômes et chez les patients à faible risque, dans les 7 jours suivant le début des symptômes);
- fournit l'accès en temps opportun à l'imagerie carotidienne (normes de performance : chez 90 % des patients appropriés ayant subi un AIT, dans les 7 jours suivant le début des symptômes);
- fournit l'accès en temps opportun à l'évaluation relative à l'endartériectomie carotidienne et au traitement (normes de performance : chez 90 % des patients ayant une sténose carotidienne symptomatique, dans les sept jours (évaluation) et les 14 jours (traitement) suivant le début des symptômes);
- a un plan d'urgence pour assurer la continuité d'accès à l'imagerie en cas de panne;
- fournit des conseils préventifs sur l'utilisation appropriée des médicaments et sur les habitudes de vie à tous les patients.

Critères d'assurance de la qualité

La clinique :

- a un groupe de gestion de l'AIT et de l'AVC qui supervise la prestation des services et leur amélioration (dans les six mois après son ouverture)
- fait participer les patients et les proches aidants au développement du service (dans les douze mois après son ouverture)
- fait le monitoring des délais lors de l'évaluation et du traitement des patients chez qui l'on soupçonne un AIT (dans les six mois suivant son ouverture)
- détermine et gère les orientations inappropriées (dans les douze mois suivant son ouverture)
- fournit une formation structurée au personnel (nouveau et en rotation) (dans les six mois après son ouverture)
- fournit une formation sur la reconnaissance de l'AIT, l'évaluation et les algorithmes de traitement au personnel du service des urgences et aux omnipraticiens.

5.3.3.2 Ontario

L'Ontario a publié un guide d'implantation des cliniques de prévention secondaire des AVC en 2001, dans le cadre de sa stratégie provinciale de lutte contre les AVC. De telles cliniques se doivent d'être localisées dans un hôpital afin de faciliter l'accès rapide aux services diagnostiques [HSFO, 2001]. Ces cliniques doivent exercer leurs fonctions dans le cadre d'un plan régional propre aux AVC, et, toutes les fois que c'est possible, être reliées et partager des ressources avec les services de prévention des maladies du cœur et (ou) les cliniques de prévention locales. Le mandat des cliniques inclut le soutien à la planification et l'implantation de la stratégie de prévention primaire et secondaire de l'AVC de la région et le travail en partenariat avec les services de première ligne, la réadaptation, les services communautaires et d'autres partenaires. Les quatre critères de désignation sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau 8
Critères de désignation des cliniques de prévention secondaire des AVC, en Ontario

Normes de soins	Leadership dans la gestion clinique des facteurs de risque
Ressources humaines	Équipe interdisciplinaire comprenant une infirmière praticienne (<i>advanced practice nurse</i>) spécialisée en AVC et un psychologue ou spécialiste du comportement (<i>behavioural modification specialist</i>), à temps partiel
Formation professionnelle	Formation à l'infirmière qui comprend : triage, évaluation des besoins, gestion de cas, facilitation de la réalisation des examens cliniques et de la prise en charge appropriée (y compris la liaison avec les intervenants locaux et le soutien au suivi), formation et conseils sur les habitudes de vie à donner au patient.
Équipements	TDM, échographie carotidienne, échocardiographie, électrocardiographie ambulatoire (<i>Holter monitoring</i>), angiographie, accès à l'IRM

5.3.3.3 Projet de numéro d'urgence pour les AIT, en Alberta

Lors du troisième sommet québécois pour vaincre l'AVC, tenu à Montréal, le 24 septembre 2010, le Dr Tim Watson a fait une présentation des objectifs et de l'organisation des cliniques de prévention secondaire, en Alberta, et du projet *ASPIRE*, qui utilise un numéro d'urgence destiné aux omnipraticiens, appelé le *TIA HOTLINE*. Le projet a débuté en 2009 et est actuellement en évaluation¹⁹. Les objectifs visés sont l'accès à l'expertise permettant de décider du niveau d'urgence de la situation, l'examen rapide des patients et le suivi en clinique de prévention secondaire.

Le service d'assistance téléphonique a deux pôles géographiques : le nord et le sud de la province. Dans la région nord (éloignée), chaque appel entraîne une communication avec le neurologue. Dans la zone sud, la personne au téléphone utilise un outil de triage ayant fait l'objet d'un consensus d'experts albertains avant de communiquer avec un neurologue²⁰. La présence d'un risque élevé est associée à un score ABCD² ≥ 4 ou des symptômes de troubles d'élocution ou moteurs qui durent plus de cinq minutes. Les patients à haut risque sont orientés vers l'examen urgent dans les 24 heures et suivis par la clinique de prévention secondaire. Les examens peuvent être menés dans un centre d'AVC (secondaire ou tertiaire) de la province, afin qu'ils puissent être faits en temps

19. Heart and Stroke Foundation of Alberta, NWT and Nunavut. Dr. Shelagh Coultts: Alberta neurologists ASPIRE to reduce the number of strokes in the province [site Web]. Disponible à : http://www.heartandstroke.ab.ca/site/c.lqIRL1PJtH/b.5937049/k.A0ED/Dr_Shelagh_Coultts.htm (consulté le 24 septembre 2010).

20. La communication avec le neurologue spécialisé en AVC peut aussi être faite si le médecin le désire, peu importe les résultats de l'outil de triage.

opportun. D'autres processus sont en place pour les patients à moyen ou à faible risque (examens dans les trois jours ou dans les deux semaines, respectivement). À Calgary, la clinique de prévention compte sur six neurologues qui se relaient et sur deux infirmières cliniciennes à temps plein, pour gérer un service quotidien. L'importance d'avoir des liens très serrés avec le service de radiologie (accès prioritaire) est soulignée dans ce projet, ainsi que l'interdisciplinarité et la participation des spécialistes à la formation médicale continue.

5.3.4 Conclusions

Plusieurs systèmes de santé ont mis en place des cliniques de prévention secondaire de l'AVC et de l'AIT, y compris le Royaume-Uni, l'Australie et l'Ontario. La définition de la clientèle cible, des services offerts ou du personnel requis varient selon les contextes. Les clientèles visées par ces cliniques comprennent les personnes non hospitalisées qui ont présenté des symptômes d'AIT ou d'AVC légers et qui sont orientées par leur médecin de famille, des personnes ayant été hospitalisées en raison d'un AIT ou d'un AVC et parfois, les personnes ayant des facteurs de risque reconnus d'AVC, dont la fibrillation auriculaire. La rapidité d'accès aux 1) examens diagnostiques pour confirmer l'AIT ou l'AVC et dépister les facteurs de risque pouvant nécessiter une intervention immédiate (p. ex., la sténose carotidienne et la fibrillation auriculaire), et 2) aux traitements reconnus efficaces (p. ex., l'endartériectomie carotidienne, les anticoagulants et d'autres traitements pharmacologiques) permet, selon les données probantes, de diminuer la risque de récurrence. Selon des modélisations économiques, cette stratégie rapide pour tous les patients qui ont reçu un diagnostic confirmé d'AIT ou d'AVC serait coût/efficace. Toutefois, les contraintes en ressources humaines et matérielles pourraient nécessiter une approche donnant la priorité d'accès au cas les plus à risque.

MISE EN CONTEXTE POUR LE QUÉBEC

En 2008, un comité d'experts a préparé un document qui présentait un portrait du contexte québécois et de la situation des soins et services en matière d'AVC, qui ne nécessite aucune mise à jour pour les fins de notre rapport [Comité aviseur ministériel, 2008]. Le présent chapitre contient le fruit des discussions et des rétroactions du groupe de travail ministériel, recueillies lors des échanges avec l'AETMIS (INESSS), en 2010. Il s'agit de propositions portant sur la hiérarchisation des infrastructures (à trois niveaux), les caractéristiques attendues des centres régionaux (au niveau secondaire) et des centres d'expertise (au niveau tertiaire) ainsi que des propositions sur le continuum de services, qui semblent appropriées au contexte québécois. Comme l'AVC est une maladie chronodépendante, les décideurs du système de santé doivent mettre à contribution l'expertise développée au Québec relativement à d'autres maladies analogues (traumatismes et infarctus du myocarde avec élévation du segment ST). Quant au volet de la télémédecine et de la téléformation, des investissements sont en cours au Québec et doivent également être pris en considération.

6.1 Phase aiguë

6.1.1 Propositions sur la hiérarchisation des centres hospitaliers

Le tableau 9 présente une proposition de classification des centres hospitaliers offrant des soins de courte durée au Québec, et ce, selon le niveau d'expertise. Cette classification s'inspire entre autres du système de santé australien. Les centres de niveau primaire ont été subdivisés en deux catégories : les centres primaires sans unité d'AVC et les centres de niveau avancé ayant une petite unité d'AVC. Lors des discussions avec le groupe de travail, certains principes généraux d'organisation des services ont été reconnus comme importants au Québec, dont la hiérarchisation des services sur la base des *Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)* et l'approche populationnelle (pour tenir compte de l'appartenance du patient à un réseau qui le prend en charge).

Le tableau 10 résume les caractéristiques organisationnelles requises quant aux centres de soins de courte durée de niveaux secondaire et tertiaire, alors que le tableau 11 précise les caractéristiques additionnelles requises des centres tertiaires. Il faut se rappeler que les personnes chez qui l'on soupçonne un AVC aigu ou un AIT peuvent arriver à ces centres par leurs propres moyens ou par ambulance.

L'information présentée dans ces tableaux provient principalement de trois articles. Leys et ses collaborateurs ont interrogé les experts européens en AVC au sujet des composantes nécessaires des *comprehensive stroke centres* (c.-à-d. les centres de niveau tertiaire), des *primary stroke centres* (c.-à-d. les centres de niveau secondaire) et des *any hospital ward* (c.-à-d. tout centre de niveau primaire) [Leys *et al.*, 2007]. La moitié ou plus des experts ont considéré certaines de ces caractéristiques comme « absolument nécessaires »; et nous proposons qu'elles soient retenues comme critères de base à remplir (« requises ») dans la mesure où elles s'appliquent au contexte québécois. Alberts et ses collaborateurs ont présenté des énoncés consensuels de la *Brain Attack Coalition* fondés sur une revue systématique de la littérature et la rétroaction d'experts; ces derniers ont scindé les composantes recommandées en deux catégories : essentielles (c.-à-d. « requises ») et optionnelles [Alberts *et al.*, 2005; 2000].

À l'annexe D, le tableau D3 présente de façon plus détaillée les caractéristiques requises ou souhaitables relatives aux différents niveaux de centre. Les détails contextuels ou les recommandations du groupe de travail ministériel sont en italique.

Tableau 9

Caractéristiques proposées des services offerts en matière d'AVC selon la classification des centres hospitaliers de soins de courte durée

<p>Centre hospitalier (CH) de niveau primaire (à vocation locale)</p>	<p>La majorité de ces centres n'ont pas d'unité d'AVC, mais offrent la TDM sur place. Ils veillent à stabiliser l'état médical des patients et à administrer la tPA, puis transfèrent les patients sans délai vers un centre disposant d'une unité d'AVC.</p> <p>Certains centres primaires ont une petite unité d'AVC qui comprend de deux à quatre lits (ou au moins une unité de soins distincte et bien définie qui fait partie d'une plus grande unité de soins généraux et qui est reliée à un plus grand centre spécialisé en AVC).</p>
<p>CH de niveau secondaire (à vocation régionale)</p>	<p>Ces centres offrent un accès immédiat à la TDM.</p> <p>Ils disposent d'une unité d'AVC.</p> <p>Les centres secondaires des grandes villes admettent annuellement plus de 100 patients ayant subi un AVC et les centres régionaux en admettent plus de 80.</p> <p>Les centres disposent du personnel, de l'infrastructure, de l'expertise et des programmes nécessaires pour stabiliser l'état médical des patients ayant subi un AVC et offrir, à la plupart d'entre eux, des services généraux et spécialisés appropriés sur les plans diagnostique et thérapeutique (médical et chirurgical). Ils offrent un accès rapide à l'évaluation et au traitement aux patients qui ont subi un AIT.</p>
<p>CH universitaire ou affilié de niveau tertiaire (à vocation suprarégionale)</p>	<p>Ces centres offrent un accès immédiat à la TDM.</p> <p>Ils disposent d'une unité d'AVC.</p> <p>Les centres tertiaires admettent plus de 200 patients par année.</p> <p>Outre les services diagnostiques et thérapeutiques généraux et spécialisés, ces centres ont la capacité de traiter des patients qui requièrent des soins médicaux et chirurgicaux intensifs et d'offrir des actes diagnostiques ou thérapeutiques surspécialisés.</p>

Tableau 10

Caractéristiques de base requises des centres secondaires et tertiaires en matière d'AVC

Organisation	Présence d'une équipe multidisciplinaire ayant une expertise en AVC Services hospitaliers : service des urgences, médecine, unité de soins intensifs multidisciplinaire, radiologie, centre ambulatoire multidisciplinaire d'AVC et d'AIT Offre de services précoces en réadaptation
Coordination du plan d'intervention	Professionnel désigné pour coordonner les soins : cette personne est responsable d'informer les patients et leurs proches aidants à propos de la maladie, de la réadaptation, des attentes en matière de récupération et de leur rôle dans le processus, et de coordonner le congé et le suivi de proximité.
Utilisation de protocoles	<u>Protocoles concernant les services préhospitaliers et d'urgence</u> : <ul style="list-style-type: none"> ▪ évaluation et triage rapides (≤ 10 minutes) ▪ communication entre les deux milieux ▪ Stabilisation de l'état médical lors du déplacement ambulancier
	<u>Protocoles de soins d'urgence</u> : concernent la stabilisation de l'état médical, les examens diagnostiques initiaux et l'administration des médicaments (p. ex., la tPA) <u>Protocoles de transfert interétablissements</u> basés sur les données probantes et mis à jour régulièrement (p. ex., l'accès à l'endartériectomie carotidienne)
Formation et recherche	Prévention primaire de l'AVC dans le milieu de vie Sensibilisation de la population à propos de la connaissance des facteurs de risque et la reconnaissance des symptômes d'un AVC Formation des patients au sujet de leur traitement Maintien à jour de la certification des outils d'évaluation utilisés
Assurance de la qualité	Comité d'assurance de la qualité qui révisé et modifie les pratiques cliniques Programme officiel d'agrément en lien avec les organismes d'agrément Participation au registre de données sur les patients ayant subi un AVC ou un AIT Audits cliniques et organisationnels (selon le niveau de participation du centre) et utilisation d'indicateurs de performance clés
Services préhospitaliers et d'urgence	Services préhospitaliers arrimés aux centres pour faciliter une prise en charge rapide Réunions conjointes du personnel des services préhospitaliers et des services des urgences, au moins deux fois par année Présence d'un membre de l'équipe AVC du centre au chevet du patient dans les 15 minutes après avoir été appelé. Transfert de tous les patients ayant subi un AVC aigu vers une unité d'AVC dans les trois heures suivant l'apparition des symptômes. (Ce critère entraîne le transfert des patients ayant reçu des soins en phase hyperaiguë dans un centre primaire sans unité d'AVC vers un centre d'AVC désigné, c.-à-d. un centre secondaire ou tertiaire.) Traitement thrombolytique intraveineux (tPA) d'un AVC aigu admissible, disponible au service des urgences jour et nuit, tous les jours de la semaine Soutien de la tPA par la télémédecine dans certains centres primaires en régions isolées ayant l'équipement d'imagerie, si le transfert interétablissements des patients admissibles n'est pas possible en temps opportun Délai porte-aiguille ≤ 1 heure pour ce qui est de la tPA intraveineuse

Tableau 10 (suite)

Évaluation initiale de l'AIT	<p>Évaluation par imagerie dans les 24 heures suivant le début des symptômes</p> <p>Pour les centres secondaires, accès par les corridors de services</p> <p>Protocole d'évaluation basé sur l'échelle ABCD² ou son équivalent; utilisation possible de ce protocole pour décider de l'orientation des patients aux prises avec un AIT</p> <p>L'endartériectomie carotidienne doit être faite le plus rapidement possible chez les patients qui sont admissibles à la revascularisation carotidienne, soit dans les deux semaines qui suivent l'AVC</p>
Examens diagnostiques	<p>Examens de laboratoire disponibles jour et nuit, tous les jours de la semaine, complétés dans les 45 minutes après avoir été prescrits</p>
	<p>TDM ou IRM disponible jour et nuit, tous les jours de la semaine, avec priorité pour l'AVC (dans les 25 minutes après avoir été prescrite; les résultats devraient être interprétés dans un délai de 20 minutes)</p>
Traitement	<p>Traitement thrombolytique intraveineux (tPA) d'un AVC aigu admissible aussitôt que possible et moins de 2,5 à 4,5 heures après le début des symptômes de l'AVC (aussi requis dans certains centres primaires ayant l'équipement d'imagerie, en régions isolées)</p> <p>Administration d'agents antiplaquettaires aux patients admissibles (selon les résultats de l'imagerie cérébrale), aussitôt que possible, dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes</p>
Télémédecine	<p>Dans certains cas, la télémédecine comprend un centre d'AVC désigné comme consultant et répond à des fonctions diverses :</p> <p>appui à la lecture des examens d'imagerie,</p> <p>meilleur accès à la tPA,</p> <p>formation continue,</p> <p>évaluation et interventions de réadaptation lorsque l'accès à une expertise en AVC est limité sur place (s'adresse spécialement aux patients qui vivent en milieu rural).</p> <p>Permet un accès à l'expertise jour et nuit</p>
Prise en charge, évaluation et prévention des complications	<p>Utilisation des protocoles relatifs à la prise en charge clinique (p. ex., la prescription de traitements antiplaquettaires, d'hypotenseurs et de statines), l'alimentation, l'évaluation (visant p. ex. à dépister la présence de démence, de dépression, de facteurs de risque de récurrence d'AVC) et la prévention des complications (thrombophlébites, rétention vésicale ou infections urinaires, par exemple)</p> <p>Formation offerte au patient et aux proches aidants</p>
Réadaptation précoce	<p>Réadaptation précoce qui inclut la mobilisation rapide par une équipe multidisciplinaire spécialisée aussitôt que l'état médical du patient le permet, soit dès le premier jour dans la plupart des cas</p> <p>Évaluation de la dysphagie dans les 12 heures suivant l'admission</p>
Participation du patient et proches aidants	<p>Participation du patient et des proches aidants à toutes les étapes de soins</p>
Outils d'évaluation	<p>Utilisation d'échelles normalisées pour mesurer l'incapacité, l'état fonctionnel du patient et la gravité de l'AVC</p>
Congé	<p>Planification du congé du patient le plus tôt possible après son admission à l'hôpital</p> <p>Congé rapide avec soutien pour tous les patients qui ont des atteintes légères ou modérées, mais à la condition que les services remplissent les mêmes critères de soins coordonnés qu'en milieu hospitalier</p>

Tableau 11

Caractéristiques additionnelles requises des centres tertiaires en matière d'AVC

Organisation	Unité d'AVC* (lieu physique distinct et équipe spécialisée) Salle d'opération fonctionnelle jour et nuit, tous les jours de la semaine, si le centre offre de la neurochirurgie sur place Leadership, enseignement, recherche et évaluation des technologies de la santé
Utilisation de protocoles	Responsabilité de mise à jour annuelle des protocoles utilisés dans le réseau québécois des centres traitant les AVC
Formation et recherche	Élaboration et présentation d'un programme de formation professionnelle portant sur les AVC : au moins quatre heures de formation continue par an pour les médecins, et de huit à dix heures pour tous les membres du personnel, y compris les infirmières, et les intervenants des services préhospitaliers et du service des urgences* Soutien à la formation* Programme de recherche en soins propres aux AVC Programme de <i>fellowship</i> clinique en AVC Recherche clinique (y compris les études pharmacologiques) Gestion de fonds de recherche
Examens diagnostiques	Échographie Doppler et duplex extracrânienne* Échographie Doppler et duplex transcrânienne Échocardiographie transthoracique* Échocardiographie transœsophagienne IRM, IRM avec séquences pondérées en diffusion ou en perfusion Angiographie-IRM Angiographie cérébrale numérisée
Traitement	Thrombolyse mécanique ou tPA intra-artérielle disponible jour et nuit, tous les jours de la semaine Consultation et intervention en neurochirurgie disponibles (p. ex, hémicraniectomie, drainage ventriculaire, endartériectomie carotidienne, évacuation d'un hématome, installation d'un moniteur de pression intracrânienne)
Monitoring	Monitoring automatisé : saturation d'oxygène, rythme respiratoire, rythme cardiaque, tension artérielle, température et glycémie*
Télémédecine	Offre de services de consultation par télémédecine aux centres secondaires et primaires

* Composante requise également dans les centres secondaires.

6.1.2 Trajectoire proposée des patients durant la phase aiguë

Selon des lignes directrices récentes, toute personne ayant un diagnostic probable d'AVC aigu devrait être orientée vers un centre de soins du courte durée disposant d'une unité d'AVC (c.-à-d. un centre d'AVC désigné), sauf si elle requiert une réanimation ou des soins intensifs ou refuse cette orientation, comme il en a été fait mention précédemment [NSF, 2010; Lindsay *et al.*, 2008]. Dans certaines situations, le patient pourrait recevoir des soins d'urgence dont la tPA dans un établissement ne disposant pas d'une unité d'AVC avant d'être transféré vers un centre d'AVC désigné. Des mesures telles que des protocoles de transfert et un centre de triage peuvent optimiser l'orientation des patients. Dans l'énoncé de politique de l'*American Heart Association* sur l'implantation de la télé-AVC, on retrouve la recommandation suivante : les hôpitaux qui désirent offrir des services allant au-delà de la phase initiale de risque élevé de mortalité et de

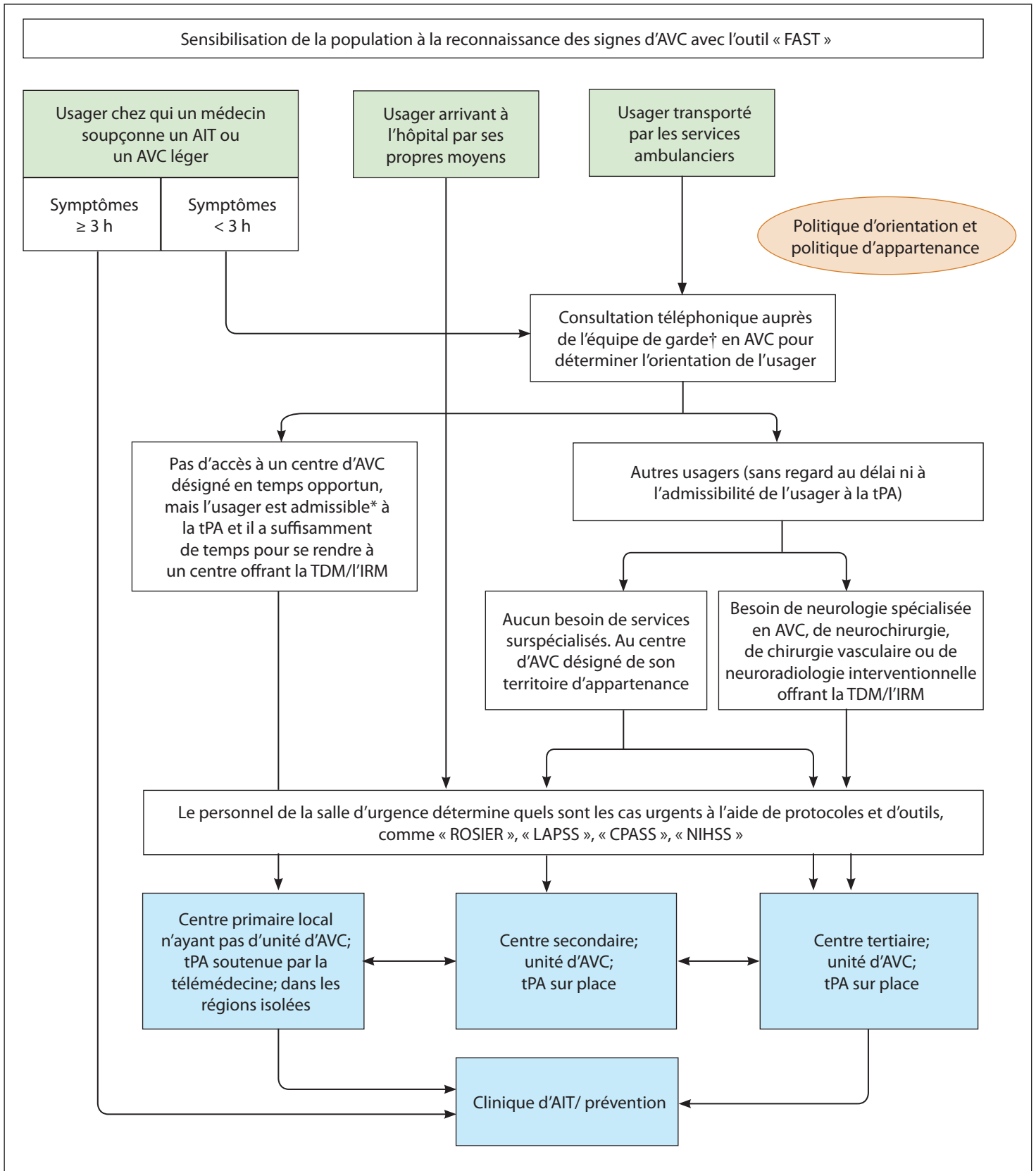
l'administration de la tPA devraient disposer d'une unité d'AVC où les patients reçoivent du monitoring et des soins spécialisés. De plus, les hôpitaux qui ne peuvent pas offrir ces services après l'étape de la salle d'urgence devraient stabiliser l'état médical des patients et les transférer [Schwamm *et al.*, 2009b].

La figure 2 présente la trajectoire recommandée des patients durant les phases hyperaiguë et aiguë, au Québec, sans distinction pour le type d'AVC. Cette figure s'appuie sur les données probantes, des documents de politique et les échanges avec le groupe de travail ministériel. Par conséquent, bon nombre des éléments qui se retrouvent dans cette figure ont été mis en lumière dans le chapitre 5 et les tableaux 11 et 12. Le texte qui suit fait référence à ces caractéristiques ou à des détails relatifs à des éléments particuliers qui n'ont pas été précédemment décrits. Des recommandations ou données probantes qui appuient les différents points sont présentées ci-dessous, accompagnés du niveau de preuve énoncé si elles viennent des lignes directrices de la Stratégie canadienne de l'AVC [Lindsay *et al.*, 2008] (voir la définition des niveaux de preuve, à l'annexe F). Les commentaires additionnels du groupe de travail ministériel apparaissent en italique, le cas échéant.

La figure 3, qui présente un algorithme décisionnel servant à orienter les personnes chez qui l'on soupçonne un AVC aigu (pouvant être admissibles à la tPA), accompagne la figure précédente. La première section présente les critères dont doivent tenir compte les techniciens ambulanciers qui prennent en charge ces personnes ou le personnel du service des urgences qui évalue des personnes qui se sont présentées à leur service par leurs propres moyens. Selon le résultat de l'application de ces critères, le personnel oriente la personne vers l'établissement le plus approprié à fournir les soins immédiats. Un transfert pour la suite des soins pourra être indiqué dans certains cas.

La Stratégie canadienne recommande que tous les patients aux prises avec un AVC ischémique aigu invalidant, pouvant être traités moins de 4,5 heures après l'apparition des symptômes, soient évalués sans tarder afin de déterminer s'ils sont admissibles à l'administration intraveineuse de la tPA. Des protocoles de transport direct convenus au préalable doivent prévoir : 1) que la première phase (préhospitalière), débutant avec le déclenchement des symptômes et comprenant la prise en charge sur les lieux et le temps du transport au centre d'AVC désigné le plus proche, ait une durée de 3,5 heures ou moins, et 2) que la deuxième phase, en salle d'urgence, qui comprend l'évaluation diagnostique et l'examen des options de traitement, n'excède pas 60 minutes. C'est pourquoi l'algorithme inclut le délai anticipé relatif à la phase préhospitalière dans les critères de décision.

Figure 2
Trajectoire proposée des usagers durant les phases hyperaiguë et aiguë dans les centres du Québec



* Le personnel détermine si l'utilisateur est admissible à la tPA selon des critères tels que l'absence de convulsions au moment du déclenchement de l'AVC, l'absence d'une chirurgie majeure récente, des mesures de tension artérielle ou de taux de glycémie qui se situent en dehors des seuils prescrits.
 † Le groupe de travail ministériel définira ultérieurement les notions de « garde en AVC » et « d'équipe de garde ».

Figure 3

Algorithme décisionnel servant à l'orientation des personnes présumées victimes d'un AVC aigu

Critères que doivent considérer les ambulanciers ou le personnel de l'urgence quant aux personnes qui se présentent à l'hôpital par leurs propres moyens avant les examens d'imagerie cérébrale				Orientation initiale	Orientation pour la suite des soins
Personnes dont l'état médical est instable	Aucun autre critère applicable			Services de stabilisation les plus près	Orientation vers le centre le plus approprié selon la grille ci-dessous
Délai combinant le début des symptômes et le transport anticipé au centre d'AVC désigné* inférieur à 3,5 heures	Le délai pour se rendre à un centre non désigné AVC n'est pas un critère	Admissible† à la tPA ou non	État médical complexe‡	Centre tertiaire (si le temps le permet, sinon, centre secondaire le plus près)	Patient demeurant au centre tertiaire s'il est dans son territoire d'appartenance; sinon, orientation vers le centre secondaire le plus près de son milieu
		Admissible à la tPA ou non	État médical non complexe	Centre d'AVC désigné selon le territoire d'appartenance	Patient demeurant au centre pour la suite des soins
Délai combinant le début des symptômes et le transport anticipé au centre d'AVC désigné dépassant 3,5 heures	Suffisamment de temps pour se rendre à un centre capable d'administrer la tPA	Admissible à la tPA	La complexité de l'état médical n'est pas un critère	Centre avec disponibilité immédiate de la TDM/Idé l'IRM (centre primaire ou centre d'AVC désigné, selon les régions)	Orientation vers le centre d'AVC désigné le plus près de son milieu
			État médical complexe	Centre tertiaire (si le temps le permet, sinon, centre secondaire le plus près)	Patient demeurant au centre tertiaire s'il est dans son territoire d'appartenance; sinon, orientation vers le centre secondaire le plus près de son milieu
	Pas suffisamment de temps pour se rendre à un centre capable d'administrer la tPA	Admissible à la tPA ou non	État médical non complexe	Centre d'AVC désigné, selon le territoire d'appartenance	Patient demeurant au centre pour la suite des soins

*Un centre d'AVC désigné est un centre de niveau secondaire ou tertiaire; ces centres ont tous une unité d'AVC d'environ six à dix lits.
† Un patient qui a un état médical complexe requiert des services surspécialisés comme la neurochirurgie, la chirurgie vasculaire, la neuroradiologie interventionnelle ou la cardiologie spécialisée.
‡Le personnel détermine si l'usager est admissible à la tPA selon des critères tels que l'absence de convulsions au moment du déclenchement de l'AVC, une tension artérielle anormale, une chirurgie majeure récente ou un taux de glycémie anormal

6.1.2.1 Sensibilisation de la population

Le public doit être informé des facteurs de risque, être en mesure de reconnaître les signes avant-coureurs et les symptômes d'un AVC ou d'un AIT, connaître la procédure pour obtenir des services d'urgence dans leur région et prendre conscience de l'importance d'une consultation médicale rapide [NSF, 2010; Lindsay *et al.*, 2008; Schwamm *et al.*, 2005]. Les trois systèmes examinés par l'INESSS en détail, soit l'Angleterre, l'Australie et l'Ontario, ont mené des campagnes de sensibilisation du public au sujet des signes avant-coureurs d'un AVC (p. ex., la campagne *F.A.S.T.* – *Face, Arms, Speech, Time*, qui incitait à appeler les services ambulanciers, dans les cas d'AVC).

6.1.2.2 Outils d'évaluation et orientation du patient à l'étape des services hospitaliers

Les services préhospitaliers jouent un rôle primordial dans le continuum de soins et services en matière d'AVC parce que l'accident vasculaire cérébral est une maladie chronodépendante. Leur fonctionnement peut influencer grandement la rapidité d'accès aux soins médicaux. Les lignes directrices affirment qu'un appel pour cause d'un AVC présumé devrait être jugé prioritaire si on veut assurer une évaluation et un transport rapides [NSF, 2010; Lindsay *et al.*, 2008]. Les techniciens ambulanciers devraient

évaluer les patients à l'aide d'un algorithme diagnostique et de protocoles afin de reconnaître la présence d'un AVC [NSF, 2010; Lindsay *et al.*, 2008; Bernard *et al.*, 2007]. L'utilisation d'échelles normalisées telles que « FAST » (*Face arms speech test*) ou « MASS » (*Melbourne acute stroke scale*) est recommandée dans le cadre d'une évaluation préhospitalière [ISWP, 2008; SIGN, 2008]. Les ambulanciers doivent aviser l'établissement de destination de l'arrivée d'un usager chez qui l'on soupçonne un AVC aigu pour que l'équipe se prépare à l'accueillir [Lindsay *et al.*, 2008].

Comme il a été fait mention précédemment, des protocoles de transport direct doivent être en place pour faciliter l'orientation des patients admissibles vers l'établissement le plus approprié et le plus proche capable d'offrir les soins requis, comme le centre d'AVC désigné sur leur territoire [Lindsay *et al.*, 2010]. Ces protocoles doivent utiliser des critères basés sur : 1) un délai quant à l'évaluation du patient en salle d'urgence; 2) un délai combinant la durée des symptômes et la durée anticipée du transport, le tout devant respecter la fenêtre thérapeutique, et 3) les autres besoins du patient en matière de soins immédiats en phase aiguë [Lindsay *et al.*, 2010]. Comme indiqué précédemment, la figure 3 montre l'algorithme décisionnel proposé pour le Québec. L'Ontario et l'Australie ont mis en place des protocoles préhospitaliers. Leur implantation a permis de réduire de façon importante le délai entre le début des symptômes et l'arrivée à l'hôpital ainsi que la durée du séjour au service des urgences avant l'admission dans une unité d'AVC [Gladstone *et al.*, 2009; Quain *et al.*, 2008].

Un « centre de triage » peut déterminer l'établissement vers lequel le patient est orienté durant la phase hyperaiguë. Le groupe de travail ministériel propose qu'une équipe médicale de garde en AVC s'occupe du triage téléphonique, et demeure en lien avec les techniciens ambulanciers ou le médecin référant afin de diriger le patient vers un centre d'AVC désigné (si cela est possible). L'équipe médicale de garde (du territoire de la prise en charge initiale) décide du niveau d'intervention nécessaire (c'est-à-dire du centre de soins de niveau primaire, secondaire ou tertiaire) en fonction des informations données par les techniciens ambulanciers ou le médecin référant et d'autres facteurs (p. ex., le temps de transport ou les conditions météorologiques).

6.1.2.3 Outils d'évaluation des services d'urgence

Le *Royal College of Physicians* du Royaume-Uni recommande l'utilisation d'échelles normalisées telles que « ROSIER » (*Recognition of stroke in the emergency room*) pour effectuer une évaluation au service des urgences [ISWP, 2008]. Selon le *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, l'échelle « ROSIER » est supérieure aux outils « CPASS » (*Cincinnati prehospital stroke scale*), « LAPSS » (*Los Angeles prehospital stroke scale*) et « FAST » [SIGN, 2010a]. Une revue plus approfondie dépasse le mandat du présent rapport.

6.1.2.4 Principes d'appartenance et de retour

Des politiques sous-jacentes à l'organisation du continuum de services en matière d'AVC au Québec sont déjà en place. Les experts du groupe de travail ministériel ont fait des propositions relativement à la politique d'appartenance et de retour et aux responsabilités des parties. Celles-ci sont présentées au tableau 12.

Tableau 12

Principes d'appartenance et de retour du patient et responsabilités des parties, selon les experts du groupe de travail ministériel²¹

<p><i>Appartenance</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Le centre de santé et de services sociaux (CSSS) demeure responsable de la personne qui réside sur son territoire. Les patients qui ne peuvent retourner à domicile après leur séjour doivent être transférés directement à leur CSSS d'origine ou au centre de réadaptation approprié et ne pas rester à l'hôpital d'entrée*.</i> ▪ <i>Tout résidant du Québec qui nécessite des soins après un AVC relève d'un CH particulier sur le territoire du CSSS où cette personne réside.</i> ▪ <i>Tout résidant du Québec qui nécessite des soins surspécialisés ou spécialisés (de courte durée) n'étant disponibles que sur un autre territoire de CSSS que celui où il réside est considéré comme « visiteur du territoire ». Dès que les soins ou services (sur) spécialisés ne sont plus requis, il est transféré à son CSSS d'appartenance dans les 24 à 48 heures suivant la décision relative au congé. Le CSSS d'appartenance demeure responsable du patient et joue un rôle tout au long de l'hospitalisation.</i> ▪ <i>Toute personne qui ne réside pas au Québec est considérée comme un patient hors Québec et est sous la responsabilité de l'administration de la province ou du pays où elle réside.</i>
<p><i>Retour au CH/CSSS d'appartenance</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Le patient admis dans un centre de niveau tertiaire est évalué, traité puis réévalué selon les protocoles de soins en matière d'AVC et est transféré à l'hôpital d'appartenance dans une unité d'AVC offrant des soins en phase aiguë dans les 72 heures suivant l'admission à l'hôpital d'entrée.</i> ▪ <i>Le retour au CH/CSSS d'appartenance doit être planifié dès l'admission.</i> ▪ <i>Le résumé de dossier, le plan de soins et les prescriptions prêtes doivent être transférés avec la personne.</i> ▪ <i>Il est impératif d'avoir un protocole de communication entre le CH receveur et le CSSS.</i>

* Hôpital d'entrée : centre hospitalier (CH) où le patient est admis à l'origine pour recevoir des soins en AVC. Si le patient est évalué au service des urgences d'un CH (mais n'est pas admis dans une unité de soins) et est ensuite transféré dans un autre CH, c'est ce second CH qui sera considéré comme étant le CH d'entrée.

6.1.2.5 Planification du congé

Le processus de congé est une étape importante, dont il est fait mention dans les chapitres précédents, mais qui n'apparaît pas à la figure 2. La présente section détaille davantage cette étape. Les caractéristiques qui suivent s'appliquent au moment du congé aussi bien d'un hôpital de soins de courte durée que d'un centre de réadaptation, c'est-à-dire des milieux où les soins sont donnés en établissement (usager admis). Les services externes dont l'usager aura peut être besoin pourront être rendus en ambulatoire ou à domicile.

Selon la Stratégie canadienne, il est important de planifier le congé le plus tôt possible après l'admission à l'hôpital (niveau de preuve B) et de faire participer les patients et les proches aidants (niveau de preuve C) [Lindsay *et al.*, 2008]. Une visite à domicile par un professionnel de la santé devrait avoir idéalement lieu avant le congé du patient, afin d'évaluer le milieu familial, de déterminer si le patient peut réintégrer son foyer en toute sécurité, d'évaluer les besoins en équipement, d'effectuer les ajustements nécessaires au domicile du patient et de commencer à former les proches aidants [Lindsay *et al.*, 2008]. Les recommandations de l'*American Heart Association/American Stroke Association* ajoutent que les besoins en équipement adapté (*durable medical equipment devices*), en orthèses et en fauteuils roulants devraient être évalués [Duncan *et al.*, 2005]. En Angleterre, c'est habituellement un ergothérapeute qui s'occupe de la visite à domicile

21. Ces principes s'inspirent de ceux adoptés en cardiologie ou en traumatologie au Québec.

[ISWP, 2008]. Le *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* recommande que les modifications du domicile soient effectuées et les aides techniques installées avant le congé [SIGN, 2010a]. Les « congés à domicile de fin de semaine » sont proposés comme période de transition aux patients qui requièrent de l'assistance pour l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne [ISWP, 2008] : le patient passe la fin de semaine à domicile où il est en mesure de mettre ses acquis en pratique et de constater les limitations résiduelles sur lesquelles il pourra continuer à travailler. Les établissements devraient fournir de l'information mise à jour sur les ressources communautaires disponibles pour les usagers/proches aidants, et offrir de l'aide pour l'obtention des services requis [Duncan *et al.*, 2005].

Le *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* recommande que ce soit un professionnel de la santé qui coordonne le congé [SIGN, 2010a]. La communication entourant la planification du congé doit être maintenue tout au long du séjour afin d'assurer une transition en douceur lorsque le patient quittera l'unité [Lindsay *et al.*, 2008]. Le *Royal College of Physicians* du Royaume-Uni recommande que l'hôpital utilise un protocole ayant fait l'objet d'ententes locales pour s'assurer qu'avant le congé [ISWP, 2008] :

- les patients et les familles soient parfaitement préparés et aient pleinement participé à la planification du congé;
- les omnipraticiens, les autres fournisseurs de soins de première ligne et les services sociaux soient informés avant le congé ou au moment même du congé;
- tous les équipements et les services de soutien nécessaires à un congé à domicile sécuritaire soient en place;
- tout traitement spécialisé requis sera fourni sans délai par les spécialistes appropriés;
- les patients et les familles aient reçu l'information appropriée au sujet des organismes communautaires et une invitation à communiquer avec ceux-ci.

6.1.2.6 Services de prévention secondaire

Le thème du développement et de l'organisation des services de prévention secondaire au Québec nécessite encore plusieurs réflexions de la part des instances ministérielles et des intervenants majeurs dans le continuum de services en matière d'AVC. À cet égard, le groupe de travail ministériel sur l'AVC souligne qu'il existe deux types de clientèles distinctes : la première présente un AIT, un AVC soupçonné ou un AVC léger, nécessitant une évaluation urgente et l'accès aux examens diagnostiques (particulièrement l'imagerie médicale) et aux traitements; la deuxième requiert un soutien dans la maîtrise des facteurs de risque, intervention qui pourrait être faite en première ligne dans le cadre d'une approche qui s'intègre au suivi des facteurs de risque des maladies chroniques (p. ex., le modèle de gestion des maladies chroniques).

Mentionnons, en ce qui concerne le deuxième type de clientèle, que les centres de santé et de services sociaux (CSSS) au Québec offrent dans le cadre du suivi des diabétiques, par exemple, des cliniques de prévention des facteurs de risque (ces facteurs de risque sont similaires à ceux de l'AVC). Comme autre exemple, selon un rapport du Réseau québécois de cardiologie tertiaire publié en 2010, on a recensé, au Québec, 35 programmes de prévention secondaire et de réadaptation cardiaque, prenant en charge environ 7 000 patients par année [RQCT, 2010]; les facteurs de risque des maladies cardiaques suivies sont similaires à ceux de l'AVC.

Parmi les questions qui nécessiteront des réflexions plus approfondies de la part des décideurs et autres parties prenantes se dégagent notamment celles qui concernent le nombre de cliniques ou services de prévention secondaire et leur localisation optimale à travers le Québec, si l'on tient compte de la hiérarchisation des services.

6.2 Phase postaguë

6.2.1 Caractéristiques additionnelles attendues des centres de réadaptation

Le tableau 7 présente les caractéristiques attendues des centres de réadaptation spécialisée, selon les données probantes et les documents de politique. Selon notre revue de la littérature grise québécoise et canadienne – notamment concernant l'organisation des services pour les traumatisés craniocérébraux au Québec [MSSS, 2008; Marcotte *et al.*, 2002; MSSS, 1999] – et la rétroaction du groupe de travail ministériel, les caractéristiques additionnelles attendues des centres québécois de réadaptation sont résumés ci-dessous dans le tableau 13.

Tableau 13
Caractéristiques additionnelles attendues des centres québécois de réadaptation spécialisée

Organisation	Le centre s'inscrit dans un continuum de services très bien arrimé avec ses partenaires situés en aval et en amont. Il partage des objectifs communs et utilise des outils cliniques et des protocoles d'entente suivis et évalués conjointement par les partenaires concernés. L'arrimage devrait assurer la continuité des services et limiter les redondances thérapeutiques (évaluation, cueillette d'information).
Élaboration de programmes propres aux AVC	Le centre est responsable de l'implantation et du fonctionnement d'un programme écrit propre aux AVC, comprenant tous les paramètres définis lors des visites prévues dans le processus de désignation du MSSS.
Clientèle cible	Les usagers répondent aux critères d'admissibilité des services spécialisés de réadaptation, en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ou en ambulatoire
Ressources humaines et responsabilités	La majorité du temps des cliniciens est consacrée aux AVC (par analogie, dans la définition des unités hospitalières d'AVC, le groupe <i>Stroke Units Trialists' Collaboration</i> stipule que l'équipe doit traiter exclusivement des personnes ayant subi un AVC).
Planification du congé	La fin des interventions est planifiée en concertation avec les CSSS.
Mécanismes assurant la continuité des services	<p>Les mécanismes assurant la continuité des services peuvent inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la désignation d'un intervenant qui assure la liaison entre les établissements; ▪ l'actualisation des critères harmonisés d'admission ou d'inscription et de congé; ▪ l'actualisation des mécanismes de participation au plan d'intervention individualisé dans les centres de réadaptation; ▪ l'actualisation des activités de partage des connaissances entre les établissements; ▪ l'évaluation et amélioration des processus d'accès; ▪ la mise en place d'un mécanisme d'accès (règles régissant l'accès aux services); ▪ la gestion centralisée et normalisée des listes d'attentes; ▪ gestion régionale de l'accès. <p>Voici d'autres mécanismes à prendre en considération : communication, critères d'admission et de congé, plan individualisé d'intervention et partage des connaissances.</p>

6.2.2 Trajectoire recommandée des usagers qui reçoivent des services de réadaptation en phase postaiguë

Les services de réadaptation peuvent être offerts dans une variété de milieux : unité de soins de courte durée, centre de réadaptation, domicile. La figure 4 ci-dessous présente la trajectoire proposée des usagers ayant subi un AVC, qui reçoivent des services de réadaptation en phase postaiguë au Québec.

En réadaptation spécialisée, le programme de récupération lente, déjà implanté en Ontario, est une solution de rechange essentielle au programme régulier. Certains établissements québécois admettent des usagers qui ont un profil de récupération lente pendant une période d'essai. Dans le milieu de la réadaptation, on parle « d'essais thérapeutiques », mais un programme de récupération lente est à élaborer, car il n'existe pas officiellement au Québec.

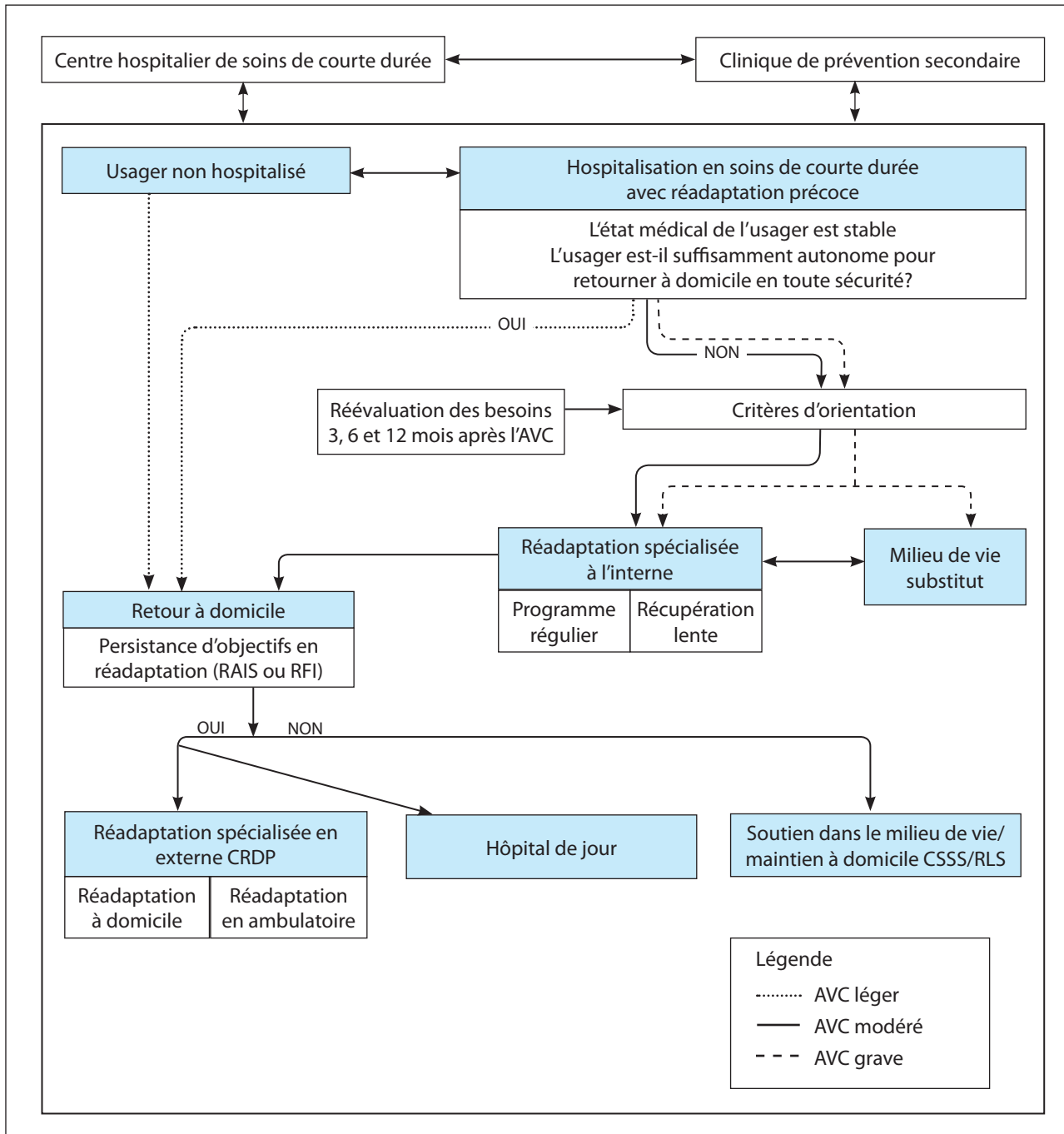
Le sous-groupe qui s'est penché plus particulièrement sur la réadaptation au sein du groupe ministériel souligne l'importance de l'existence de ces deux programmes dans les mêmes lieux physiques pour favoriser la continuité des services, compte tenu que l'utilisateur pourrait passer d'un programme à l'autre, selon son niveau de récupération. Comme cette question soulève de nombreux enjeux d'ordre organisationnel et pratique, elle nécessite de plus amples réflexions de la part des décideurs et des intervenants du milieu.

L'annexe H porte sur les responsabilités des centres. Quant à l'annexe I, elle présente les critères d'admission et de fin d'intervention.

La trajectoire de l'utilisateur, le tableau des caractéristiques attendues des centres de réadaptation et des critères d'admission et de fin d'intervention présentés ici sont appelés à évoluer. Un sous-groupe d'experts du groupe ministériel en AVC étudie actuellement ces notions, qui seront intégrées dans le rapport parallèle de l'INESSS portant spécialement sur la réadaptation²². Le programme de récupération lente, y compris ses critères d'admission, sera également abordé plus en détail dans cet autre rapport.

22. Le titre provisoire du rapport est « L'organisation et la prestation de services en réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral et leurs proches : revue des données probantes et des expériences pertinentes ».

Figure 4
Trajectoire proposée des usagers qui reçoivent des services de réadaptation en phase postaiguë



Abbreviations : CSSS : Centre de santé et de services sociaux; CRDP : Centre de réadaptation en déficience physique; RAIS : Réadaptation axée sur l'intégration sociale; RFI : Réadaptation fonctionnelle intensive; RLS: Réseaux locaux de services.

Selon la revue de la littérature scientifique, les guides de pratique clinique et les politiques et expériences de l'Angleterre, de l'Australie et de l'Ontario, ce document présente un résumé des meilleures pratiques et des recommandations pour organiser des services en matière d'AVC. Il fait état également des résultats des différentes évaluations réalisées dans ces trois systèmes de santé, des améliorations obtenues après la mise en place des services, des barrières à franchir et des prochains défis à relever. Compte tenu des différences entre les systèmes de santé examinés et celui du Québec, il est important de mettre plutôt l'accent sur la fonction qu'exerce une structure donnée que sur sa description physique elle-même.

Comme le MSSS planifie la mise en place d'un continuum de services destiné aux patients ayant subi ou à risque de subir un AVC ainsi qu'à leurs proches et qu'il a créé un groupe de travail ministériel pour le guider dans cet exercice, les enseignements tirés de l'ensemble des informations examinées ont été partagés avec les membres de ce groupe de travail. Certains travaux se poursuivent au sein du groupe de travail ministériel pour définir les modalités ou les instruments à privilégier au Québec : par exemple, la pertinence et la faisabilité d'une équipe de garde en AVC, les outils cliniques servant au triage, les modalités organisationnelles relatives à la prévention secondaire, les outils propres à la réadaptation et la télé-AVC. À ce stade des travaux, le présent rapport a pu mener à plusieurs constats sur les caractéristiques attendues des principales entités structurelles devant fournir des services tout au long du continuum ainsi que sur les trajectoires optimales des patients ou usagers en phases hyperaiguë, aiguë et postaiguë de l'AVC, s'appliquant particulièrement au contexte du Québec. Tous ces éléments sont détaillés dans différents tableaux de synthèse et figures décrivant les trajectoires et algorithmes de cheminement.

Ces constats pavent la voie à des propositions concrètes portant principalement sur les points suivants :

- l'organisation hiérarchique des centres hospitaliers de soins de courte durée, y compris les liens servant au transfert des patients;
- l'accès à l'imagerie diagnostique en temps opportun;
- la mise en place d'unités d'AVC dans tous les centres hospitaliers de niveaux secondaire et tertiaire ayant la masse critique nécessaire au maintien de l'expertise;
- l'accès à la thrombolyse en temps opportun grâce aux corridors de services préhospitaliers;
- le soutien à la décision clinique et à l'administration locale de la thrombolyse intraveineuse à l'aide de la télémédecine, dans les centres de soins de courte durée primaires des régions éloignées ne disposant pas d'une unité d'AVC;
- la réadaptation précoce pour tous les patients ayant subi un AVC, sans égard au type de centre hospitalier où ils sont admis;
- la participation du patient et de ses proches aidants tout au long du processus de soins;
- la planification du congé rapide avec soutien;
- les critères d'admissibilité équitables aux services spécialisés de réadaptation, qu'ils soient en établissement, en ambulatoire ou à domicile;

- l'accès aux services de proximité offerts par les CSSS (soutien à la réintégration sociale, réadaptation non spécialisée) lors du suivi, après la phase de réadaptation spécialisée;
- l'accès en temps opportun aux cliniques de prévention secondaire, qui demeurent en lien avec les services hospitaliers et les soins primaires;
- la mise en application des guides de pratique clinique par tous les professionnels soignants;
- l'évaluation périodique de la performance, accompagnée d'une rétroaction à tous les acteurs concernés.

ANNEXE A

STRATÉGIES DE RECHERCHE

Étape 1 : 26 mai 2009

PubMed

Limites : 1998 à 2009

- #1 stroke[mh] OR stroke*[tiab] OR cerebrovascular*[tiab] OR cerebral vascular[tiab] OR CVA*[tiab]
- #2 (cerebral[tiab] OR cerebellar[tiab] OR brainstem[tiab] OR vertebrobasilar[tiab]) AND (infarct*[tiab] OR ischaemi*[tiab] OR ischemi*[tiab] OR thrombo*[tiab] OR apoplexy[tiab] OR emboli*[tiab])
- #3 (cerebral[tiab] OR intracerebral[tiab] OR intracranial[tiab] OR parenchymal[tiab] OR brain[tiab] OR intraventricular[tiab] OR brainstem[tiab] OR cerebellar[tiab] OR infratentorial[tiab] OR supratentorial[tiab] OR subarachnoid[tiab]) AND (haemorrhage[tiab] OR hemorraghe[tiab] OR haemetoma[tiab] OR hematoma[tiab] OR bleeding[tiab] OR aneurysm[tiab])
- #4 poststroke*[tiab] OR post-stroke[tiab]
- #5 #1 OR #2 OR #3 OR #4
- #6 organisation*[tiab] OR organization*[tiab] OR management[tiab] OR assessment[tiab]
- #7 good practices[tiab] OR acute stroke services[tiab] OR acute care[tiab]
- #8 stroke centre*[tiab] OR stroke center*[tiab] OR stroke unit[tiab] OR stroke units[tiab]
- #9 rehabilitation[tiab] OR prevention[tiab]
- #10 stroke/rehabilitation OR stroke/prevention & control
- #11 #6 OR #7 OR #8 OR #9
- #12 meta-analysis[pt] OR «systematic review»
- #13 ((#5 AND #11) OR #10) AND #12

The Cochrane Library, issue 2, 2009

Limites : 1998 à 2009

- #1 stroke[mh] OR stroke*[ti,ab,kw] OR cerebrovascular*[ti,ab,kw] OR cerebral vascular[ti,ab,kw] OR CVA*[ti,ab,kw]
- #2 (cerebral[ti,ab,kw] OR cerebellar[ti,ab,kw] OR brainstem[ti,ab,kw] OR vertebrobasilar[ti,ab,kw]) AND (infarct*[ti,ab,kw] OR ischaemi*[ti,ab,kw] OR ischemi*[ti,ab,kw] OR thrombo*[ti,ab,kw] OR apoplexy[ti,ab,kw] OR emboli*[ti,ab,kw])
- #3 (cerebral[ti,ab,kw] OR intracerebral[ti,ab,kw] OR intracranial[ti,ab,kw] OR parenchymal[ti,ab,kw] OR brain[ti,ab,kw] OR intraventricular[ti,ab,kw] OR brainstem[ti,ab,kw] OR cerebellar[ti,ab,kw] OR infratentorial[ti,ab,kw] OR supratentorial[ti,ab,kw] OR subarachnoid[ti,ab,kw]) AND (haemorrhage[ti,ab,kw] OR hemorraghe[ti,ab,kw] OR haemetoma[ti,ab,kw] OR hematoma[ti,ab,kw] OR bleeding[ti,ab,kw] OR aneurysm[ti,ab,kw])
- #4 poststroke*[ti,ab,kw] OR post-stroke[ti,ab,kw]
- #5 #1 OR #2 OR #3 OR #4
- #6 organisation*[ti,ab,kw] OR organization*[ti,ab,kw] OR management[ti,ab,kw] OR assessment[ti,ab,kw]

- #7 good practices[ti,ab,kw] OR acute stroke services[ti,ab,kw] OR acute care[ti,ab,kw]
- #8 stroke centre*[ti,ab,kw] OR stroke center*[ti,ab,kw] OR stroke unit[ti,ab,kw] OR stroke units[ti,ab,kw]
- #9 rehabilitation[ti,ab] OR prevention[ti,ab]
- #10 stroke/rehabilitation OR stroke/prevention & control
- #11 #6 OR #7 OR #8 OR #9
- #12 meta-analysis[ti,ab,kw] OR «systematic review»[ti,ab,kw]
- #13 ((#5 AND #11) OR #10) AND #12

Centre for Reviews and Dissemination (bases de données DARE, NHS EED et HTA)

Limites : 1998 à 2009

- #1 stroke[mh] OR stroke* OR cerebrovascular* OR cerebral vascular OR CVA*
- #2 (cerebral OR cerebellar OR brainstem OR vertebrobasilar) AND (infarct* OR ischaemi* OR ischemi* OR thrombo* OR apoplexy OR emboli*)
- #3 (cerebral OR intracerebral OR intracranial OR parenchymal OR brain OR intraventricular OR brainstem OR cerebellar OR infratentorial OR supratentorial OR subarachnoid) AND (haemorrhage OR hemorraghe OR haemetoma OR hematoma OR bleeding OR aneurysm)
- #4 poststroke* OR post-stroke
- #5 #1 OR #2 OR #3 OR #4
- #6 organisation* OR organization* OR management OR assessment
- #7 good practices OR acute stroke services OR acute care
- #8 stroke centre* OR stroke center* OR stroke unit OR stroke units
- #9 Rehabilitation OR prevention
- #10 stroke/rehabilitation OR stroke/prevention & control
- #11 #6 OR #7 OR #8 OR #9
- #12 meta-analysis[mh] OR «systematic review»
- #13 ((#5 AND #11) OR #10) AND #12

Étape 2 : 28 juin 2010

Embase, ERIC, All EBM Reviews, Current Contents, PsycINFO

CENTRES D'AVC

- 1 (stroke* or cerebrovascular* or cerebral vascular or transient ischemic attack or transient ischaemic attack).mp. or (TIA or CVA*).ti,ab.
- 2 ((cerebral or cerebellar or brainstem or vertebrobasilar) and (infarct* or ischaemi* or ischemi* or thrombo* or apoplexy or emboli*)).ti,ab.
- 3 ((cerebral or intracerebral or intracranial or parenchymal or brain or intraventricular or brainstem or cerebellar or infratentorial or supratentorial or subarachnoid) and (haemorrhage or hemorraghe or haemetoma or hematoma or bleeding or aneurysm)).ti,ab.
- 4 poststroke.ti,ab.

- 5 1 or 2 or 3 or 4
- 6 (stroke centre or stroke centres or stroke center or stroke centers).mp.
- 7 (organisation* or organization* or management or administration or administrative).mp.
- 8 (staffing or staff or staff model* or human resource* or workload or process of care or process* or care model or health care system* or model of care or systems model or delivery of health care or center of excellence or centre of excellence or accredit* or structur* or program evaluation or regional health planning or regionalisation or regionalization or referral management or service lines or timeliness or patient volume or standard* or quality of health care or ((quality assurance or process assessment) adj4 health care) or performance measures or performance measurement or cost-benefit analysis or continuity of patient care or efficiency or care pathway or care protocol or practice guideline or care coordinat* or patient care team or health services research or (manpower and (health care facilities or services)) or national health programs or community health planning or community health services or community networks or resources* or resource allocation or service provider* or continuum of services or care continuum or access or (Continuity of Patient Care and (organization or administration)) or Critical Pathways or Decision Trees or ((Hospitals adj Community) and (organization or administration)) or (Patient Care Team and (organization or administration)) or (Referral and Consultation and (organization or administration)) or (Regional Medical Programs and (organization or administration or economics or legislation or jurisprudence)) or (Delivery of Health Care and (organization or administration)) or Health Policy or (Quality Indicators adj2 Health Care)).mp.
- 9 5 and 6
- 10 7 or 8
- 11 9 and 10
- 12 limit 11 to (english or french or german or spanish) [Limit not valid in CDSR,ACP Journal Club, DARE, CCTR, CLCMR, CLEED; records were retained]
- 13 limit 12 to yr=>2000 -Current» [Limit not valid in DARE; records were retained]
- 14 (meta analysis or metaanalysis or meta-analysis or systematic review*).mp.
- 15 13 and 14
- 16 13 not 14

UNITÉS D'AVC

- 17 (stroke unit or stroke units).mp.
- 18 5 and 17
- 19 10 and 18
- 20 limit 19 to (english or french or german or spanish) [Limit not valid in CDSR,ACP Journal Club, DARE, CCTR, CLCMR, CLEED; records were retained]
- 21 limit 20 to yr=>2000 -Current» [Limit not valid in DARE; records were retained]
- 22 14 and 21
- 23 21 not 14

CLINIQUES DE PRÉVENTION SECONDAIRE

- 24 (secondary prevention clinic or secondary prevention service* or stroke clinic* or neurovascular clinic*).mp.
- 25 5 and 24
- 26 10 and 25
- 27 limit 26 to (english or french or german or spanish) [Limit not valid in CDSR,ACP Journal Club, DARE, CCTR, CLCMR, CLEED; records were retained]
- 28 limit 27 to yr=>2000 -Current» [Limit not valid in DARE; records were retained]
- 29 14 and 28
- 30 28 not 14

TÉLÉMÉDICINE

- 31 (telemedicine or tele-medicine or telostroke or tele-stroke or telerehabilitation or tele-rehabilitation or telehealth or tele-health).mp.
- 32 5 and 31
- 33 10 and 32
- 34 limit 33 to (english or french or german or spanish) [Limit not valid in CDSR,ACP Journal Club, DARE, CCTR, CLCMR, CLEED; records were retained]
- 35 limit 34 to yr=>2000 -Current» [Limit not valid in DARE; records were retained]
- 36 14 and 35
- 37 35 not 14

RÉADAPTATION

- 38 (rehabilitation and (service* or facilit* or hospital* or clinic* or centre* or center* or unit*)).mp.
- 39 5 and 38
- 40 10 and 39
- 41 limit 40 to (english or french or german or spanish) [Limit not valid in CDSR,ACP Journal Club, DARE, CCTR, CLCMR, CLEED; records were retained]
- 42 limit 41 to yr=>2000 -Current» [Limit not valid in DARE; records were retained]
- 43 14 and 42
- 44 42 not 14

PubMed

CENTRES D'AVC

“stroke center” OR “stroke centre” AND (“organization” OR “organisation”)

UNITÉS D'AVC

“stroke unit” AND (“organisation” OR “organization”)

CLINIQUES DE PRÉVENTION SECONDAIRE

- #16 Search #13 NOT #14 Limits: English, French, German, Spanish, Publication Date from 2000 to 2010
- #15 Search #13 AND #14 Limits: English, French, German, Spanish, Publication Date from 2000 to 2010
- #14 Search meta-analysis[pt] OR «systematic review» Limits: English, French, German, Spanish, Publication Date from 2000 to 2010
- #13 Search #11 AND (#7 OR #8 OR #9) Limits: English, French, German, Spanish, Publication Date from 2000 to 2010
- #12 Search #11 AND (#7 OR #8 OR #9) Limits: Publication Date from 2000 to 2010
- #11 Search #5 AND #6 Limits: Publication Date from 2000 to 2010
- #10 Search #5 AND #6
- #9 Search staffing OR staff OR staff model* OR human resource* OR workload OR process of care OR process* OR care model OR health care system* OR model of care OR systems model OR delivery of health care [MeSH] OR center of excellence[tw] OR centre of excellence [tw] OR accredit* OR structur* OR program evaluation [MeSH] OR regional health planning [MeSH] OR regionalisation [tw] OR regionalization [tw] OR referral management [tw] OR service lines [tw] OR timeliness [tw] OR patient volume OR standard* OR quality assurance, health care [MeSH] OR quality of health care [MeSH] OR health care quality, access, and evaluation [MeSH] OR process assessment (health care) [MeSH] OR performance measures OR performance measurement OR cost-benefit analysis [MeSH] OR continuity of patient care [MeSH] OR (efficiency [MeSH] OR efficiency, organizational [MeSH]) OR care pathway [tw] OR care protocol [tw] OR practice guideline [tw] OR care coordinat* OR patient care team [MeSH] OR health services research [MeSH] OR (manpower [subheading] OR health manpower [MeSH] OR health care facilities, manpower, and services [MeSH]) OR national health programs [MeSH] OR (community health planning [MeSH] OR community health services [MeSH] OR community networks [MeSH] OR resources* OR resource allocation OR service provider* OR continuum of services OR care continuum OR access OR Continuity of Patient Care/organization & administration OR Critical Pathways OR Decision Trees OR Hospitals, Community/organization & administration OR Patient Care Team/organization & administration OR Referral and Consultation/organization & administration OR Regional Medical Programs/organization & administration OR Regional Medical Programs/economics OR Regional Medical Programs/legislation & jurisprudence OR Delivery of Health Care/organization & administration OR Health Policy OR Quality Indicators, Health Care
- #8 Search organisation*[tiab] OR organization*[tiab] OR management[tiab] OR administration[tiab] OR administrative[tiab]
- #7 Search organisation* OR organization* OR management OR administration OR administrative
- #6 Search secondary prevention clinic* OR secondary prevention service* OR stroke clinic* OR neurovascular clinic*
- #5 Search #1 OR #2 OR #3 OR #4
- #4 Search poststroke[tiab]
- #3 Search (cerebral[tiab] OR intracerebral[tiab] OR intracranial[tiab] OR parenchymal[tiab] OR brain[tiab] OR intraventricular[tiab] OR brainstem[tiab] OR cerebellar[tiab] OR infratentorial[tiab] OR supratentorial[tiab] OR subarachnoid[tiab]) AND (haemorrhage[tiab] OR hemorraghe[tiab] OR haemetoma[tiab] OR hematoma[tiab] OR bleeding[tiab] OR aneurysm[tiab])
- #2 Search (cerebral[tiab] OR cerebellar[tiab] OR brainstem[tiab] OR vertebrobasilar[tiab]) AND (infarct*[tiab] OR ischaemi*[tiab] OR ischemi*[tiab] OR thrombo*[tiab] OR apoplexy[tiab] OR emboli*[tiab])
- #1 Search stroke[mh] OR stroke*[tiab] OR cerebrovascular*[tiab] OR cerebral vascular[tiab] OR CVA*[tiab] OR transient ischemic attack[tiab] OR transient ischaemic attack[tiab] OR TIA[tiab] OR ischemic attack, transient [MeSH]

TÉLÉMÉDICINE

- #22 Search #20 NOT #14 Limits: English, French, German, Spanish, Publication Date from 2000 to 2010
- #21 Search #20 AND #14 Limits: English, French, German, Spanish, Publication Date from 2000 to 2010
- #20 Search #18 AND (#7 OR #8 OR #9) Limits: English, French, German, Spanish, Publication Date from 2000 to 2010
- #19 Search #18 AND (#7 OR #8 OR #9)
- #18 Search #5 AND #17
- #17 Search telemedicine OR tele-medicine OR telestroke OR tele-stroke OR telerehabilitation OR tele-rehabilitation OR telehealth OR tele-health

RÉADAPTATION

- #32 Search #28 NOT #14 Limits: English, French, German, Spanish, Publication Date from 2000 to 2010
- #31 Search #28 AND #14 Limits: English, French, German, Spanish, Publication Date from 2000 to 2010
- #30 Search #27 NOT #14 Limits: English, French, German, Spanish, Publication Date from 2000 to 2010
- #29 Search #27 AND #14 Limits: English, French, German, Spanish, Publication Date from 2000 to 2010
- #28 Search #26 AND (#7 OR #8 OR #9) Limits: English, French, German, Spanish, Publication Date from 2000 to 2010
- #27 Search #25 AND (#7 OR #8 OR #9) Limits: English, French, German, Spanish, Publication Date from 2000 to 2010
- #26 Search #5 AND #23
- #25 Search #5 AND #24
- #24 Search rehabilitation AND (service* OR facilit* OR hospital OR hospitals OR clinic OR clinics OR centre* OR center OR centers OR unit OR units)
- #23 Search rehabilitation AND (service* OR facilit* OR hospital* OR clinic* OR centre* OR center* OR unit*)

Sites Internet consultés

L'information qui a servi à l'élaboration de ce rapport provient également de la littérature grise. Le nom des organismes consultés, classés par pays ou région d'origine, et leur adresse électronique sont répertoriés ci-dessous :

Australie :

- *National Stroke Foundation* : www.strokefoundation.com.au
- *Medical Journal of Australia-Clinical Guidelines* : www.mja.com.au
- *National Health and Medical Research Council* : www.nhmrc.gov.au

Canada :

- Agence de la santé publique du Canada : www.phac-aspc.gc.ca/index-fra.php
- *Evidence-based Clinical Practice Rehabilitation Guidelines* (Ottawa) : www.health.uottawa.ca/rehabguidelines/en/login.php
- *Evidence-based Review of Stroke Rehabilitation* : www.ebrsr.com

- Fondation des maladies du cœur du Canada : www.fmcoeur.com
- *Guidelines Advisory Committee* (Ontario) : www.gacguidelines.ca
- Infobanque – Association médicale canadienne : www.cma.ca
- *Institute for Clinical Evaluative Sciences* (Ontario) : www.ices.on.ca
- Stratégie canadienne de l'AVC : www.canadianstrokestrategy.ca
- *Stroke Engine* : www.strokeengine.ca

États-Unis :

- *American College of Physicians* : www.acponline.org
- *Institute for Clinical Systems Improvement* : www.icsi.org
- *National Guideline Clearinghouse* : www.guideline.gov
- *Stroke Center* : www.strokecenter.org

France :

- Haute Autorité de santé (HAS) : www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil

Nouvelle-Zélande :

- *New Zealand Guidelines Group* : www.nzgg.org.nz/index.cfm

Organismes internationaux :

- *Guidelines International Network* : www.g-i-n.net
- *Physiotherapy Evidence Database PEDro* : www.pedro.org.au

Royaume-Uni :

- *Centre for Reviews and Dissemination* : www.york.ac.uk/inst/crd
- *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) : www.nice.org.uk
- *National Library of Guidelines* : www.library.nhs.uk/guidelinesfinder
- *Royal College of Physicians* : www.rcplondon.ac.uk
- *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) : www.sign.ac.uk
- *TRIP Database* : www.tripdatabase.com

ANNEXE B

COMITÉ AVISEUR MINISTÉRIEL NEUROSCIENCES/AVC

Le Comité est présidé par :

PIERRE BOUCHARD

Chargé de projet, Continuum de services AVC
Direction des affaires universitaires, Direction générale des services de santé et médecine universitaire
Direction des personnes âgées en perte d'autonomie, Direction générale des services sociaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Les membres (en ordre alphabétique) sont :

FRANÇOIS BERTRAND, M.D.

Médecin-conseil
Direction des affaires médicales et universitaires
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

PIERRE BOYLE, PH. D., MAÎTRISE EN ADMINISTRATION DE LA SANTÉ (MHA)

Représentant du Réseau canadien contre les AVC
Vice-doyen à la recherche
Faculté de médecine, Université de Montréal

GABRIEL CABANNE

Représentant de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
Directeur général adjoint et directeur des services aux clientèles
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

SYLVAIN CÔTÉ

Représentant du Service des personnes handicapées, Direction des personnes handicapées et du programme dépendances, MSSS
Agent de planification socio-économique
Direction générale des services sociaux
Ministère de la Santé et des Services sociaux

LOUIS DUFRESNE, M.D.

Direction des affaires universitaires, Direction générale des services de santé et médecine universitaire
Directeur responsable du projet de développement du continuum de services AVC
Ministère de la Santé et des Services sociaux

FRANCE CHARLES FLEURY, ERG., M. SC.

Représentant de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Courtier de connaissances
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

JEAN FLEURY, M.D.

Représentant de l'Association des physiatres du Québec
Chef du Département de médecine de réadaptation
Programme de neurologie
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal

SUZANNE GOSSELIN, M.D.

Représentante du Réseau universitaire intégré en santé de l'Université de Sherbrooke
Directrice des services professionnels et du partenariat médical
CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

LOUISE-HÉLÈNE LEBRUN, M.D.

Représentante du Réseau universitaire intégré en santé de l'Université de Montréal
Représentante de l'Association des neurologues du Québec
Clinicienne, responsable du programme AVC
Centre hospitalier universitaire de Montréal – Hôpital Notre-Dame

FRANCINE FORGET MARIN, MBA, Dt.P.

Représentante de la Fondation des maladies du cœur du Québec
Directrice
Affaires santé et Recherche
Fondation des maladies du cœur du Québec

LUCIE RAYMOND

Représentante de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
Conseillère en organisation de services – volet santé physique et affaires médicales
Direction de l'organisation des services et de la qualité
Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux

CAROL RICHARDS, Ph. D.

Représentante du Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval
Directrice du Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS)
Professeure titulaire au Département de réadaptation
Faculté de médecine de l'Université Laval

JEANNE TEITELBAUM, M.D.

Représentante du Réseau universitaire intégré en santé de l'Université McGill
Clinicienne, Programme AVC
Centre universitaire de santé McGill – Hôpital neurologique de Montréal

LAURENT VANIER, M.D., Ph.D.

Représentant de l'Association des médecins d'urgence du Québec
Clinicien
Hôpital Charles-Lemoyne (Longueuil)

Tableau B1
Interactions avec le groupe de travail ministériel

Dates des réunions	Activités
22 février 2010	Présentations par l'AETMIS (INESSS) : 1) plan du projet; 2) exemple d'informations disponibles sur l'Australie; 3) plan d'évaluation des données probantes
8 avril 2010	Discussion portant sur les documents suivants : éléments organisationnels clés concernant les niveaux de soins et les unités d'AVC (voir les tableaux D1 et D2, à l'annexe D)
13 mai 2010	Discussion portant sur les documents suivants : figure de la trajectoire des patients en phase aiguë (voir la section 6.3); tableau des éléments organisationnels clés concernant les services de réadaptation en phase postaiguë (voir le tableau E)
10 juin 2010	Discussion portant sur le tableau des critères applicables aux centres tertiaires et secondaires (voir le tableau D3, à l'annexe D)
5 juillet 2010	Discussion portant sur le tableau des critères par niveau de centre (voir la section 6.1)
20 juillet 2010 (par téléconférence)	Discussion portant sur le tableau des critères par niveau de centre (voir la section 6.1)
8 septembre 2010	Discussion portant sur la figure relative à la trajectoire des patients qui reçoivent des services de réadaptation en phase postaiguë (voir la section 6.3)
28 octobre 2010	Présentations par l'AETMIS (INESSS) sur la télémédecine et les cliniques de prévention secondaire (voir les sections 5.1.3 et 5.3)
8 décembre 2010	Discussion portant sur les documents suivants : figures relatives à la trajectoire des patients en phase aiguë (voir la section 6.2) et des patients qui reçoivent des services de réadaptation en phase postaiguë (voir la section 6.3); critères exigés des centres de réadaptation (voir les sections 5.2 et 6.3)
17 février 2011	Discussion portant sur la version définitive du rapport préparé par l'INESSS, avant sa soumission officielle au ministre.

Annexe C

Résultats d'audits successifs des systèmes de soins de l'AVC, pays du Royaume-Uni, Australie et Ontario

Tableau C1

Résultats relatifs aux aspects organisationnels

(Sauf indication contraire, les résultats représentent le % des établissements)

Indicateurs	Pays du Royaume-Uni (Angleterre, pays de Galles et Irlande du Nord) ou Angleterre seulement (en gris)					Australie	
	2010	2009	2008	2006	2004	2009*	2007*
Établissement/ <i>acute trust</i> (Angleterre) disposant d'une unité d'AVC	100	100	96	97	82	33	21
Nombre médian de lits dans une unité d'AVC (en Australie : nombre total,)	28	26	26	24	20	6 (534)	6 (391)
Nombre médian de lits dans une unité d'AVC par patient ayant subi un AVC	1,08	nm	1,0	0,9	nm	nm	nm
Admission directe à une unité d'AVC (si l'hôpital/ <i>acute trust</i> dispose d'une telle unité)	nm	~ 75	nm	nm	55	81	66**
Présence d'une équipe multidisciplinaire sous la direction d'un spécialiste (en Australie : équipe multidisciplinaire spécialisée dont les membres portent un intérêt particulier aux AVC)	nm	nm	98	98	90	43	nm
Patient habituellement pris en charge par une équipe sous la direction d'un spécialiste	nm	nm	nm	nm	nm	17	nm
Durant la phase aiguë :							
Accès à une infirmière clinicienne spécialisée	nm	nm	nm	nm	42	32	nm
Accès à un physiothérapeute/ergothérapeute	99/99	nm	100/100	99,5/99,5	99/97	96/90	nm
Accès à un nutritionniste	96	nm	96	85	85	89	nm
Accès à un psychologue clinicien	39	nm	36	31	28	22	0
Accès à un travailleur social	95	nm	79	73	63	85	nm
Accès à une formation professionnelle au sujet des AVC	nm	nm	94	91	79	42 (85)	40 (93)**
Réunions d'équipe régulières	99,5	nm	100	100	96	70 (96)	64 (100)**
Rencontres systématiques de l'équipe avec les patients et (ou) leur famille ou proches aidants	nm	nm	nm	nm	nm	69 (82)	64 (~ 85)
Utilisation du protocole de soins	nm	nm	nm	66	53	53 (75)	48 (84)
Utilisation d'un dossier patient multidisciplinaire	nm	nm	nm	nm	nm	93 (100)	91 (100)
Accès à la TDM dans les 24 heures	98	nm	59	42	59	82 (100)	77 (100)
TDM offerte sur place (en Angleterre : accès à la TDM)	nm	nm	100	100	95	77 (100)	83 (100)
Accès à l'IRM/à l'échographie Doppler de la carotide	nm	nm	99/99	97/97	88/89	58/82	55/74

Tableau C1 (suite)

Indicateurs	Pays du Royaume-Uni (Angleterre, pays de Galles et Irlande du Nord) ou Angleterre seulement (en gris)					Australie	
	2010	2009	2008	2006	2004	2009*	2007*
Établissement/ <i>acute trust</i> (Angleterre) disposant d'une clinique neurovasculaire (de prévention secondaire) d'AIT	98	95	95	78	65	19	11 (39)
Disponibilité médiane/moyenne (Angleterre) des cliniques neurovasculaires (de prévention secondaire) d'AIT	nm	3/sem.	1/sem.	nm	nm	3/sem. (2/sem.)	4,7/mois (4,9/mois)
Délai d'attente moyen pour l'obtention d'un rendez-vous dans une clinique neurovasculaire (de prévention secondaire) d'AIT	3 jours	6 jours	7 jours	12 jours	14 jours	nm	nm
Utilisation d'un protocole défini pour l'évaluation d'un AIT	nm	nm	nm	nm	nm	42 (76)	nm
Utilisation d'un outil de stratification du risque	nm	nm	nm	nm	nm	39 (79)	nm
Ententes avec les services préhospitaliers quant à l'orientation préhospitalière directe	95	72	49	12	4	21 (43)	19 (37)
Utilisation d'un protocole de triage rapide au service des urgences	nm	nm	nm	nm	nm	48 (71)	38 (69)
Utilisation de protocoles de transfert	nm	nm	nm	nm	nm	51 (49)	44 (41)
Accès à une équipe spécialisée affectée au congé rapide avec soutien	45	36	32	21	14	16 (28)	16 (39)
Accès à une équipe spécialisée ou des services (Australie) externes de réadaptation en AVC	59	nm	72	34	27	74 (82)	70 (93)
Évaluation systématique des besoins de réadaptation	nm	nm	nm	nm	nm	63 (85)	nm
Utilisation systématique de plans d'intervention suivant le congé	nm	~ 66	nm	nm	nm	58	62 (69)
Personne-ressource disponible (à l'hôpital ou localement) pour tout besoin d'information après le congé	nm	~ 66	nm	nm	nm	72	67 (72)
Accès au soutien clinique par la télémédecine	nm	nm	nm	nm	nm	60	58
Accès à la formation professionnelle par la télémédecine	nm	nm	nm	nm	nm	77	68
Utilisation de la télémédecine en radiologie	nm	24	nm	nm	nm	nm	nm
Utilisation d'un système de visioconférence pour l'évaluation clinique (nombre d'unités d'AVC)	nm	7	nm	nm	nm	nm	nm
Offre de thrombolyse aux patients ayant subi un AVC	74	71	47	18	nm	28	24 (61)
Offre de thrombolyse les nuits et les fins de semaine	33	25	22	nm	nm	21†	nm
Références	RCP, 2010	NAO, 2010	RCP, 2008	RCP, 2007	RCP, 2005	NSF, 2009a	NSF, 2007a **NSF, 2009a

nm = non mesuré.

* % des établissements disposant d'une unité d'AVC entre parenthèses; ** source des données : sommaire du document de la NSF, 2009a; † 77 % des 57 hôpitaux offrant la thrombolyse.

Tableau C2

Résultats relatifs aux indicateurs de performance des services, en phase aiguë (cases de couleur si indicateur clé)

Sauf indication contraire, % des patients

Indicateurs	Pays du Royaume-Uni (Angleterre, pays de Galles et Irlande du Nord) ou Angleterre seule (en gris)			Australie		Ontario	
	2008*	2006*	2004*	2009	2007	2004- 2005	2002- 2003
Dépistage de la déglutition dans les 24 heures suivant l'admission	74	67	64				
Dépistage de la déglutition avant le premier repas ou boisson				52	50	51,1	46,7
TDM (en Ontario : TDM ou IRM) dans les 24 heures suivant l'AVC	57	43	nm	91	91	68,6	47,4
TDM ou IRM réalisées avant le congé						81,6	76,8
Évaluation de la carotide effectuée avant le congé (en Ontario : demande reçue)				50		55,2	44,3
Aspirine prise dans les 48 heures suivant l'AVC	85	71	68	62	92		
Évaluation en physiothérapie dans les 72 heures suivant l'admission	85	72	65				
Évaluation en physiothérapie dans les 48 heures suivant l'admission				58	75		
Évaluation en ergothérapie dans les quatre jours ouvrables suivant l'admission	68	50	nm				
Évaluation en ergothérapie dans les 48 heures suivant l'admission				37	56		
Évaluation de l'humeur avant le congé (en Australie : par un psychologue)	66	54	46	16	29		
Objectifs de la réadaptation adoptés par l'équipe multidisciplinaire	87	76	69				
Patient pesé au moins une fois lors de l'admission	73	57	52				
Au moins 90 % du séjour à l'hôpital dans une unité d'AVC	59	51	nm				
Hospitalisation dans une unité d'AVC (au Royaume-Uni (R.-U.) : ancien indicateur)	74	62	46	49	50	18,4*	nm
Thrombolyse intraveineuse reçue (si patient admissible)	9	nm	< 1	3	3	3,9	3,2
Évaluation en orthophonie dans les 48 heures suivant l'admission				60	81		
Évaluation en orthophonie (communication) dans les sept jours suivant l'admission	75	69	68				
Antithrombotiques prescrits au congé (au R.-U. : ancien indicateur)	96	100	95	94	91	92,4	80,3

Tableau C2 (suite)

Indicateurs	Pays du Royaume-Uni (Angleterre, pays de Galles et Irlande du Nord) ou Angleterre seule (en gris)			Australie		Ontario	
	2008*	2006*	2004*	2009	2007	2004- 2005	2002- 2003
Antihypertenseurs prescrits au congé				77	74	36,1	31,6
Hypolipémiants prescrits au congé	82	78	91	77	62	44,1	23,4
Plan d'intervention donné au patient avant le congé (au R.-U. : en réadaptation)	81	nm	nm	53	46		
Formation du patient avant le congé	76	69	70	43	53		
Formation des proches aidants avant le congé	79	71	63	50	19		
Durée moyenne du séjour à l'hôpital (en Australie : médiane), en jours	23,7	25,4	27,9	6	11	6,5†	7,6

* patients ayant subi un AVC/AIT; † 7 en 2003-2004, 2006-2007 et 2007-2008 [Hall *et al.*, 2010]; sources des données : RCP, 2009; NSF, 2009b; Kapral *et al.*, 2010.

Tableau C3

Résultats supplémentaires relatifs aux indicateurs de performance des services, en phase aiguë

Sauf indication contraire, % des patients.

Indicateurs	Pays du Royaume-Uni (Angleterre, pays de Galles et Irlande du Nord)			Australie		Ontario		
	2008	2006	2004	2009 N = 3 307	2007 N = 2 724	2007/08 (2003/04)	2004/05 N = 4 913	Ontario 2002/03
Arrivée à l'hôpital dans les 2,5 h suivant le début des symptômes (au R.-U. : admission dans les 3 h* ou 2 h** ; en Australie : arrivée dans les 3 h)	27*†	21**	nm	35	45		32,5	31,6
Si le patient arrive à l'hôpital dans les 2,5 h suivant le début des symptômes (en Australie : dans les 3 h), tPA reçue				10	7		14,1	9,5
Délai médian porte-aiguille, en minutes							84,2	82,0
Si le patient peut être admissible à la tPA, TDM effectuée dans les 25 minutes suivant l'arrivée							5,9	2,6
Warfarine prescrite au congé (chez les patients ayant une fibrillation auriculaire)	24	34	nm				74,3	69,5
Patient dirigé vers une clinique de prévention secondaire s'il a subi un AVC ischémique/un AIT et a reçu son congé du service des urgences							29,1	14,1
Congé du centre de soins de courte durée vers le domicile				43	40	55,5 (55,9)	55,0	52,0
Congé du centre de soins de courte durée vers la réadaptation spécialisée en établissement				36	26	22,7 (20,3)	15,5	17,3
Congé du centre de soins de courte durée vers des services de proximité à domicile (en Ontario, en 2007-2008 : orientation vers les soins continus complexes, en établissement)						7,0 (8,8)	9,4	10,0
Congé du centre de soins de courte durée vers un établissement de soins de longue durée (en Australie : orientation vers un centre d'hébergement et de soins de longue durée)				12	14	7,3 (8,5)	10,4	11,4
Patient admis pour la 1 ^{re} fois en établissement d'hébergement et de soins de longue durée à son congé d'un centre de soins de courte durée	11	13	13					
Mortalité à 30 jours (AVC ischémiques), ajustée en fonction de l'âge et du sexe	nm	np	np			14,1 en 2006-2007 (14,9)	14,94	14,87

Tableau C3 (suite)

Indicateurs	Pays du Royaume-Uni (Angleterre, pays de Galles et Irlande du Nord)			Australie		Ontario		
	2008	2006	2004	2009 N = 3 307	2007 N = 2 724	2007/08 (2003/04)	2004/05 N = 4 913	Ontario 2002/03
Mortalité à 30 jours (AVC hémorragiques), ajustée en fonction de l'âge et du sexe	nm	np	np			39,8 (42,5)	41,74	40,49
Proportion de patients ayant subi un AVC ischémique	~ 90	np	np	82	85	81,1 (82,0)	81,5	nd
Références (tableaux C2 et C3)	RCP, 2009	RCP, 2007	RCP, 2005	NSF, 2009b	NSF, 2007b	Hall <i>et al.</i> , 2010	Kapral <i>et al.</i> , 2009	Kapral <i>et al.</i> , 2009

¶ Indicateurs utilisés en Ontario, et résultats comparatifs relatifs aux pays du Royaume-Uni et à l'Australie, lorsqu'ils sont disponibles.

† de tous les patients (seulement 55 % d'entre eux connaissaient l'heure du début de leurs symptômes).

nm : non mesuré; np : non précisé; nd : non disponible.

Annexe D

Tableaux comparatifs

Tableau D1. Politiques et recommandations en matière de niveaux de soins, selon le système de santé (résumées dans le texte au tableau 5)

a) Québec [Comité aviseur ministériel, 2008]

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
	Centre hospitalier local	Centre hospitalier régional comportant une unité d'AVC	Centre d'expertise constitué d'un centre hospitalier universitaire ou d'un centre hospitalier affilié, soutenu par une faculté de médecine
Définition	Services de santé physique généraux et spécialisés, offerts à l'échelle locale ou territoriale	Services de santé physique de niveau secondaire offerts à l'échelle régionale et interrégionale	Services de santé physique de niveau tertiaire sur un territoire des RUIS
Mandat	Services courants de santé physique, de réadaptation et de soutien à l'intégration Transfert des patients nécessitant des soins plus complexes et suivi des besoins lors du retour des patients dans leur région d'origine	Services courants et spécialisés de santé physique et de réadaptation précoce non disponibles localement Assurance de la disponibilité d'activités de formation	Services spécialisés en santé physique et surspécialisés de réadaptation Formation, recherche et évaluation des technologies et des modes d'intervention Ressource pour les régions par le biais de la télé-AVC Participation à la création d'une base de données informatisée
Infrastructure	Centre de santé et de services sociaux pouvant être en lien avec des établissements de réadaptation spécialisée	Unité d'AVC, qui comprend une équipe interdisciplinaire spécialisée en maladies neurovasculaires (composée au moins d'un neurologue, d'infirmières et de représentants des différentes disciplines de réadaptation) Imagerie médicale et capacité de lecture immédiate sur place ou à distance, jour et nuit, tous les jours de la semaine. Administration de la tPA sur place Accès rapide à des services de neurochirurgie Cliniques multidisciplinaires de prévention secondaire	Équipe spécialisée regroupée dans une unité d'AVC Équipes complètes et interdisciplinaires, qui offrent des services jour et nuit, tous les jours de la semaine Imagerie médicale et capacité de lecture immédiate sur place ou à distance, jour et nuit, tous les jours de la semaine

Tableau D1-a) (suite)

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
	Centre hospitalier local	Centre hospitalier régional comportant une unité d'AVC	Centre d'expertise constitué d'un centre hospitalier universitaire ou d'un centre hospitalier affilié, soutenu par une faculté de médecine
Clientèle visée	Patients habitant le territoire et toute autre personne nécessitant un service d'urgence	Patients présentant des facteurs de risque ou une maladie pour laquelle une intervention spécialisée est nécessaire	Patients présentant des problématiques complexes pour lesquelles une intervention surspécialisée est nécessaire Soutien aux fournisseurs de services qui interviennent en première et en deuxième ligne
Réadaptation	Services de réadaptation précoce et spécialisée Services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI), lorsque le volume de patients le permet	Services de réadaptation précoce et spécialisée et niveau d'intensité nécessaire Services de RFI complétés par des services de réadaptation en ambulatoire	Offre de services tous les jours de la semaine Réadaptation spécialisée sur place ou offerte grâce à une entente de services Services de RFI en établissement en plus des services complets en ambulatoire (comprend la réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS))
Protocoles	Services préhospitaliers, triage, prise en charge, stabilisation médicale, transfert vers les soins « définitifs »	Protocoles d'intervention	Utilisation des protocoles et maintien à jour de ceux-ci en fonction des nouvelles connaissances produites

Tableau D1-b) Ontario (voir le tableau pour consulter les références)

	Niveau local	Niveau de la région	Niveau provincial
Définition	<p>Hôpitaux de soins généraux non désignés</p> <p>Hôpitaux de soins de courte durée ne répondant pas à la définition d'un <i>district stroke centre</i> ou d'un <i>regional stroke centre</i> [Kapral <i>et al.</i>, 2009]</p> <p>Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS, <i>Local health integration networks</i>) comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ les hôpitaux; ▪ les centres d'accès aux soins de proximité; ▪ les services de soutien; ▪ les soins de longue durée; ▪ les soins en santé mentale et en traitement des dépendances; ▪ les centres de santé communautaire*. 	<p>District Stroke Centre</p> <p>Centre ayant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ des protocoles de soins écrits quant aux services préhospitaliers, à la salle d'urgence, et aux soins de courte durée, y compris le transport et le triage; ▪ la capacité d'offrir la tPA aux patients admissibles; ▪ l'accès en temps opportun à la TDM et à une interprétation par un expert; ▪ des cliniciens qui ont une expérience en AVC; ▪ des liens avec la prévention secondaire et la réadaptation [Kapral <i>et al.</i>, 2009]. 	<p>Regional Stroke Centre</p> <p>Comprend tous les critères d'un <i>district centre</i>, plus la neurochirurgie et la radiologie d'intervention [Kapral <i>et al.</i>, 2009].</p> <p>Enhanced District Stroke Centre</p> <p>Fournit le leadership et l'intégration dans les régions où aucun établissement ne remplit les critères d'un centre régional [Kapral <i>et al.</i>, 2009].</p> <p>Ontario Stroke System (OSS)</p> <p>Constitue l'organisme provincial responsable de l'organisation des soins en matière d'AVC.</p> <p>Il y a 11 régions, dont 9 qui disposent d'un centre d'AVC régional et 2, d'un centre de district « amélioré » de prévention des AVC [CESN, 2009]</p>
Mandat	<p>Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) gèrent les services locaux de santé [CESN, 2009].</p>	<p>Voir la définition ci-dessus</p>	<p>Les principes directeurs de l'OSS sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'amélioration des services à travers le continuum de soins; ▪ l'intégration et la coordination des soins; ▪ l'utilisation des données probantes; et <p>l'envergure provinciale [OSS, 2007]. Les principales fonctions de l'OSS se résument ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ déterminer quelles sont les meilleures pratiques et les implanter; ▪ promouvoir l'équité d'accès; ▪ définir les normes et les objectifs; évaluer la performance; ▪ développer les compétences; ▪ favoriser l'utilisation efficiente des ressources par l'innovation, l'amélioration de la qualité, des changements dans le système, l'intégration et la coordination des services; ▪ faire des recommandations sur l'allocation des ressources; ▪ être un porte-parole du système pour faire des recommandations aux autorités gouvernementales et aux réseaux locaux d'intégration des services de santé [OSS, 2007].

* Ontario Local Health Integration Networks (LHINs) [site Web]. Disponible à : http://www.lhins.on.ca/aboutlhins.aspx?ekmense1=e2f22c91_72_186_btlink (consulté le 30 mars 2010).

Tableau D1-b) (suite)

	Niveau local	Niveau de la région	Niveau provincial
Clientèle visée	Patients ayant subi un AVC (aucune information supplémentaire dans les documents consultés)	Patients ayant subi un AVC (aucune information supplémentaire dans les documents consultés)	Patients ayant subi un AVC (aucune information supplémentaire dans les documents consultés)
Ressources humaines	Aucune mention particulière dans les documents consultés	Équipe interdisciplinaire en réadaptation [HSFO, 2007] Aucune autre information particulière dans les documents consultés	Aucune mention particulière dans les documents consultés
Réadaptation	Élément reconnu comme prioritaire par quelques RLISS pendant une consultation provinciale [HSFO, 2007] Aucune mention particulière quant aux différents niveaux dans les documents consultés	Tous les patients ayant subi un AVC aigu seront évalués en réadaptation dans les 24 à 48 heures suivant leur admission à l'hôpital (week-ends inclus). Modèle en trois étapes : évaluation, définition formelle des besoins du patient, choix du milieu optimal pour fournir les services de réadaptation Accès rapide aux services : au plus deux jours d'attente quant aux services en établissement; cinq jours quant aux services ambulatoires ou à domicile Réévaluation du patient à six semaines, trois mois, un an et au besoin (par un omnipraticien, un responsable de cas, ou du personnel spécialisé) [HSFO, 2007]	Chaque région doit avoir un modèle explicite propre aux services en réadaptation [HSFO, 2007]. Accès équitable dans toute la province à des services d'intensité et de durée appropriées [HSFO, 2007]. Voir le niveau 2 (régional) pour plus d'informations concernant la stratégie de 2007, proposée par un panel de consensus (<i>Stroke Rehabilitation System Consensus Panel</i>)
Protocoles	Protocoles de réacheminement du transport par ambulance [OSS, 2006] et le transfert de patients dans la région [Kapral <i>et al.</i> , 2009]. Équipes « Code AVC » fournissant des soins spécialisés d'urgence jour et nuit, tous les jours de la semaine [OSS, 2006].	Ententes de responsabilisation en matière de services entre les RLISS et chaque centre [CESN, 2009]	Aucune mention particulière dans les documents consultés
Assurance de la qualité	Le monitoring et l'amélioration continue de la qualité font partie intégrante du système [Kapral <i>et al.</i> , 2009].	Le monitoring et l'amélioration continue de la qualité font partie intégrante du système [Kapral <i>et al.</i> , 2009].	Audit provincial à tous les deux ans [Kapral <i>et al.</i> , 2009]

Tableau D1-c) Canada [SCAVC, 2009]

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Définition	Hôpital sans ressources spécialisées en AVC	Hôpital fournissant des soins intermédiaires de l'AVC	Centre complet de soins de l'AVC (aussi appelé « centre régional de soins de l'AVC ») Mêmes critères que ceux de l'hôpital fournissant des soins intermédiaires de l'AVC, plus les critères ci-dessous :
Mandat	Ententes écrites permettant le transfert des patients vers les centres appropriés	Gestion des patients victimes d'un AVC (soins de niveau intermédiaire)	Évaluation et prise en charge des patients qui ont subi un AVC Rôle de leadership en établissant des partenariats avec d'autres hôpitaux locaux afin d'appuyer leurs soins en matière d'AVC
Infrastructure	Aucun clinicien spécialisé en AVC ni de ressource en neuro-imagerie	Cliniciens spécialisés en AVC Imagerie neurovasculaire et interprétation par des experts en temps opportun (sur place ou au moyen de la télé-médecine) Thrombolyse disponible sur place ou protocoles de transfert des patients admissibles à ce traitement vers un centre d'AVC offrant des soins complets	Ressources et personnel spécialisés en AVC disponibles en tout temps (jour et nuit, tous les jours de la semaine) Services de neurochirurgie et de radiologie d'intervention disponibles Thrombolyse disponible sur place
Réadaptation et prévention	Aucune mention particulière	Processus coordonnés permettant une transition efficace des patients vers la réadaptation continue et la prévention secondaire	Aucune mention particulière
Protocoles	Aucune mention particulière	Protocoles écrits relatifs aux soins de l'AVC au service des urgences, offerts en phase aiguë et (ou) en réadaptation	Aucune mention particulière
Assurance de la qualité	Aucune mention particulière	Aucune mention particulière	Doté d'un système de mesure de la performance permettant d'évaluer la qualité des soins et les résultats de santé des patients

Tableau D1-d) États-Unis [Alberts et al., 2005; 2000]

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Définition	Seulement 2 niveaux	Primary Stroke Center Établissement qui dispose du personnel, de l'infrastructure et des programmes nécessaires pour stabiliser et traiter la plupart des patients victimes d'un AVC aigu	Comprehensive Stroke Center Établissement qui peut offrir des services diagnostiques et thérapeutiques aux patients qui requièrent des soins médicaux et chirurgicaux intensifs, des examens ou des interventions spécialisés
Mandat		Soins ou transfert des cas complexes à un <i>Comprehensive Stroke Center</i> Éducation du public	Ressource pour les centres locaux et régionaux Coordination possible des soins de courte durée dans la région Participation possible à des activités de recherche Éducation du public
Infrastructure		Unité d'AVC, si le centre offre des services de soins hospitaliers (après la phase hyperaiguë) aux patients ayant subi un AVC Intégration avec les services préhospitaliers : transport rapide vers les centres d'AVC, communication entre les services ambulanciers et le service des urgences du centre lors du transport du patient Système d'activation de l'équipe d'« AVC aigu »	Unité d'AVC Unité de soins intensifs Salle d'opération fonctionnelle jour et nuit, tous les jours de la semaine
Clientèle visée		La plupart des patients ayant subi un AVC aigu	Offre des services spécialisés aux patients qui subissent des AVC complexes
Équipements		Télémetrie et suivi de la pression artérielle continue dans l'unité d'AVC Imagerie par résonance magnétique ou tomo-densitométrie disponible jour et nuit Services de laboratoire répondant aux normes, disponibles jour et nuit Électrocardiogramme et radiographie	Recommandations : Imagerie par résonance magnétique (IRM), angiographie par IRM, résonance magnétique veineuse, angiographie par TDM cérébrale, angiographie cérébrale numérisée Échographie Doppler transcrânienne Échocardiographie trans-œsophagienne Échographie duplex de la carotide Options : Résonance magnétique de perfusion Tomodensitométrie de perfusion cérébrale Tomographie par émission de positons

Tableau D1-d) (suite)

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Ressources humaines		<p>Équipe d'« AVC aigu » composée d'au moins un médecin et d'un autre professionnel de la santé, disponible jour et nuit, tous les jours de la semaine.</p> <p>Personnel qualifié pour interpréter les images sur place ou par téléradiologie</p> <p>Consultation avec un neurochirurgien disponible dans les deux heures suivant le moment où elle jugée nécessaire (ou transfert)</p> <p>Salle d'opération fonctionnelle jour et nuit, tous les jours de la semaine (si les services de neurochirurgie sont disponibles)</p>	<p>Médecins spécialisés et ayant une expérience suffisante, neurologues, neurochirurgiens, chirurgiens, radiologistes, techniciens en radiologie, infirmières, ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux et responsables de cas</p> <p>Personnel disponible pour interpréter les examens jour et nuit, tous les jours de la semaine</p>
Réadaptation		<p>L'équipe de l'unité d'AVC doit inclure un orthophoniste et des physiothérapeutes.</p>	<p>Mobilisation du patient aussitôt que possible</p> <p>Consultation dans les 24 heures suivant l'admission</p>
Protocoles		<p>Protocoles de triage au service des urgences et aux soins donnés en phase aiguë (y compris la stabilisation des fonctions vitales, les examens diagnostiques et l'utilisation de la médication)</p> <p>Protocole de transfert en neurochirurgie</p> <p>Révision (ou mise à jour) annuelle des protocoles</p>	<p>Protocoles accessibles au personnel des services préhospitaliers et des services d'urgence; protocoles de transferts des patients vers des centres de réadaptation (si ce service n'est pas disponible sur place)</p> <p>Possibilité de cheminements cliniques (<i>care pathways</i>) multidisciplinaires</p>
Assurance de la qualité		<p>Détermination de deux objectifs par année et suivi au moyen d'un registre</p> <p>Comité servant à assurer le suivi des activités</p> <p>Programmes de formation destinés au personnel, qui devrait recevoir huit heures de formation continue reliée aux AVC par année</p>	<p>Détermination d'objectifs et d'indicateurs et suivi au moyen d'un registre</p> <p>Comité d'assurance de la qualité multidisciplinaire : responsable de s'assurer de l'atteinte des objectifs, de revoir et d'analyser les complications</p> <p>Programmes de formation destinés au personnel</p>

Tableau D1-e) Angleterre [BASP, 2005]

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Définition	<p>Level 1 Stroke Service</p> <p>Le service d'AVC de niveau 1 comprend les services minimaux de base offerts aux patients ayant subi un AVC, y compris toutes les composantes énumérées dans ce tableau relatives aux catégories suivantes :</p> <p>Service de soins en AVC (phase aiguë) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soins médicaux intrahospitaliers et disponibilité sur place d'un clinicien spécialisé en AVC pour consultation <p>Unité d'AVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - équipe multidisciplinaire dotée du personnel approprié qui participe à des rencontres hebdomadaires de réadaptation et qui a accès à une formation et à une supervision structurées; - totalité des patients sous la responsabilité d'un médecin spécialisé en AVC. <p>Clinique neurovasculaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - évaluation par un médecin spécialisé en AVC dans un délai d'au plus quatre semaines; totalité des examens diagnostiques effectués dans un délai d'au plus huit semaines <p>Réadaptation</p> <p>Activités d'assurance de la qualité</p> <p>Disponibilité de personnel médical consultant</p>	<p>Level 2 Stroke Centre</p> <p>Le niveau 2 fournit tous les services du niveau 1, ainsi que toutes les fonctions supplémentaires dans au moins quatre des cinq catégories suivantes :</p> <p>Service de soins en AVC (phase aiguë) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accès rapide à l'imagerie médicale <p>Unités d'AVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - utilisation des protocoles de soins <p>Clinique neurovasculaire (hebdomadaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - évaluation par un médecin spécialisé en AVC dans un délai d'au plus deux semaines; totalité des examens diagnostiques effectués dans un délai d'au plus quatre semaines; - protocoles d'orientation vers la clinique à la disposition de tous les omnipraticiens de la région; - protocoles d'orientation de la clinique vers les chirurgiens vasculaires; - grande disponibilité des lignes directrices relatives à la prévention secondaire. <p>Réadaptation</p> <p>Activités d'assurance de la qualité</p>	<p>Level 3 Stroke Centre</p> <p>Le niveau 3 répond aux critères d'un centre de niveau 2, et au moins à quatre des éléments supplémentaires suivants :</p> <p>Unité d'AVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - transfert direct du patient (de la maison ou de la salle d'urgence); - protocole de thrombolyse. <p>Clinique neurovasculaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - évaluation par un médecin spécialisé en AVC dans un délai d'au plus une semaine; totalité des examens diagnostiques effectués dans un délai d'au plus deux semaines. <p>Accès à des consultants</p> <ul style="list-style-type: none"> - accès accru à d'autres spécialistes non médicaux; - accès accru à un médecin spécialisé en AVC. <p>Activités d'assurance de la qualité</p> <p>Activités de recherche</p>
Mandat	Fournir des services de base	Fournir des services d'un niveau supérieur	Fournir des services complets et rapides

Tableau D1-e) (suite)

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Clientèle visée	Patients ayant subi un AVC (aucune information supplémentaire dans les documents consultés)	Patients ayant subi un AVC (aucune information supplémentaire dans les documents consultés)	Patients ayant subi un AVC (aucune information supplémentaire dans les documents consultés)
Équipements	<ul style="list-style-type: none"> - disponibilité de la TDM, jour et nuit, et de l'IRM, durant les heures de travail régulières; - accès à l'échographie carotidienne; - disponibilité locale d'examens courants. Clinique neurovasculaire <ul style="list-style-type: none"> - accès aux examens pertinents en ambulatoire; - disponibilité de la TDM pour les patients qui consultent en clinique externe dans les 14 jours suivant l'apparition de leurs symptômes (ou de l'IRM, si après 14 jours). 	Identique au niveau 1, plus : Services en matière d'AVC (phase aiguë) <ul style="list-style-type: none"> - disponibilité de l'échographie carotidienne sur place; - accès aux examens diagnostiques spécialisés (p. ex., angiographie cérébrale). 	Identique au niveau 2
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> - accès à la chirurgie vasculaire, la neurochirurgie d'urgence et la neuroradiologie d'intervention; - équipe de l'unité d'AVC formée de personnel en soins infirmiers, en physiothérapie, en ergothérapie, en orthophonie et en travail social; - accès aux services de psychologie clinique, de diététique, de pharmacie et de soins infirmiers spécialisés; - médecin ayant une expertise en AVC et disponibilité suffisante de temps alloué (1,0 unité de temps (« séance ») par 10 lits pour ce qui est des services en établissement; 1,5 unité de temps par semaine pour ce qui est de la clinique neurovasculaire); soutien suffisant par le personnel médical adjoint. 	Identique au niveau 1, plus : <ul style="list-style-type: none"> - accès aux services d'un spécialiste en réadaptation, localement 	Identique aux niveaux 1 et 2, plus : <ul style="list-style-type: none"> - disponibilité locale d'autres spécialistes non médicaux (p. ex., infirmière spécialisée en AVC, infirmier consultant en AVC); - accès jour et nuit à un clinicien spécialisé en AVC pour consultation.
Réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> - service multidisciplinaire à l'hôpital de jour ou à domicile; - programme pour les patients d'âge actif (<i>working age</i>) au sein de l'établissement ou d'une installation adjacente. 	Identique au niveau 1, plus : <ul style="list-style-type: none"> - services de réadaptation externes, offerts par une équipe multidisciplinaire spécialisée en AVC; - capacité d'assurer le suivi de tous les patients; - liens avec des organisations bénévoles. 	Identique au niveau 1 et 2

Tableau D1-e) (suite)

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Protocoles	Aucune mention particulière	<ul style="list-style-type: none"> - Protocoles de soins dans les unités d'AVC; - Protocole de transfert à la clinique neurovasculaire disponible pour tous les omnipraticiens; - Protocole d'orientation des patients devant subir une endartériectomie carotidienne convenu entre les cliniques neurovasculaires et les services de chirurgie vasculaire locaux. 	Identique au niveau 2, plus : <ul style="list-style-type: none"> - protocole de thrombolyse dans des unités d'AVC relatif aux patients ayant subi un AVC ischémique moins de trois heures auparavant
Assurance de la qualité	<p>Plus de 75 % des patients passent un examen de TDM dans un centre de soins de courte durée dans un délai d'au plus 48 heures suivant le début d'un AVC.</p> <p>Taux d'admission en unités d'AVC ≥ 50 % chez les patients ayant reçu un diagnostic principal d'AVC (nombre total de jours dans l'unité/nombre total de jours à l'hôpital)</p> <ul style="list-style-type: none"> - existence d'un plan de mise en œuvre des services; - participation aux audits nationaux; - désignation d'un clinicien ayant une expertise en AVC comme « champion » au service d'AVC. 	<p>Identique au niveau 1, plus :</p> <p>Taux d'admission en unités d'AVC : ≥ 70 % chez les patients qui ont reçu un diagnostic principal d'AVC</p> <p>≥ 75 % des patients arrivent à l'unité d'AVC au plus tard 24 heures après avoir été admis à l'hôpital.</p> <ul style="list-style-type: none"> - preuve du changement en réponse aux résultats de l'audit national; - preuve d'audit local et de changement de pratique en réponse aux résultats de l'audit. 	Identique au niveau 2, plus : <p>Taux d'admission relatifs aux unités d'AVC : ≥ 90 % chez les patients qui ont reçu un diagnostic principal d'AVC</p> <ul style="list-style-type: none"> - mesure régulière des résultats cliniques chez tous les patients admis et ambulatoires; - participation à la recherche en matière d'AVC.

Tableau D1-f) Australie [NSF, 2008a]

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Définition	<p>Hôpital local ou rural (hôpital de catégorie C ou D)</p> <p>Aucun accès à la TDM en moins de 24 heures (cat. D) ou accès à la TDM (sur place ou non), mais reçoit (en moyenne, par année) : < 100 cas d'AVC (si milieu urbain) ou < 80 cas d'AVC (si milieu rural)</p> <p>Catégorie C : peut avoir une unité d'AVC (selon le contexte local)</p>	<p>Unité d'AVC de base (hôpital de catégorie A ou B)</p> <p>Accès à la TDM</p> <p>Reçoit (en moyenne, par année) : ≥ 200 cas d'AVC (milieu urbain; cat. A) ≥ 120 cas d'AVC (milieu rural; cat. A) 100-199 cas d'AVC (milieu urbain; cat. B) 80-119 cas d'AVC (milieu rural; cat. B)</p>	<p>Unité d'AVC avancée (hôpital de catégorie A ou B)</p> <p>Accès à la TDM et à une autre forme d'imagerie, à des soins intensifs ou à une unité de « haute dépendance » intégrée et à des services surspécialisés en neurochirurgie</p>
Mandat	<p>Ne devrait pas admettre des cas d'AVC (cat. D ou cat. C, sans unité d'AVC)</p> <p>Aucune administration de tPA</p>	<p>Présence d'une unité d'AVC de base (au moins)</p> <p>Administration de la tPA (catégorie A; parfois, catégorie B)</p>	<p>Disponibilité de tous les soins surspécialisés servant au diagnostic (IRM) et à l'intervention (neurochirurgie)</p> <p>Existence d'un ou plusieurs postes en recherche</p>
Infrastructure	<p>Équipe multidisciplinaire bénéficiant du soutien d'une équipe spécialisée d'un hôpital de cat. A ou B</p>	<p>Équipe multidisciplinaire et coordonnateur de soins</p>	<p>Équipe multidisciplinaire et coordonnateur de soins</p>
Clientèle visée	<p>Cat. C : cas d'AVC stable et possibilité de cas d'AVC de complexité modérée</p> <p>Cat. D : aucun cas d'AVC</p>	<p>Cas d'AVC stable et de complexité modérée ayant un risque de détérioration faible à modéré</p>	<p>Tous les cas d'AVC, y compris les cas complexes</p>
Réadaptation	<p>Réadaptation précoce, s'il y a une unité d'AVC</p> <p>Accès possible aux services de réadaptation après la phase aiguë de l'AVC</p>	<p>Réadaptation précoce (dès le jour 1)</p> <p>Accès aux services de réadaptation après la phase aiguë de l'AVC</p>	<p>Réadaptation précoce (dès le jour 1)</p> <p>Accès aux services de réadaptation après la phase aiguë de l'AVC</p>
Protocoles	<p>Arrangements préhospitaliers visant à ne pas recevoir de cas d'AVC (cat. D) ou protocoles de transfert des cas d'AVC (cat. D ou cat. C sans unité d'AVC)</p>	<p>Protocoles de triage rapide à l'urgence</p> <p>Protocoles de soins établis pour respecter les lignes directrices de pratique</p>	<p>Protocoles de triage rapide à l'urgence</p> <p>Protocoles de soins établis pour respecter les lignes directrices de pratique</p>
Assurance de la qualité	<p>Monitorage et activités d'amélioration de la qualité (cat. C, et peut-être cat. D)</p> <p>Accès à une formation continue régulière sur les AVC à l'hôpital de catégorie A ou B</p>	<p>Monitorage et activités d'amélioration de la qualité</p> <p>Accès à une formation continue régulière sur les AVC</p>	<p>Monitorage et activités d'amélioration de la qualité</p> <p>Accès à une formation continue régulière sur les AVC</p>

Tableau D2
Politiques et recommandations relatives aux unités d'AVC en phases aiguë et hyperaiguë (résumées dans le texte au tableau 6)

Australie	Angleterre	Ontario	Recommandations basées sur les données probantes
<p>Deux types d'unités d'AVC : soins en phase aiguë (durée du séjour < 7 jours) et soins complets et intégrés (comprehensive) (plusieurs semaines de réadaptation) [NSF, 2007a]</p> <p>Système à 2 niveaux : de base ou avancé*</p> <p>Niveau de base (éléments essentiels) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lits regroupés dans une unité distincte et bien définie; - réadaptation active dès le jour 1; - équipe multidisciplinaire dont les membres ont un intérêt particulier pour les AVC ou la réadaptation; - réunion hebdomadaire (au moins); - soins coordonnés; - formation professionnelle continue; - participation des proches aidants au processus de réadaptation; - utilisation de protocoles et de lignes directrices. <p>Niveau avancé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soins intensifs sur place ou unité de « haute dépendance » intégrée dans l'unité de soins; - service de congé précoce [NSF, 2008a]. 	<p>Unité d'AVC qui fournit des soins de « haute dépendance », y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le monitoring neurologique et physiologique (accru, si besoin est); - le traitement rapide d'un AVC et des complications qui y sont reliées; - une réadaptation précoce; et - des soins palliatifs. <p>Les unités d'AVC requièrent une équipe multidisciplinaire.</p> <p>La répartition relative des lits entre les unités d'AVC offrant des soins « en phase aiguë », les unités d'AVC « de réadaptation » et les unités d'AVC « combinées » dépendra du contexte.</p> <p>Les équipes des unités doivent assurer une bonne communication avec les patients, leurs familles et leurs omnipraticiens.</p> <p>[DoH, 2007]</p>	<p>Unité hospitalière spécialisée, distincte et bien définie, ayant une équipe multidisciplinaire et des ressources consacrées aux AVC [Kapral <i>et al.</i>, 2009].</p>	<p>Remplit les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - unité distincte et bien définie; - équipe interdisciplinaire coordonnée; - réunion hebdomadaire (au moins); - personnel ayant une expertise spécialisée en AVC et en réadaptation; - programmes de formation et d'information fournis au personnel, aux patients et à leurs proches aidants; - consensus existants sur la gestion des problèmes reliés aux AVC, fondés sur les données probantes, lorsqu'ils sont disponibles [SCAVC, 2009; ISWP, 2008; Lindsay <i>et al.</i>, 2008]. <p>Alberts et ses collègues [2000] recommandent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un système de réponses d'urgence intégré; - des services rapides de laboratoire jour et nuit, tous les jours de la semaine. <p>Une unité d'AVC prend en charge le patient durant les sept à dix premiers jours (peut-être plus longtemps) suivant un épisode d'AVC aigu [SCAVC, 2009].</p>

* La décision relative à la mise en place une unité d'AVC dépend du type d'hôpital. Les catégories d'hôpital sont définies en fonction de l'accès à la TDM et du nombre moyen de patients admis par année (voir le tableau 1).

Tableau D2 (suite)

Australie	Angleterre	Ontario	Recommandations basées sur les données probantes
Clientèle cible			
<p>Niveau de base : Tous les cas, sauf les cas complexes</p> <p>Niveau avancé : Tous les cas, y compris les cas complexes [NSF, 2008a]</p>	<p>Tous les patients chez qui l'on soupçonne un AVC aigu [DoH, 2007]</p> <p>La <i>National Stroke Strategy</i> ne s'applique pas aux services pédiatriques en matière d'AVC.</p>	<p>Tous les patients ayant un AVC aigu [Kapral <i>et al.</i>, 2009]</p>	<p>Tous les patients hospitalisés en raison d'un AVC aigu ou d'un AIT [Lindsay <i>et al.</i>, 2008]</p> <p>Aucune donnée probante ne restreint l'accès aux unités d'AVC selon l'âge, le sexe ou la gravité de l'AVC [SUTC, 2007].</p>
Ressources humaines			
<p>Pour une unité de 10 lits :</p> <p>Niveau de base (minimalement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - médecins, soit un neurologue, un gériatre, un psychiatre (réadaptation) ou un médecin de famille ayant un intérêt particulier pour l'AVC : 1 à 2 ETP - infirmières : 10 à 13 (si possible, spécialisées); - orthophoniste : 0,6 à 1,2; - physiothérapeutes : 1 à 2; - ergothérapeutes : 1 à 1,5; - travailleur social : 0,6 à 1; - nutritionniste : 0,3 à 0,5; - psychologue : 0,3 à 0,5; - pharmacien : 1. <p>Niveau avancé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - poste de médecin spécialiste chercheur; - participation à la recherche clinique [NSF, 2008a]. 	<p>Présence d'une équipe multidisciplinaire, qui a les compétences requises pour fournir des soins appropriés; et qui a accès :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à la physiothérapie (inhalothérapie comprise); - à l'orthophonie; - aux services diététiques; - aux soins spécialisés en phase aiguë (médecin); - aux infirmières spécialisées (pour soins en AVC en phase « hyperaiguë »); - une rétroaction du service d'imagerie [DoH, 2008]. <p>La réadaptation devrait être soutenue par un ensemble de professionnels compétents étroitement liés aux services sociaux [DoH, 2007].</p> <p>Les besoins locaux doivent être évalués afin que la disponibilité des ressources (en lits, en personnel) puisse satisfaire à la demande [DoH, 2007].</p>	<p>Les ressources humaines propres à une unité d'AVC ne sont pas mentionnées dans les documents consultés.</p> <p>L'équipe d'une unité de soins en phase post-aiguë doit comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un médecin de famille; - un physiatre; - une infirmière en réadaptation; - une infirmière; - un physiothérapeute; - un ergothérapeute; - un orthophoniste; - un travailleur social; <p>ainsi qu'un accès à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un psychologue; - un pharmacien; - un nutritionniste; - un récréothérapeute; - un aumônier; et - une personne responsable de la planification du congé (<i>discharge planner</i>) [HSFO, 2007]. 	<p>Pour une unité de 10 lits :</p> <ul style="list-style-type: none"> - médecin : 0,6 à 1,5 ETP (y compris un consultant et un <i>junior</i> [équivalent de résident]); - infirmières : 10 par 24 heures; - physiothérapeute : 1 à 2 (y compris le personnel professionnel et adjoint); - ergothérapeutes : 1 à 2 (y compris le personnel professionnel et adjoint); - orthophoniste : 0,2 à 0,6; - un travailleur social, à temps partiel [SIGN, 2010a]. <p>La SCAVC [2009] fait un résumé des taux de dotation d'unités d'AVC, présentés dans la littérature. Parmi les revues, celle du <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i> (SIGN) est la plus détaillée.</p>

Tableau D2 (suite)

Australie	Angleterre	Ontario	Recommandations basées sur les données probantes
Intervenant pivot			
<p>Élément essentiel du niveau de base : soins coordonnés par une personne (coordonnateur d'équipe) ou des mécanismes préétablis [NSF, 2008a]</p>	<p>L'existence de partenariats bien coordonnés entre les services de santé et les services sociaux est d'une importance capitale [DoH, 2007].</p> <p>L'équipe d'imagerie pourrait avoir besoin d'un coordonnateur au sein de l'équipe multidisciplinaire [DoH, 2008].</p>	<p>Aucune mention particulière dans les documents consultés</p>	<p>Un professionnel de la santé devrait être responsable de coordonner le congé [SIGN, 2008].</p> <p>Il faut étudier la pertinence de désigner un membre de l'équipe qui sera responsable d'informer les patients et leur famille ou soignants à propos de la maladie, de la réadaptation, des attentes de récupération et de leur rôle dans le processus [Duncan <i>et al.</i>, 2005].</p>
Évaluation et prise en charge préhospitalières			
<p>Ententes entre les hôpitaux et les services préhospitaliers pour faciliter une prise en charge rapide [NSF, 2008a].</p>	<p>Transfert par ambulance de tous les patients chez qui l'on soupçonne un AVC aigu dans un hôpital qui fournit des soins en AVC en phase « hyperaiguë » (accès jour et nuit au système de triage propre aux AVC, évaluation clinique menée par des experts, imagerie en temps opportun et thrombolyse intraveineuse) [DoH, 2007].</p> <p>Le personnel ambulancier devrait rapidement évaluer le patient à l'aide de l'échelle « FAST » et prévenir les hôpitaux d'accueil au moyen de préavis [DoH, 2007].</p>	<p>Protocoles de transport et de transfert interhospitalier [Kapral <i>et al.</i>, 2009; OSS, 2006].</p> <p>Équipes « code AVC » [OSS, 2006]</p>	<p>Il est recommandé d'utiliser des échelles normalisées telles que « FAST » ou « MASS » pour effectuer une évaluation préhospitalière [ISWP, 2008; SIGN, 2008].</p> <p>Outils de dépistage à l'usage des ambulanciers [Lindsay <i>et al.</i>, 2008]</p> <p>Protocoles de transport direct pour faciliter l'orientation vers l'établissement le plus approprié et le plus proche capable d'offrir les soins requis [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p>

Tableau D2 (suite)

Australie	Angleterre	Ontario	Recommandations basées sur les données probantes
Évaluation au service des urgences			
<p>Protocoles de triage rapide aux urgences des hôpitaux de catégories A, B et C pour décider de l'admission ou du transfert (C); protocoles de transfert dans les hôpitaux de catégorie D [NSF, 2008a]</p>	<p>Utilisation d'une évaluation structurée (p. ex., « ROSIER ») pour poser un diagnostic et déterminer la nécessité de faire passer une imagerie cérébrale d'urgence [DoH, 2007].</p>	<p>Protocoles de triage en salle d'urgence mentionnés disponibles dans les centres d'AVC <i>district</i> ou <i>regional</i> [Kapral <i>et al.</i>, 2009].</p>	<p>Il est recommandé d'utiliser des échelles normalisées telles que « ROSIER » pour effectuer une évaluation au service des urgences [ISWP, 2008].</p> <p>L'échelle « ROSIER » est supérieure aux outils « CPASS », « LAPSS » et « FAST » [SIGN, 2008].</p> <p>Orientation vers une unité d'AVC aussitôt que possible, idéalement moins de trois heures après l'arrivée au service des urgences [SCAVC, 2009].</p>
Évaluation initiale relative à un accident ischémique transitoire (AIT)			
<p>Niveau avancé : Évaluation rapide (dans les 24 heures) [NSF, 2008a]</p>	<p>Tous les patients aux prises avec un léger AVC et les victimes d'un AIT à risque élevé (ABCD² ≥ 4) doivent être évalués par un spécialiste et traités dans les 24 heures [DoH, 2007].</p> <p>Si besoin est, IRM ou angiographie cérébrale par résonance magnétique disponibles tous les jours de la semaine (et faites dans les 24 heures chez les patients à risque élevé ou dans les 7 jours chez ceux dont le risque est moindre) [DoH, 2008].</p>	<p>Les cliniques de prévention secondaire ont le mandat de faire l'évaluation rapide des AIT [Bourgoin, 2009].</p> <p>Les <i>district centres</i> doivent avoir un lien avec ces cliniques [Kapral <i>et al.</i>, 2009].</p>	<p>Le recours à un outil de stratification du risque est recommandé [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>Le score ABCD² devrait être utilisé pour reconnaître, parmi les patients qui ont eu un AVC léger ou un AIT, les patients à risque élevé d'un AVC récurrent [ISWP, 2008; SIGN, 2008].</p> <p>Il faut soumettre les patients à un examen clinique immédiat et à d'autres examens diagnostiques, au besoin (imagerie dans les 24 heures s'ils sont plus à risque, ou dans les 7 jours) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p>

Tableau D2 (suite)

Australie	Angleterre	Ontario	Recommandations basées sur les données probantes
Imagerie cérébrale*			
<p>Imagerie par résonance magnétique (IRM) avec séquences pondérées en diffusion/tomodensitométrie (TDM)</p> <p>Accès immédiat à la TDM (en moins de 24 heures) dans les hôpitaux de catégories A et B; sur place ou non dans les hôpitaux de catégorie C.</p> <p>Niveau avancé : Techniques d'imagerie avancée (IRM) [NSF, 2008a]</p>	<p>Accès jour et nuit à la TDM (si urgence : prochain créneau horaire disponible en semaine; si en dehors des heures régulières : dans les 60 minutes).</p> <p>Accès rapide à une IRM, et aux éléments mentionnés ci-dessus, chez les patients qui en ont besoin (diagnostic mis en doute; présentation atypique ou tardive).</p> <p>Capacité de procéder à des examens d'imagerie plus complexes en ce qui concerne les sous-types d'AVC, selon ce qui est requis.</p> <p>[DoH, 2008]</p>	<p>Chez les patients pouvant être admissibles à la tPA, la TDM doit être effectuée dans les 25 minutes suivant l'arrivée au service des urgences [Kapral <i>et al.</i>, 2009].</p>	<p>Un examen d'imagerie cérébrale doit être fait le plus tôt possible [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>TDM pour la plupart des patients en phase aiguë [Lindsay <i>et al.</i>, 2008; SIGN, 2008].</p> <p>IRM avec séquences pondérées en diffusion et séquences d'écho de gradient recommandées pour les patients qui ne sont pas gravement malades ou qui se présentent une semaine après l'AVC [SIGN, 2008].</p> <p>Disponibilité et interprétation de la TDM (ou de l'IRM) jour et nuit, tous les jours de la semaine [Alberts <i>et al.</i>, 2000].</p> <p>Personnel expérimenté disponible sur place ou par l'intermédiaire de la télé-médecine (lecture d'images) [Alberts <i>et al.</i>, 2005].</p>

* L'imagerie plus spécialisée peut correspondre à des centres d'AVC (c'est-à-dire les centres de niveau 3, au tableau 1)

Tableau D2 (suite)

Australie	Angleterre	Ontario	Recommandations basées sur les données probantes
Imagerie carotidienne			
<p>Les patients symptomatiques qui peuvent être admissibles à la revascularisation carotidienne devraient recevoir une imagerie carotidienne sans délai [NSF, 2010].</p> <p>Échographie Doppler de la carotide et angiographie par cathéter disponibles dans les centres d'AVC de niveau avancé [NSF, 2008a]</p>	<p>Chez les patients victimes d'un AIT, les services d'imagerie carotidienne sont disponibles tous les jours. Ils comprennent idéalement une angiographie cérébrale par résonance magnétique de contraste améliorée, une échographie duplex, ainsi qu'une angiographie par TDM.</p> <p>Une imagerie carotidienne devrait théoriquement être réalisée lors de l'évaluation initiale et ne devrait pas être retardée de plus de 24 heures après la première évaluation chez les patients à risque élevé d'AVC ($ABCD^2 \geq 4$).</p> <p>Chez les patients victimes d'un AIT à plus faible risque, une imagerie carotidienne devrait être réalisée dans les sept jours (échographie duplex comme examen de première ligne).</p> <p>[DoH, 2008]</p>	<p>Chez les patients ayant un AIT ou un AVC ischémique, l'imagerie carotidienne est recommandée (si appropriée) [Kapral <i>et al.</i>, 2009].</p>	<p>Tous les patients qui ont subi un AVC ou un AIT qui présentent une sténose carotidienne et qui sont peut-être admissibles à une chirurgie de la carotide devraient avoir une imagerie carotidienne dans les 24 heures qui suivent l'AIT ou l'AVC ischémique [ISWP, 2008; Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p>
Imagerie cardiaque			
échographie transthoracique ou transoesophagienne			
<p>Imagerie cardiaque recommandée chez des patients ayant des conditions particulières [NSF, 2010].</p>	<p>Une échocardiographie devrait être réalisée dans les 48 h suivant l'évaluation initiale chez les patients victimes d'un AIT ou d'un AVC léger et ayant des besoins cliniques [DoH, 2007].</p>	<p>Aucune mention particulière dans les documents consultés</p> <p>Les centres régionaux offrent des services d'imagerie plus spécialisés [Kapral <i>et al.</i>, 2009].</p>	<p>Non mentionné par Lindsay et ses collègues [2008]</p> <p>Utilité établie [Alberts <i>et al.</i>, 2005].</p>

Tableau D2 (suite)

Australie	Angleterre	Ontario	Recommandations basées sur les données probantes
Consultation et intervention en neurochirurgie*			
<p>Au niveau avancé, disponibilité : - des services de neuro-intervention (p. ex., thrombolyse intra-artérielle ou angioplastie); - de la neurochirurgie (p. ex., hémicraniotomie) [NSF, 2008a].</p>	<p>Une approche réseau peut être requise pour élaborer un protocole d'entente, afin de relier toute unité d'AVC à un centre régional de neurosciences pour le réexamen urgent des images cérébrales effectuées sur place (au moyen d'un lien électronique ou d'un transfert d'urgence avec rapatriement ultérieur des patients concernés).</p> <p>Une équipe multidisciplinaire dans un centre de neurosciences, composée d'un spécialiste en AVC, d'un neurochirurgien et d'un neuroradiologue d'intervention, devrait assurer la gestion de la neurochirurgie.</p> <p>[DoH, 2007]</p>	<p>Aucune mention particulière dans les documents consultés</p> <p>Les centres régionaux offrent des équipements neurochirurgicaux et des services d'intervention plus spécialisés [Kapral <i>et al.</i>, 2009].</p>	<p>Une consultation neurochirurgicale d'urgence est nécessaire pour poser un diagnostic d'hémorragie sous-arachnoïdienne [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>Lorsque nécessaires, soins neurochirurgicaux accessibles en moins de deux heures [Alberts <i>et al.</i>, 2000].</p>
Traitement thrombolytique aigu (tPA)			
<p>Évaluation de l'admissibilité dans les trois heures après le début des symptômes [NSF, 2009b].</p> <p>Administration du traitement aux cas admissibles, dans les hôpitaux de catégorie A, et parfois, B [NSF, 2008a].</p>	<p>Thrombolyse dans les trois heures suivant l'apparition des symptômes d'AVC, excluant les hémorragies intracrâniennes visualisées au moyen de techniques appropriées d'imagerie.</p> <p>La thrombolyse devrait uniquement être administrée lorsqu'il y a disponibilité constante des soins infirmiers et médicaux spécialisés : p. ex., modèle de réseau en étoile dans les centres de soins en phase hyperaiguë.</p> <p>[DoH, 2007]</p>	<p>Thrombolyse aux patients admissibles, dans les 2,5 heures suivant l'apparition des symptômes et dans l'heure suivant l'arrivée à l'hôpital [Kapral <i>et al.</i>, 2009].</p>	<p>Tous les patients admissibles doivent recevoir la tPA dans l'heure qui suit leur arrivée à l'hôpital.</p> <p>Les patients admissibles sont ceux qui peuvent recevoir le traitement dans les 4,5 heures suivant le début des symptômes de l'AVC [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p>

* Les interventions neurochirurgicales peuvent correspondre à des centres d'AVC.

Tableau D2 (suite)

Australie	Angleterre	Ontario	Recommandations basées sur les données probantes
Réadaptation précoce			
<p>Réadaptation précoce dans tous les cas. Réadaptation prolongée jusqu'à quelques semaines dans le cas des unités dites <i>comprehensive</i>. [NSF, 2007a]</p> <p>Réadaptation précoce et active par une équipe spécialisée en AVC désignée [NSF, 2010]</p> <p>Thérapie intensive aussi longtemps que nécessaire, préférentiellement dans une unité de réadaptation d'AVC [NSF, 2009a]</p>	<p>Réadaptation dans un hôpital, le plus rapidement possible après l'AVC, immédiatement après le transfert d'un autre centre hospitalier, et aussi longtemps que nécessaire.</p> <p>Une réadaptation précoce devrait être offerte dans les unités spécialisées de traitement des AVC, ou faire partie d'un congé bien organisé et rapide (avec services) et d'un soutien à long terme, grâce à des services externes, selon les besoins.</p> <p>La réadaptation dans une unité d'AVC devrait être soutenue par une équipe multidisciplinaire qualifiée qui comprend différents types de professionnels paramédicaux. [DoH, 2007]</p>	<p>Tous les patients aux prises avec un AVC aigu seront évalués en réadaptation dans les 24 à 48 heures.</p> <p>Réadaptation précoce recommandée.</p> <p>Six indicateurs clés en réadaptation recommandés.</p> <p>Nécessité de soutenir le patient et sa famille dans l'élaboration et l'application d'un plan de soins évolutif en réévaluant les besoins de réadaptation du patient, soit six semaines, trois mois, un an après l'hospitalisation et au besoin. L'évaluation doit couvrir toutes les dimensions de son état de santé, la participation sociale et les liens avec les services de prévention. [HSFO, 2007]</p>	<p>Dès que l'état médical du patient est stable [Lindsay <i>et al.</i>, 2008]</p> <p>L'équipe multidisciplinaire de réadaptation devrait évaluer le patient en moins de 24 à 48 heures suivant l'admission [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>« Tous les patients hospitalisés pour un AVC aigu doivent être mobilisés aussi rapidement et aussi souvent que possible [niveau de preuve B] et préférentiellement au cours des 24 premières heures suivant le début des symptômes d'AVC, à moins de contre-indication [niveau de preuve C] » (SC-AVC, 4.2) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p>

Tableau D2 (suite)

Australie	Angleterre	Ontario	Recommandations basées sur les données probantes
Participation du patient et des proches aidants			
<p>Dans les normes minimales propres à une unité de base (pendant la réadaptation)</p> <p>C'est un indicateur clé de la qualité de services [NSF, 2008a].</p>	<p>Participation promue afin de garder les patients et leurs proches informés, les inclure dans la préparation du plan d'intervention, leur fournir une réadaptation souple et personnalisée et des services de soutien complets [DoH, 2007].</p>	<p>Participation à l'élaboration du plan d'intervention de la réadaptation [HSFO, 2007]</p>	<p>Le partage de la prise de décision et de l'établissement des objectifs entre l'équipe de soins, le patient et les proches aidants, intégrés dans la prestation des soins en matière d'AVC, est considéré comme un élément essentiel dans une unité d'AVC aigu [SCAVC, 2009].</p> <p>Il faut établir un processus pour assurer la participation des patients et des soignants à l'élaboration du plan de soins, à sa gestion et à la planification du congé [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p>
Planification du congé			
<p>Le congé rapide avec soutien (<i>early supported discharge</i>) fait partie des soins normalisés offerts par une unité de niveau avancé [NSF, 2008a].</p>	<p>Planification d'un congé rapide avec soutien par un spécialiste en AVC polyvalent et une équipe multidisciplinaire (qui comprend les services sociaux à proximité)</p> <p>Les patients pourraient avoir besoin de services de réadaptation spécialisée au moment de leur congé.</p> <p>Les services sociaux et de santé ont besoin d'un plan viable et clair pour gérer les congés, qui comprend la participation du patient.</p> <p>[DoH, 2007]</p>	<p>Il est bénéfique de planifier précocement la transition ou le congé de l'unité d'AVC aigu vers des unités spécialisées de réadaptation ou des services communautaires [HSFO, 2007].</p> <p>Indicateur de qualité des soins non retenu dans cette région</p>	<p>Il faut planifier le congé du patient le plus tôt possible après son admission à l'hôpital.</p> <p>Un congé précoce accompagné d'un suivi et d'une planification de la transition par une équipe interdisciplinaire de spécialistes, bien dotée en ressources et coordonnée est une solution de rechange acceptable à un plus long séjour dans une unité d'AVC [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p>

Tableau D2 (suite)

Australie	Angleterre	Ontario	Recommandations basées sur les données probantes
Utilisation de protocoles			
<p>Protocoles de transfert du patient disponibles aux hôpitaux n'ayant pas d'unité d'AVC</p> <p>Protocoles de triage rapide au service des urgences</p> <p>[NSF, 2008a]</p>	<p>On devrait déterminer des cheminement cliniques clairs pour les patients, ce qui permettrait de gérer les AIT, les AVC légers et les interventions carotidiennes [DoH, 2008].</p>	<p>Protocoles de transport, de triage rapide et de soins en phase aiguë [Kapral <i>et al.</i>, 2009].</p>	<p>Un protocole de transport direct vers l'établissement le plus approprié doit être en place [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>La présence de protocoles, d'ensembles d'ordonnances et de trajectoires ou algorithmes de soins complets, fondés sur les données probantes et adoptés pour guider les soins actifs et de réadaptation, sont considérés comme essentiels à une unité d'AVC aigu [SCAVC, 2009], mais :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'utilisation régulière de cheminement cliniques n'est pas recommandée lorsqu'un modèle de soins multidisciplinaires et bien organisés existe [SIGN, 2008].
Outils			
<p>Utilisation du score de Rankin modifié au congé; aucun autre détail dans les documents consultés</p> <p>[NSF, 2008a].</p>	<p>Utilisation du score de Barthel au congé; aucun autre détail dans les documents consultés</p> <p>[RCP, 2009].</p>	<p>Utilisation du score de Rankin au congé; aucun autre détail dans les documents consultés</p> <p>[Kapral <i>et al.</i>, 2009].</p>	<p>Utilisation fortement recommandée de l'échelle NIHSS pour évaluer la gravité de l'AVC à l'admission (ou au moins dans les 24 heures suivant l'arrivée); utilisation de la MIF bien répandue [Duncan <i>et al.</i>, 2005].</p> <p>Les cliniciens devraient utiliser les outils normalisés et valides pour mesurer les incapacités et l'état fonctionnel du patient [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>Tous les établissements devraient utiliser des outils communs d'évaluation [ISWP, 2008].</p>

Tableau D2 (suite)

Australie	Angleterre	Ontario	Recommandations basées sur les données probantes
Télémédecine			
<p>Recommandée, particulièrement pour la formation continue [NSF, 2009a].</p>	<p>Recours à la télémédecine pouvant être nécessaire pour appuyer les examens d'imagerie dans les unités d'AVC [DoH, 2008].</p> <p>Les réseaux de services intégrant la télémédecine sont particulièrement appropriés dans les régions rurales [DoH, 2007].</p>	<p>Télémédecine : élément essentiel dans le système ontarien de soins en AVC [OSS, 2006].</p>	<p>Dans les milieux sans spécialiste en AVC sur place, une consultation en télémédecine devrait être considérée afin de faciliter le traitement des patients admissibles à la thrombolyse [SIGN, 2008].</p>
Volume de patients (ou masse critique)			
<p>Volume minimal annuel dans les hôpitaux qui doivent avoir une unité d'AVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100 patients admis en raison d'un AVC, en milieu urbain; - 80 patients admis, en milieu rural (moins de 25 000 habitants). <p>[NSF, 2008a]</p>	<p>Aucune mention particulière [DoH, 2007].</p> <p>Solution envisagée : accroître les réseaux de services propres aux AVC, qui offrent des soins à une population de 0,5 à 2 millions de personnes, à l'aide d'une unité d'AVC de soins en phase hyperaiguë et d'un transfert vers les unités de soins de courte durée (qui forment le modèle de réseau en étoile) dans les 48 heures suivant l'AVC [DoH, 2007].</p> <p>Estimations de la charge de travail attendue (p. ex., nombre de scintigraphies cérébrales par semaine) pour une population de 500 000 personnes [DoH, 2008].</p>	<p>Aucune mention particulière dans les documents consultés.</p> <p>Indicateurs cités servant à définir le volume de patients admis pour cause d'AVC par année, dans l'audit provincial [Kapral et al., 2009].</p> <p>Volume annuel de patients : Faible : < 33 patients; Moyen : de 33 à 99 patients; Élevé : ≥ 100 patients.</p>	<p>Une unité (intégrée ou de courte durée) d'au moins 6 lits serait appropriée pour recevoir un volume de cas d'AVC d'environ 100 patients par année (minimum recommandé). Il est recommandé qu'une unité de réadaptation en AVC ait au moins dix lits. Les hôpitaux plus petits pourraient envisager au moins quatre lits [SCAVC, 2009].</p> <p>Voici les volumes minimaux annuels recommandés dans les hôpitaux qui doivent offrir des soins médicaux et de réadaptation dans une unité d'AVC (ou un espace désigné dans une unité générale) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 260 patients admis en raison d'un AVC (dans un bassin de desserte de 180 000 personnes et plus); - 120 patients admis en raison d'un AVC (dans un bassin de desserte de 80 000 à 180 000 personnes) (SF-NZ, 2003).

Tableau D2 (suite)

Australie	Angleterre	Ontario	Recommandations basées sur les données probantes
Assurance de la qualité			
<p>Audits organisationnels et cliniques en 2007 et 2009</p> <p>Le monitoring et l'amélioration de la qualité sont recommandés dans les hôpitaux qui disposent d'unités d'AVC.</p> <p>Quatorze indicateurs clés recommandés pour apprécier la qualité des soins</p> <p>[NSF, 2008a]</p>	<p>Audits organisationnels et cliniques menés tous les deux ans auprès de toutes les organisations (<i>trusters</i>) qui gèrent et supervisent la prestation des services de santé, dont ceux relatifs à l'AVC.</p> <p>Neuf indicateurs clés recommandés pour apprécier la qualité des soins dans les unités d'AVC.</p> <p>[DoH, 2007]</p>	<p>Audits organisationnels et cliniques tous les deux ans.</p> <p>L'audit de l'ICES présente des données sur des indicateurs de qualité des soins (en phase aiguë), mais pour lesquels il n'y a pas encore de norme reconnue [Kapral <i>et al.</i>, 2009].</p>	<p>Parmi les éléments à considérer dans la planification d'une unité d'AVC, la Stratégie canadienne de l'AVC recommande la mise sur pied d'un système continu de mesures et de surveillance et l'utilisation d'indicateurs clés de rendement des processus de soins et des résultats de santé [SCAVC, 2009].</p> <p>Existence d'une banque de données ou d'un registre, ainsi que de comités responsables des programmes d'amélioration de la qualité [Alberts <i>et al.</i>, 2000].</p>

Tableau D3
Critères applicables aux différents centres, selon leur niveau (résumés dans le texte aux tableaux 10 et 11)

R = Requis; S = Souhaitable; s. o. = sans objet (aucune donnée probante dans la littérature consultée)
 TEXTE EN ITALIQUE = détails contextuels ou recommandations, selon le groupe de travail ministériel

	Primaire	Secondaire	Tertiaire
INFRASTRUCTURE			
Organisation			
Définition : <i>Programme structuré et approuvé par les autorités hospitalières.</i>	Centre qui offre des services de santé physique généraux et spécialisés à l'échelle locale ou territoriale Utilisation de la télémédecine dans les régions isolées ou rurales pour ce qui est des soins en phase hyperaiguë (stabilisation médicale et administration de la tPA), suivie d'un transfert sans délai vers un centre secondaire ou tertiaire disposant d'une unité d'AVC Suivi des besoins lors du retour des patients dans leur région d'origine	Centre qui a le personnel, l'infrastructure et les programmes nécessaires pour stabiliser et traiter la plupart des patients aux prises avec un AVC aigu/ un AIT <i>La présence d'un neurologue et l'existence de programmes cliniques en AVC sont des éléments souhaitables.</i>	Centre qui a le personnel, l'infrastructure, l'expertise et les programmes nécessaires pour offrir des services diagnostiques et thérapeutiques aux patients ayant subi un AVC ou un AIT qui requièrent des soins médicaux et chirurgicaux intensifs, des examens ou des interventions spécialisés et surspécialisés <i>Les quatre principaux services thérapeutiques qui distinguent ce centre des autres sont : la neurologie vasculaire, la neuroradiologie d'intervention, la thérapie endovasculaire et la neurochirurgie.</i> <i>Soutien du déploiement du continuum de services en matière d'AVC sur le territoire des RUIS.</i>
Critères de base d'une unité d'AVC : <ul style="list-style-type: none"> • distincte et bien définie; • personnel doté d'une expertise spécialisée en AVC et en réadaptation; • équipe multidisciplinaire coordonnée; • rencontres d'équipe hebdomadaires (au moins); • formation continue de l'équipe au sujet des AVC; • participation des proches aidants, éducation et formation des patients; • utilisation de protocoles d'intervention; • offre de services en réadaptation précoce. 	Centre n'ayant pas d'unité d'AVC	Centre ayant une unité d'AVC qui offre des services courants et spécialisés	Centre ayant une unité d'AVC qui offre des services courants et spécialisés <i>Centre ayant une unité améliorée aux fins du monitoring neurologique</i>

Tableau D3 (suite)

	Primaire	Secondaire	Tertiaire
Services hospitaliers : <ul style="list-style-type: none"> • Service des urgences; • Service de médecine; • Unité de soins intensifs multidisciplinaire; • Service de radiologie; • Centre ambulatoire d'AVC et d'AIT multidisciplinaire*. 	Requis , sauf pour ce qui est du centre ambulatoire	Requis	Requis (le centre ambulatoire est optionnel, selon Alberts <i>et al.</i> , 2005).
Salle d'opération fonctionnelle jour et nuit, tous les jours de la semaine, si le centre offre de la neurochirurgie sur place	s. o.	s. o., mais requis dans les centres secondaires isolés <i>Souhaitable</i>	Requis
Services en réadaptation : <ul style="list-style-type: none"> • Offre de services précoces en réadaptation <i>Accès à un continuum de services spécialisés en réadaptation lors de la phase post-aiguë</i>	Requis	Requis	Requis
Leadership, enseignement, recherche et évaluation des technologies et des modes d'intervention	s. o.	s. o.	Requis

* Trois finalités d'un centre ambulatoire d'AVC et AIT : 1) l'examen rapide des AVC et des AIT (délais d'attente inférieurs à une semaine pour une évaluation; tous les examens devraient être complétés en deux semaines); 2) l'évaluation et la prise en charge des facteurs de risque, au besoin (mise en place des stratégies de traitement, établissement du lien avec les services de première ligne, réadaptation et autres milieux appropriés); 3) le suivi des patients les plus à risque de récurrence, les cas complexes, etc.

Tableau D3 (suite)

Primaire	Secondaire	Tertiaire
Clientèle cible		
<p>Patients ayant subi un AVC ou un AIT, habitant le territoire et qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ont une comorbidité importante, ou • refusent d'aller dans une unité d'AVC, ou • ne peuvent être transportés à un centre secondaire ou tertiaire en moins d'une heure après l'apparition de leurs symptômes, ou • nécessitent une admission aux soins intensifs. 	<p>La plupart des patients ayant subi un AVC ou un AIT, peu importe le territoire d'origine</p>	<p>Patients ayant subi un AVC ou un AIT habitant le territoire ou patients ayant subi un AVC qui présentent un état neurologique complexe (p. ex : AVC ischémique étendu, AVC hémorragique, AVC du tronc cérébral, AVC chez les personnes de moins de 55 ans¹⁸)</p>
Masse critique		
<p>Certaines données probantes montrent que la tPA est plus efficace lorsque l'équipe du service des urgences est chevronnée. Afin que les patients des régions isolées admissibles à la tPA puissent avoir accès au traitement, le recours à la télémédecine est recommandé, car elle fournit un soutien spécialisé à l'équipe locale.</p>	<p>Deux seuils dans la littérature :</p> <ul style="list-style-type: none"> • chaque année, au moins 100 à 120 cas d'AVC hospitalisés, en milieu urbain, et au moins 80 cas, en milieu rural; • au moins quatre à six lits par unité d'AVC intégrée ou qui offre des soins de courte durée; \geq dix lits par unité de réadaptation. 	<p>Au moins 200 patients ayant subi un AVC admis par année</p>

Tableau D3 (suite)

	Primaire	Secondaire	Tertiaire
	<p>Équipe multidisciplinaire en AVC, qui comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un médecin; • des infirmières; • des physiothérapeutes; • des orthophonistes; • des ergothérapeutes; • des travailleurs sociaux. <p>Aucun clinicien spécialisé en AVC ni ressources en neuro-imagerie, mais si la tPA est donnée localement, il est nécessaire d'avoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • du personnel ayant reçu une formation sur l'administration de la tPA à la salle d'urgence; • un accès au soutien par la télé-médecine en lien avec une unité d'AVC pour la décision, l'administration et le suivi; • un technicien/technologue en radiologie sur place (pour la TDM). 	<p>Équipe multidisciplinaire en AVC, qui comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un directeur du centre expert en AVC (R); • un neurologue (S) sur place, jour et nuit, tous les jours de la semaine); • un médecin expert en AVC (R) (S) sur place jour et nuit, tous les jours de la semaine); • un interniste, sur place (S); • des infirmières expertes en AVC (R); • un radiologiste, sur appel (R); • un médecin expert en échographie de la carotide (R); • un médecin expert en échographie Doppler transcrânienne (S); • un médecin expert en échocardiographie (S); • des techniciens en radiologie sur place jour et nuit, tous les jours de la semaine (R); • un médecin expert en réadaptation (S); • des physiothérapeutes : leur intervention débute dans les deux jours suivant l'AVC (R); • des orthophonistes : leur intervention débute dans les deux jours suivant l'AVC (R); • des travailleurs sociaux (R). <p>Si le centre offre de la neurochirurgie sur place, elle doit avoir un neurochirurgien disponible en deux heures (R) (soit en transférant le patient ou en ayant recours à un neurochirurgien, sur appel).</p>	<p>Équipe multidisciplinaire en AVC, qui comprend les professionnels que l'on retrouve dans les centres secondaires, plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un directeur clinique ou coordonnateur du centre (idéalement, un neurologue ou un neurochirurgien) (R); • un directeur infirmier du centre d'AVC (S); • un neurologue, sur place, jour et nuit, tous les jours de la semaine (R); • un médecin expert en AVC, sur place, jour et nuit, tous les jours de la semaine (R); • un médecin expert en échocardiographie (R); • un médecin spécialiste en soins intensifs (R); • un médecin expert en diagnostics et traitements endovasculaires effractifs, sur appel (R); • un neurologue vasculaire (R); • un neuroradiologue d'intervention, sur appel (R); • un neurologue spécialisé en soins intensifs (S); • un neurochirurgien, sur appel, disponible en 30 minutes (R); • un chirurgien vasculaire (R) (expert en endartériectomie carotidienne); • un médecin expert en réadaptation (R); • des ergothérapeutes (R); • un inhalothérapeute (R).

Tableau D3 (suite)

	Primaire	Secondaire	Tertiaire
<p>Cette deuxième série d'informations est le résultat des consultations avec le groupe de travail ministériel</p>	<p>Équipe multidisciplinaire qui doit comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un médecin d'urgence; • Un médecin consacré aux AVC; • Une infirmière; • Des physiothérapeutes; • Des orthophonistes; • Des ergothérapeutes; • Des travailleurs sociaux; • Un nutritionniste. <p>Aucune ressource en neuro-imagerie, mais si la tPA est administrée localement, nécessité d'avoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du personnel ayant reçu une formation sur l'administration de la tPA à la salle d'urgence; • Un accès au soutien par la télémédecine (décision quant à l'administration de la tPA), et • Un technologue en radiologie, sur place (pour la TDM); • Une interprétation de l'imagerie en moins de 15 minutes. 	<p>Équipe multidisciplinaire qui comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La direction du programme médico-administratif, en tandem; • Un médecin d'urgence; • Un neurologue, disponible sur appel en 30 minutes, ou • Un médecin expert en AVC, disponible sur appel en 30 minutes; • Un neurochirurgien disponible en 2 heures (soit sur appel, soit par transfert du patient); • Un médecin expert en échographie de la carotide; • Un spécialiste en radiologie diagnostique, sur appel (pour la lecture); • Un chirurgien vasculaire; • Des techniciens en radiologie, sur place (pour la TDM); • Des infirmières expertes en AVC, jour et nuit, tous les jours de la semaine; • Des physiothérapeutes (disponibles dans les 24 heures suivant la demande); • Des orthophonistes; • Des ergothérapeutes; • Des travailleurs sociaux; • Un professionnel expert en évaluation et en traitement de la dysphagie, disponible en 12 heures (infirmière pour le dépistage; ergothérapeute et (ou) orthophoniste et (ou) nutritionniste pour l'évaluation et le traitement); • Un pharmacien; • Un coordonnateur du plan d'intervention; • L'accès à la neuropsychologie (S). 	<p>Équipe multidisciplinaire qui comprend les professionnels des centres secondaires, plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un neurologue vasculaire disponible sur appel en moins de 30 minutes; • Un neurochirurgien disponible sur appel en moins de 2 heures; • Un médecin expert en échocardiographie trans-œsophagienne ; • Un médecin spécialiste en réadaptation; • Un neuroradiologue d'intervention endovasculaire disponible en 30 minutes ou moins; • Un neuroradiologue, sur appel (S); • Des infirmières spécialisées en formation, enseignement et recherche; • Un technologue en radiologie (pour l'IRM) disponible sur appel en 30 minutes ou moins; • Un neuropsychiatre (S); • Un pharmacien ou un pharmacologue clinicien (enseignement/formation / recherche) (S); • Un neuropsychologue qui alloue du temps à l'unité d'AVC.

Tableau D3 (suite)

	Primaire	Secondaire	Tertiaire
Ratios minimaux de professionnels dans une unité d'AVC de 10 lits (selon des sources diverses) : 0,6 à 2 médecins; 10 à 13 infirmières; 1 à 2 physiothérapeutes ; 1 à 2 ergothérapeutes; 0,2 à 1,2 orthophoniste et 0,6 à 1 travailleur social	s. o.	Requis	Requis
Coordonnateur du plan d'intervention interdisciplinaire			
Un professionnel doit être désigné pour coordonner les soins; celui-ci est responsable d'informer les patients et les proches aidants à propos de la maladie, de la réadaptation, des attentes en matière de récupération et de leur rôle dans le processus, ainsi que de coordonner le congé et le suivi ambulatoire. Pas obligatoirement un infirmier, souvent un travailleur social.	Requis	Requis	Requis

Tableau D3 (suite)

	Primaire	Secondaire	Tertiaire
	Utilisation de protocoles		
<u>Des protocoles concernant les services préhospitaliers et d'urgence :</u>	Requis	Requis	Requis
<ul style="list-style-type: none"> le triage rapide (≤ 10 minutes) et l'évaluation dans les deux milieux <i>avec le même outil</i>; la communication entre les deux milieux; la stabilisation médicale lors du déplacement ambulancier. 	<p>Protocoles de réacheminement du transport par ambulance</p> <p>Protocoles de transfert vers un centre disposant d'une unité d'AVC, à utiliser dans le cas de patients qui arrivent sur pied ou dont l'AVC n'est pas reconnu par les ambulanciers</p>		
<u>Protocoles de soins d'urgence</u> : relatifs à la stabilisation de l'état médical, aux examens diagnostiques initiaux et à l'administration des médicaments (avec ou sans tPA)	Requis , si la tPA est administrée localement	Requis	Requis
<u>Protocoles de transfert interétablissements du patient</u> basés sur les données probantes et mis à jour régulièrement (p. ex., l'accès à l'endartériectomie carotidienne)			
Responsable de la mise à jour annuelle des protocoles utilisés dans le réseau québécois de lutte contre les AVC	s. o.	s. o.	Requis
	Programmes de formation et de recherche		
Prévention primaire de l'AVC dans le milieu de vie	Requis	Requis	Requis
Sensibilisation de la population, <i>en arrimage avec la santé publique</i> : <ul style="list-style-type: none"> - connaître les facteurs de risque; - reconnaître les symptômes d'un AVC. <p>Formation aux patients à propos de leur traitement</p> <p>La certification des outils d'évaluation utilisés est tenue à jour (p. ex., NIHSS, MIF).</p>			

Tableau D3 (suite)

	Primaire	Secondaire	Tertiaire
Élaborer et donner un programme de formation professionnelle portant sur les AVC : au moins quatre heures de formation continue par an aux médecins, et de huit à dix heures à tous les membres du personnel, y compris les infirmières et les intervenants des services préhospitaliers et du service des urgences	s. o., sauf pour ce qui est de la formation portant sur les soins en phase hyperaiguë, si la tPA est administrée localement Souhaitable	Requis (avec la collaboration des centres tertiaires)	Requis
Soutien à la formation			
Programme de recherche en soins relatifs aux AVC	s. o.	s. o.	Requis
Programme de <i>fellowship</i> clinique spécialisé en AVC	Souhaitable (avec la collaboration des centres tertiaires)	Souhaitable (avec la collaboration des centres tertiaires)	
Recherche clinique (y compris les études sur les médicaments)			
Gestion des fonds de recherche			
Recherche fondamentale	s. o.	s. o.	S
Présentation à des conférences nationales		Souhaitable	
Programme de <i>fellowship</i> en recherche sur l'AVC			
Assurance de la qualité			
Comité d'assurance de la qualité qui révise et modifie les pratiques cliniques	Requis	Requis	Requis
Programme officiel d'agrément en lien avec les organismes d'agrément (p. ex., Conseil québécois d'agrément, Agrément Canada)	Requis	Requis	Requis
Participation au registre de données sur les patients ayant subi un AVC ou un AIT	Requis	Requis	Requis
Audits cliniques et organisationnels (selon le niveau de spécialisation du centre) et utilisation d'indicateurs de performance clés	Requis	Requis	Requis

Tableau D3 (suite)

	Primaire	Secondaire	Tertiaire
PHASE PRÉHOSPITALIÈRE (services préhospitaliers et d'urgence)			
<p>Les services préhospitaliers doivent être arrimés aux centres pour faciliter une prise en charge rapide.</p> <p>Activités de formation communes aux deux milieux</p> <p>Réunions conjointes de <i>coordination</i> entre les services préhospitaliers, le service des urgences et l'<i>équipe spécialisée en AVC</i> au moins deux fois par année</p> <p><i>Établissement de protocoles de prise en charge (les centres acceptent les patients en fonction des protocoles définis.)</i></p> <p>Un membre de l'équipe spécialisée en AVC des centres secondaires et tertiaires doit être au chevet du patient au plus tard 15 minutes après avoir été appelé.</p> <p>Transfert de tous les patients ayant subi un AVC aigu vers une unité d'AVC dans les trois heures suivant l'apparition de leurs symptômes. Ceci entraîne un transfert des patients ayant reçu des soins en phase hyperaiguë dans un centre primaire vers un centre d'AVC désigné (secondaire ou tertiaire).</p>	Requis	Requis	Requis
<p><i>Tout patient ayant subi un AVC doit être admis à une unité d'AVC en moins de 24 heures ou en moins d'une heure s'il a reçu la thrombolyse</i></p>	Requis	Requis	Requis
<p>Traitement thrombolytique intraveineux (tPA) d'un AVC aigu jour et nuit, tous les jours de la semaine au service des urgences</p> <p>Délai porte-aiguille ≤ 1 heure pour ce qui est de la tPA intraveineuse</p>	Requis, si la tPA est administrée localement	Requis	Requis
Évaluation initiale d'un accident ischémique transitoire (AIT)			
<p>Évaluation par imagerie dans les 24 heures suivant le début des symptômes [Easton <i>et al.</i>, 2009]</p> <p>Protocole d'évaluation basé sur l'échelle ABCD² ou son équivalent; peut être utilisé pour décider de l'orientation des AIT</p> <p>Chez les bons candidats à la revascularisation carotidienne, l'endarterectomie carotidienne doit être faite le plus rapidement possible, soit dans les deux semaines suivant l'AVC</p>	Requis <i>accès par les corridors de services</i>	Requis <i>accès par les corridors de services</i>	Requis

Tableau D3 (suite)

	Primaire	Secondaire	Tertiaire
PHASE HYPERAIGUÛ – diagnostic et stabilisation de l'état médical			
Techniques diagnostiques			
Examens de laboratoire disponibles jour et nuit, tous les jours de la semaine, complétés au plus 45 minutes après avoir été prescrits	Requis , si la tPA est administrée localement	Requis	Requis
Tomodensitométrie (TDM) disponible jour et nuit, tous les jours de la semaine (priorité pour l'AVC : en 25 minutes ou moins après avoir été prescrite, ou « prochain patient examiné »; interprétation des résultats dans les 20 minutes suivantes)	Requis , si la tPA est administrée localement	Requis	Requis
Examens de laboratoire disponibles jour et nuit, tous les jours de la semaine, complétés dans les 45 minutes après avoir été prescrits			
Échographie Doppler et duplex extra-crânienne	s. o.	Requis (S) : disponible jour et nuit, tous les jours de la semaine	Requis (S) : disponible jour et nuit, tous les jours de la semaine
Échographie Doppler et duplex transcrânienne	s. o.	<i>Souhaitable</i>	Requis (S) : jour et nuit, tous les jours de la semaine
Échocardiographie transthoracique	s. o.	Requis	Requis (S) : jour et nuit, tous les jours de la semaine
Échocardiographie trans-œsophagienne	s. o.	Requis	Requis (S) : jour et nuit, tous les jours de la semaine
Imagerie par résonance magnétique (IRM), IRM avec séquences pondérées en diffusion (<i>diffusion weighted images</i>), ou en perfusion (<i>perfusion weighted images</i>)	s. o.	<i>Souhaitable</i>	Requis , jour et nuit, tous les jours de la semaine
Angiographie-IRM			
Angiographie cérébrale numérisée	s. o.	<i>Souhaitable</i>	Requis , jour et nuit, tous les jours de la semaine
TDM de perfusion	s. o.	s. o.	<i>Souhaitable</i> , jour et nuit, tous les jours de la semaine
Tomographie par émission monophotonique (SPECT)	s. o.	s. o.	S
Tomographie par émission de positons (TEP)	s. o.	s. o.	S
TDM au xénon	s. o.	s. o.	S

Tableau D3 (suite)

	Primaire	Secondaire	Tertiaire
Examens de laboratoire disponibles jour et nuit, tous les jours de la semaine, complétés moins de 45 minutes après avoir été prescrits	Requis , si la tPA est administrée localement	Requis	Requis
<i>Cette deuxième série d'informations est le résultat des consultations auprès du groupe de travail ministériel.</i>			
<i>Tomodensitométrie (TDM) disponible jour et nuit, tous les jours de la semaine (priorité pour l'AVC : en 15 minutes ou moins après avoir été prescrite ou « prochain patient examiné »; les résultats devraient être interprétés dans les 15 minutes).</i>	Requis , si la tPA est administrée localement	Requis	Requis
<i>Angiographie-TDM disponible jour et nuit, tous les jours de la semaine</i>	s. o.	Requis	Requis
<i>Échographie Doppler et duplex extracrânienne</i>	s. o.	Souhaitable	Requis
<i>Échographie Doppler et duplex transcrânienne</i>	s. o.	Requis	Requis
<i>Échocardiographie transthoracique</i>	s. o.	Souhaitable	Requis
<i>Échocardiographie transœsophagienne</i>	s. o.	Souhaitable	Requis
<i>Imagerie par résonance magnétique (IRM) disponible jour et nuit, tous les jours de la semaine, IRM avec séquences pondérées en diffusion, ou en perfusion Angiographie-IRM</i>	s. o.	Souhaitable	Requis
<i>TDM de perfusion</i>	s. o.	Souhaitable	Requis
<i>Tomographie par émission monophotonique (SPECT)</i>	s. o.	s. o.	Souhaitable
<i>Tomographie par émission de positons (TEP)</i>	Requis	Requis	Requis
<i>Électroencéphalogramme (EEG)</i>			
Thérapies			
Traitement thrombolytique intraveineux (tPA) d'un AVC aigu aussitôt que possible et en moins de 2,5 à 4,5 heures suivant le début des symptômes de l'AVC, selon les sources	Requis , pour les régions isolées ou rurales	Requis	Requis
Thrombolyse mécanique ou tPA intra-artérielle disponible jour et nuit, tous les jours de la semaine	s. o.	s. o.	Requis

Tableau D3 (suite)

	Primaire	Secondaire	Tertiaire
Administration d'agents antiplaquettaires aux patients admissibles (selon les résultats de la TDM ou de l'IRM), aussitôt que possible, dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes	Requise	Requise	Requise
Consultation et intervention en neurochirurgie disponibles (p. ex., hémicrânectomie, drainage ventriculaire, endartériectomie carotidienne, évacuation d'un hématome, installation d'un moniteur de pression intracrânienne)	<i>accès dans les deux semaines qui suivent l'AVC par les corridors de services</i>	<i>accès dans les deux semaines qui suivent l'AVC par les corridors de services</i>	Requises
Angioplastie intracrânienne avec stent Angioplastie extracrânienne avec stent	s. o.	s. o.	Souhaitable (R selon Leys et al., 2007) Souhaitable
Monitoring			
Monitoring automatisé : saturation d'oxygène, rythme respiratoire, rythme cardiaque, tension artérielle, température, glycémie	s. o.	Requis	Requis

Tableau D3 (suite)

	Primaire	Secondaire	Tertiaire
Télémédecine			
La télémédecine, qui comprend un centre de référence désigné, peut être utilisée dans certains cas, en raison de fonctions diverses, notamment : 1) appui à la lecture des examens d'imagerie; 2) meilleur accès à la tPA; 3) formation continue; 4) évaluation et interventions de réadaptation lorsque l'accès à une expertise de réadaptation en AVC est limité sur place (s'adresse spécialement aux patients vivant en milieu rural) [NSF, 2010]. Permet un accès à l'expertise jour et nuit	Requis	Requis	Requis (comme référence)
Offre de services de consultation par la télémédecine pour les centres secondaires et primaires	s. o.	s. o.	Requis
PHASE AIGUË – prise en charge, traitement et prévention des complications			
Utilisation des protocoles relatifs à la prise en charge clinique (p. ex., la prescription de traitements antiplaquetaires, d'hypotenseurs et de statines), l'alimentation, l'évaluation (visant p. ex. à déceler la présence de démence, de dépression, de facteurs de risque de récurrence d'AVC), et la prévention des complications (p. ex., une thrombophlébite, une rétention vésicale ou une infection urinaire) Formation offerte au patient et aux proches aidants à propos de la médication et de la prévention	Requis , si le patient n'est pas transféré	Requis	Requis

Tableau D3 (suite)

	Primaire	Secondaire	Tertiaire
	Réadaptation précoce		
Réadaptation précoce incluant la mobilisation rapide par une équipe multidisciplinaire spécialisée aussitôt que possible, soit dès le premier jour dans la plupart des cas	Les patients devraient être transférés, mais la réadaptation précoce est requis chez les patients qui refusent d'être transférés.	Requis	Requis
Évaluation de la dysphagie dans les 12 premières heures suivant l'admission			
Réadaptation dans les 24 premières heures suivant l'admission			
	Participation du patient et des proches aidants		
Participation à toutes les étapes de soins	Requis	Requis	Requis
	Outils d'évaluation		
L'utilisation d'échelles normalisées pour mesurer : <ul style="list-style-type: none"> • l'incapacité et l'état fonctionnel du patient; • la gravité de l'AVC. 	Requis	Requis	Requis
	Congé		
Planification du congé du patient le plus tôt possible après son admission à l'hôpital	Requis	Requis	Requis
Congé rapide avec soutien pour tous les patients qui ont des atteintes légères ou modérées. Cependant, le soutien doit avoir les mêmes éléments de soins coordonnés qu'en milieu hospitalier, dès l'admission.	Requis	Requis	Requis

Annexe E

Évaluation de la qualité des guides de pratique clinique et de la revue systématique utilisés comme sources de données

Guide ou revue	Méthodes	Date de parution	Qualité selon « agree ii »*
<i>National Stroke Foundation</i> [NSF, 2010]	Recherche systématique de la littérature (y compris les recherches qualitatives)	août 2010	excellente
SIGN 118 [SIGN, 2010a]	Recherche systématique de la littérature (y compris les recherches qualitatives)	juin 2010	excellente
SIGN 119 [SIGN, 2010b]	Recherche systématique de la littérature (y compris les recherches qualitatives)	juin 2010	excellente
<i>Royal College of Physicians</i> [ISWP, 2008]	Recherche systématique de la littérature (y compris les recherches qualitatives)	juillet 2008	excellente
SIGN 108 [SIGN, 2008]	Recherche systématique de la littérature (y compris les recherches qualitatives)	décembre 2008	excellente
Stratégie canadienne de l'AVC [Lindsay <i>et al.</i> , 2008]	Recherche systématique des lignes directrices et des articles de recherche originaux	décembre 2008	bonne
<i>Stroke Canada Optimization of Rehabilitation through Evidence</i> [SCORE, 2007]	Recherche systématique des guides, méta-analyses et revues systématiques	août 2007	bonne
ASA/AHA [Duncan <i>et al.</i> , 2005]	Recherche systématique des guides, méta-analyses et revues systématiques	avril 2005	bonne
EBRSR [Teasell et Foley, 2008] (revue)	Recherche systématique des articles de recherche originaux	septembre 2010	excellente*

* La qualité de la revue systématique a été évaluée au moyen de l'outil « AMSTAR ».

Annexe F

Définition des niveaux de preuve et des grades de recommandations

Niveaux de preuve utilisés dans les recommandations de la Stratégie canadienne de l'AVC [Lindsay *et al.*, 2008]

Niveau A	Recommandation solide. Preuves tirées d'essais contrôlés et randomisés ou de méta-analyses d'essais contrôlés et randomisés. Les effets souhaités surpassent nettement les effets indésirables, ou vice versa.
Niveau B	Essai contrôlé et randomisé simple ou étude d'observation bien conçue, donnant des preuves solides; étude de cohorte ou étude analytique avec cas-témoins bien conçues; séries chronologiques multiples; résultats déterminants d'une expérience non contrôlée. Les effets souhaités et les effets indésirables s'équivalent.
Niveau C	Au moins une étude descriptive non expérimentale bien conçue (p. ex., études comparatives, études de corrélation, études de cas) ou rapports de comités d'experts, opinions et(ou) expériences de sommités, y compris les consensus au sein de groupes de rédacteurs et (ou) d'examineurs.

Niveaux de preuve utilisés dans les recommandations du *Stroke Canada Optimization of Rehabilitation through Evidence* [SCORE, 2007]

Niveau A	Au moins un essai contrôlé randomisé, une méta-analyse, ou une revue systématique
Niveau B	Au moins une étude comparative de cohortes, des séries de cas ou tout autre type d'étude expérimentale
Niveau C	Avis d'experts, expérience d'un panel de consensus
Aucun	Aucune preuve fournie

Grades (catégories) de recommandations et niveaux de preuves utilisés par l'*American Heart Association* et l'*American Stroke Association* [Schwamm *et al.*, 2009a]

Grades de recommandations

Catégorie I	Affections pour lesquelles il a été démontré, preuve et (ou) commun accord à l'appui, que l'intervention ou le traitement est utile et efficace.
Catégorie II	Affections pour lesquelles il existe des preuves contradictoires et (ou) une divergence d'opinions au sujet de l'utilité/de l'efficacité d'une intervention ou d'un traitement.
Catégorie IIa	Le poids de la preuve ou l'avis d'experts appuie l'intervention ou le traitement.
Catégorie IIb	Difficulté à démontrer l'utilité/l'efficacité d'une intervention ou d'un traitement par des preuves ou des avis d'experts.
Catégorie III	Affections pour lesquelles il a été démontré, preuve et (ou) commun accord à l'appui, que l'intervention ou le traitement n'est pas utile ou efficace, et dans certains cas, pourrait même avoir un effet nocif.

Niveaux de preuve

Recommandations en matière de traitement

Niveau A	Données issues de multiples essais cliniques randomisés
Niveau B	Données issues d'études non randomisées ou d'un seul essai randomisé
Niveau C	Consensus d'experts

Recommandations en matière de diagnostic

Niveau A	Données issues de multiples études prospectives de cohorte ayant recours à un étalon de référence, appliqué en insu par un évaluateur
Niveau B	Données issues d'une seule étude de niveau A ou au moins une étude cas/témoins ou une étude ayant recours à un étalon de référence, appliqué par un évaluateur, sans insu
Niveau C	Consensus d'experts

Classification de la preuve des études de concordance

Niveau A	Étude prospective En insu Gamme étendue ou représentative de sujets Évaluation complète Description appropriée du test et de l'étalon de référence Description appropriée des résultats du test et des conclusions de l'étude
Niveau B	Au moins un des éléments suivants : Étude rétrospective Sans insu Gamme étroite de sujets Évaluation incomplète Description inappropriée du test et de l'étalon de référence Description inappropriée des résultats du test et des conclusions de l'étude
Niveau C	Au moins deux des éléments suivants : Étude rétrospective Sans insu Gamme étroite de sujets Évaluation incomplète Description inappropriée du test et de l'étalon de référence Description inappropriée des résultats du test et des conclusions de l'étude

Annexe G

Réadaptation

Tableau G

Politiques et recommandations en matière de services de réadaptation, en phase post-aiguë (résumées dans le texte au tableau 7)

Australie source : [NSF, 2006]	Angleterre source : [DoH, 2007]	Ontario source : [HSFO, 2007]	Recommandations basées sur les données probantes sources : voir le texte
Organisation			
<p>Le cheminement clinique propre aux AVC, ou « filière de soins AVC » (<i>stroke pathway</i>) comprend trois phases de réadaptation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) phase aiguë et réadaptation précoce; 2) réadaptation continue (<i>ongoing rehabilitation</i>), offerte par une équipe multidisciplinaire dans le but d'atteindre les objectifs qu'ont définis le patient et l'équipe; et 3) réinsertion dans le milieu de vie (<i>living with stroke in the community</i>), qui comprend un suivi régulier par un membre de l'équipe spécialisée en AVC. <p>Au congé de l'établissement de soins de courte durée, le transfert peut se faire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vers une unité hospitalière de réadaptation; • vers le domicile, avec ou sans services de soutien, mais en intégrant la réadaptation au domicile, ou la réadaptation ambulatoire en hôpital de jour ou dans un centre local de réadaptation ; • vers des soins temporaires ou de transition, en prévoyant une révision périodique des besoins et un transfert, si besoin est, vers un centre d'hébergement et de soins prolongés; • vers un centre d'hébergement et de soins de longue durée (<i>residential care</i>). 	<p>Les soins en réadaptation devraient être coordonnés et offerts par des spécialistes en AVC. La réadaptation comporte de multiples facettes, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la mobilité, la communication, les activités de la vie quotidienne, la déglutition, la nutrition, la cognition, la santé mentale, la vision, la continence et les relations humaines. <p>Pour offrir des soins hospitaliers en AVC, un milieu propice à la réadaptation est requis.</p> <p>Les lits des unités de soins généraux et intermédiaires (plutôt que la réadaptation dans une unité d'AVC) peuvent convenir dans certains contextes comme dans les régions rurales où les patients pourraient bénéficier du fait d'être près de leur domicile.</p> <p>L'accès à des services de réadaptation spécialisée est aussi important pour ceux qui ne bénéficient pas de soins intermédiaires (en établissement) et pourrait être requis suivant un « congé précoce avec soutien ».</p> <p>Il est nécessaire d'offrir des services communautaires multidisciplinaires et flexibles (p. ex., évaluation de la capacité à conduire un véhicule et adaptation du véhicule, adaptation du domicile, programmes de retour au travail).</p>	<p>La réadaptation complète (<i>comprehensive</i>) comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la promotion de la santé; • la prévention secondaire et tertiaire; • les soins de courte durée (dans les centres hospitaliers); • la réadaptation en établissement; • le diagnostic et l'évaluation tout au long du cheminement clinique; • la réintégration dans le milieu de vie; • les services de réadaptation externes. <p>La réadaptation est un long processus comprenant plusieurs composantes décrites selon : l'intensité (faible ou élevée), la durée (longue ou courte) et la nature des services (réadaptation de longue durée ou fonctionnelle).</p> <p>Les services de réadaptation en établissement doivent fournir des soins complets, coordonnés et basés sur les données probantes, dans une unité de réadaptation d'AVC ou une unité distincte et bien définie.</p>	<p>« Tous les patients qui sont hospitalisés et qui ont besoin de réadaptation devraient être soignés dans une unité d'AVC complète ou une unité de réadaptation post-AVC par une équipe interdisciplinaire [niveau de preuve A] dont les services sont coordonnés et organisés [niveau de preuve A] » (SC-AVC, 5.2) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>Lorsqu'il n'est pas possible d'admettre le patient dans une unité de réadaptation consacrée aux AVC, la réadaptation dans une unité de réadaptation générale (c'est-à-dire qui offre des services interdisciplinaires à une clientèle dont l'incapacité résulte de divers troubles, dont l'AVC) constitue une deuxième option, moins favorable [niveau de preuve B] (SC-AVC, 5.2) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>Après avoir obtenu leur congé de l'hôpital, les personnes qui ont subi un AVC devraient continuer d'avoir accès à des soins spécialisés et à des services de réadaptation appropriés à leurs besoins [niveau de preuve A] (SC-AVC, 5.4) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>Ces soins spécialisés et services de réadaptation propres aux AVC peuvent être fournis en ambulatorio, en hôpital de jour, à domicile ou selon d'autres modalités appropriées (SC-AVC, 5-4) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p>

Tableau G (suite)

Australie source : [NSF, 2006]	Angleterre source : [DoH, 2007]	Ontario source : [HSFO, 2007]	Recommandations basées sur les données probantes sources : voir le texte
Mandat			
<p>La réadaptation continue a pour but de restaurer les capacités fonctionnelles ou d'éviter la détérioration, afin d'atteindre le plus haut niveau d'autonomie physique, psychologique, sociale et économique possible.</p> <p>Le document « filière de soins AVC » a pour objectif de faciliter la transition des personnes ayant subi un AVC et vivant avec des séquelles y étant reliées, de la phase aiguë à la réadaptation et jusqu'au moment où ils retourneront dans leur milieu de vie.</p>	<p>Veiller à offrir le bon type et le bon niveau de soutien aux patients qui ont eu un AVC, de même qu'à leurs familles et à leurs proches aidants.</p>	<p>Offrir en temps opportun des services de réadaptation d'intensité et de durée appropriées aux personnes ayant subi un AVC.</p> <p>Ces services intégrés et continus seront fournis aux patients et à leurs familles par des organismes et des professionnels experts dont la pratique est fondée sur les principes de la réadaptation.</p> <p>Les soins en réadaptation devraient être disponibles le plus près possible du domicile.</p> <p>La réadaptation est un processus progressif, dynamique et orienté vers des objectifs précis. La réadaptation vise à permettre à un patient ayant des déficiences ou des incapacités d'atteindre un niveau de fonctionnement physique, émotif et social optimal. Elle est offerte dans des milieux de soins variés et à diverses étapes de la récupération.</p>	<p>La réadaptation a pour but de rehausser la qualité de vie et l'autonomie, de réduire l'incapacité et d'améliorer l'état fonctionnel [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>Le rôle principal de la réadaptation est de prévenir les complications, de minimiser les incapacités et de maximiser les capacités fonctionnelles [Duncan <i>et al.</i>, 2005].</p>
Clientèle cible			
Toute personne ayant subi un AVC et sa famille	Toute personne ayant subi un AVC et sa famille	Toute personne ayant subi un AVC et sa famille	Toute personne ayant subi un AVC et sa famille

Tableau G (suite)

Australie source : [NSF, 2006]	Angleterre source : [DoH, 2007]	Ontario source : [HSFO, 2007]	Recommandations basées sur les données probantes sources : voir le texte
<p>C'est idéalement une équipe multidisciplinaire qui donne les soins de réadaptation.</p> <p>Advenant l'absence d'une équipe désignée, les professionnels de diverses disciplines devraient se rencontrer pour élaborer des protocoles de soins coordonnés.</p> <p>Lorsque le professionnel indiqué n'est pas disponible, des ententes officielles devraient être conclues avec d'autres établissements afin d'obtenir le service désiré.</p> <p>Une orientation vers une équipe spécialisée de réadaptation en neurologie peut s'avérer nécessaire.</p> <p>Une orientation vers d'autres services spécialisés peut être requise durant la phase de réadaptation continue, ce qui inclut les professionnels suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un spécialiste de la réadaptation en AVC; - une infirmière; - un physiothérapeute; - un ergothérapeute; - un orthophoniste; - un nutritionniste; - un travailleur social; - un psychologue; - un neuropsychologue; - un pharmacien; et - un spécialiste des soins palliatifs. <p>Cette orientation sera prise en compte dans le plan de soins interdisciplinaires élaboré lors du congé.</p>	<p>Une équipe interprofessionnelle et interétablissements ayant une expertise en AVC devrait offrir des services de haute qualité à toutes les étapes du cheminement clinique propre aux AVC.</p> <p>La configuration des équipes est moins importante que le fait de veiller à ce qu'elles soient multidisciplinaires et que tout le personnel ait l'expertise spécialisée requise pour aider à la réadaptation du patient.</p> <p>Cette expertise englobe la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, de même que la podiatrie, les services en incontinence et les services de proximité en santé mentale.</p> <p>En plus des services de réadaptation, il existe un besoin en services communautaires (p. ex., groupes de soutien, formation offerte au patient et aux proches aidants, activités d'autogestion, séances d'exercices).</p> <p>Les organismes de soutien bénévoles et communautaires spécialisés en AVC (p. ex., groupes de personnes qui ont souffert d'un AVC) sont également importants, en particulier en ce qui a trait aux soins personnels.</p>	<p>Un professionnel de la réadaptation est un professionnel de la santé qui a reçu une formation en réadaptation (infirmière, physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychiatre ou travailleur social).</p> <p>L'équipe interprofessionnelle comprend le patient, la famille et les proches aidants ainsi que les professionnels de la réadaptation qui travaillent en collaboration avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un médecin de famille; - un psychiatre; - une infirmière en réadaptation; - une infirmière; - un physiothérapeute; - un ergothérapeute; - un orthophoniste; et - un travailleur social. <p>L'équipe doit avoir accès à un psychologue, un récréothérapeute, un aumônier, un diététiste, un pharmacien, un responsable de la planification du congé et à d'autres conseillers.</p>	<p>« L'équipe interdisciplinaire pourrait comprendre un médecin, une infirmière, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste, un psychologue, un thérapeute en loisirs, le patient, la famille et les soignants [niveau de preuve A] » (SC-AVC, 5.2) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>« Les soins devraient être dispensés par des spécialistes de diverses disciplines, expérimentés dans ce domaine [niveau de preuve C] » (SC-AVC, 5.2) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>La dotation typique relative à une unité de réadaptation de 13 à 15 lits est de :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 à 1,3 ergothérapeutes; 0,2 à 0,6 orthophoniste; 1 à 2 physiothérapeutes,; 3 à 4 infirmières; 0,6 médecin; et 0,4 à 0,6 travailleur social [Langhorne et Pollock, 2002].

Tableau G (suite)

Australie source : [NSF, 2006]	Angleterre source : [DoH, 2007]	Ontario source : [HSFO, 2007]	Recommandations basées sur les données probantes sources : voir le texte
Coordination des soins			
<p>Lors de la phase de réadaptation continue, un gestionnaire de cas peut être désigné pour rencontrer le patient et ses proches aidants et faire le lien avec l'équipe multidisciplinaire.</p> <p>Les processus servant à faciliter la coordination peuvent inclure des rencontres régulières de l'équipe avec le patient et sa famille, aux fins de suivi et de planification du congé.</p> <p>Après la phase de réadaptation continue et avant la phase de réinsertion sociale, les éléments suivants sont utiles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - liaison avec les intervenants locaux; - personne-ressource à l'hôpital ou se trouvant à proximité pour répondre aux questions; - communication avec un agent de liaison ou de soutien aux familles. <p>Lors de la réinsertion dans le milieu de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des rencontres régulières avec le patient et sa famille ont lieu; - un membre de l'équipe s'occupe d'effectuer un suivi régulier; - la coordination des soins peut comprendre la participation d'un omnipraticien. 	<p>La coordination des soins est essentielle (à partir du premier contact avec les services de santé, dans la prestation des soins primaires, secondaires et tertiaires et jusqu'aux services sociaux, au logement et au soutien des organismes bénévoles), en particulier lors de la planification du congé d'un centre hospitalier et du soutien dans le milieu de vie.</p> <p>Une approche réseau pourrait améliorer la planification et l'offre de services.</p> <p>Des partenariats entre les services sociaux et les services de santé devraient être bien coordonnés.</p> <p>Lors du transfert d'une unité d'AVC vers une unité de soins hospitaliers intermédiaires, les professionnels ayant une expertise en AVC devraient faire partie de l'équipe de réadaptation. De plus, cet apport spécialisé est nécessaire pour suivre de près la gestion et le retour du patient à l'unité spécialisée, au besoin.</p>	<p>On recommande une coordination des soins dans le continuum, particulièrement pour faciliter l'accès aux services locaux de réadaptation.</p> <p>Les équipes interprofessionnelles facilitent les liens entre le patient et sa famille avec les services locaux, y compris l'accès au médecin de famille, à un service de gestion de cas ou de « navigation » dans le système de santé, etc.</p>	<p>Un professionnel de la santé devrait être responsable de la coordination du congé [grade : bonne pratique] (13.1.2) [SIGN, 2008].</p> <p>Envisager la désignation d'un membre de l'équipe qui sera responsable d'informer le patient et sa famille/les proches aidants au sujet de la maladie, de la réadaptation, des attentes en matière de récupération et de leurs rôles dans le processus de réadaptation [grade C] [Duncan <i>et al.</i>, 2005].</p> <p>« L'équipe devrait tenir une réunion formelle interdisciplinaire au moins une fois par semaine [niveau de preuve B] » [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>Tout transfert entre les différentes équipes et les différentes organisations devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avoir lieu au moment approprié, sans délai; - ne pas requérir que le patient donne à nouveau des informations déjà fournies (toute l'information pertinente doit être transférée); - poursuivre l'ensemble d'objectifs communs centrés sur le patient (3.6.1) [ISWP, 2008]. <p>Tout organisme et équipe régulièrement engagés dans les soins de l'AVC devrait utiliser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un ensemble commun d'outils de cueillette de données; - une terminologie commune; - une structure et un contenu commun dans les documents <p>(3.6.1) [ISWP, 2008].</p>

Tableau G (suite)

Australie source : [NSF, 2006]	Angleterre source : [DoH, 2007]	Ontario source : [HSFO, 2007]	Recommandations basées sur les données probantes sources : voir le texte
<p>Durant les phases aiguë et de réadaptation précoce, il est recommandé d'effectuer une évaluation de diverses capacités fonctionnelles (continence, déglutition, nutrition, communication, mobilité et aspects psychosociaux).</p> <p>Durant la phase de réadaptation continue, il est recommandé d'effectuer une évaluation multidisciplinaire (activités de la vie quotidienne ou AVQ, motricité, cognition, communication, déglutition, nutrition, humeur, continence et besoins médicaux).</p> <p>Une évaluation exhaustive est recommandée à certains patients, particulièrement ceux qui reçoivent des soins à domicile (p. ex., humeur, activités de loisirs, conduite, sexualité, retour au travail, répété tant pour les patients que pour les proches aidants).</p> <p>Durant la phase de réinsertion dans le milieu de vie, un protocole doit être mis en place pour assurer qu'un membre désigné de l'équipe fasse une évaluation périodique (par exemple aux six mois et (ou) au moyen du soutien téléphonique).</p>	<p>Les patients ayant subi un AVC ont besoin d'une évaluation multidisciplinaire précoce, qui comprend la reconnaissance des problèmes cognitifs et des problèmes de perception.</p> <p>Les patients ayant subi un AVC et leurs proches aidants devraient se voir offrir par les services de première ligne un examen de leurs besoins en matière de services de santé, de services sociaux et sur le plan de la prévention secondaire dans les six semaines, puis dans les six mois suivant le congé du centre hospitalier, et ensuite, chaque année.</p>	<p>Une évaluation initiale précoce aux fins de réadaptation devrait être menée par les professionnels appropriés de la réadaptation, le plus rapidement possible après l'admission, dans les 24 à 48 heures (ou dans les deux premières semaines suivant l'AVC, s'il n'y a pas d'hospitalisation).</p> <p>Les incapacités attribuables à l'AVC et le statut fonctionnel devraient être évalués au moyen d'instruments validés et normalisés. Chaque patient doit être évalué avant son congé ou transfert.</p> <p>Il y a trois étapes menant à la prestation des services : 1) trier et évaluer; 2) définir les besoins; 3) orienter ou transférer.</p> <p>L'évaluation (servant à déterminer si le patient peut bénéficier de la réadaptation, s'il est prêt pour la réadaptation suivant la phase aiguë et vers quel milieu de soins il doit être dirigé) doit se faire de façon systématique.</p> <p>Un algorithme est présenté dans le document.</p>	<p>Critères d'admission</p> <p>La personne présente un potentiel de récupération, ne peut retourner dans son milieu naturel dans l'immédiat sans réadaptation, et son état médical est stable [ASSS Montréal, 2007].</p> <p>Critères de fin d'intervention</p> <p>« La personne est en mesure d'intégrer un milieu de vie de façon sécuritaire avec ou sans aide, et peut lorsque requis, recevoir des services de réadaptation sur une base externe » [ASSS Montréal, 2007].</p>
Évaluation			<p>« Tous les patients victimes d'un AVC aigu qui sont hospitalisés devraient subir une évaluation initiale par des professionnels de la réadaptation aussitôt que possible après leur admission [niveau de preuve A], de préférence dans les premières 24 à 48 heures [niveau de preuve C] » (SC-AVC, 5.1) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>« Tous les patients victimes d'un AVC aigu qui ont des incapacités liées à l'AVC et qui ne sont pas admis à l'hôpital devraient subir une évaluation complète en clinique externe. Cette évaluation comprend une évaluation cognitive, le dépistage de la dépression, une vérification de l'aptitude à conduire, de même que des évaluations fonctionnelles [niveau de preuve A], préférentiellement dans les deux semaines [niveau de preuve C] » (SC-AVC, 5.1) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>« Les personnes qui ont subi un AVC et vivent dans leur domicile devraient faire l'objet d'une évaluation de suivi périodique et continue » (SC-AVC, 5.5) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p>

Tableau G (suite)

<p>Australie source : [NSF, 2006]</p>	<p>Angleterre source : [DoH, 2007]</p>	<p>Ontario source : [HSFO, 2007]</p>	<p>Recommandations basées sur les données probantes sources : voir le texte</p>
		<p>La réévaluation est obligatoire et doit se faire de façon périodique, à six semaines, à trois mois et chaque année, au besoin. La consultation en réadaptation professionnelle est aussi importante, surtout chez les plus jeunes patients.</p>	<p>« Les besoins individuels psychosociaux et de soutien des survivants de l'AVC et de leurs soignants devraient être réévalués périodiquement [niveau de preuve A] » (SC-AVC, 5.5) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008]</p> <p>Tous les patients devraient être évalués afin de dépister la présence de dépression, de déficits moteurs, sensoriels et cognitifs, de troubles de la communication et de dysphagie, et devraient être formellement évalués par le clinicien approprié s'il y a déficit [grade C] [Duncan <i>et al.</i>, 2005].</p> <p>« Les cliniciens devraient utiliser les outils d'évaluation validés normalisés pour déterminer les incapacités reliées à l'AVC et l'état fonctionnel du patient [niveau de preuve C] » (SC-AVC, 5.2) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>Tous les établissements offrant régulièrement des soins en matière d'AVC devraient utiliser un groupe commun d'outils d'évaluation et les documents devraient avoir la même mise en page [niveau de preuve : consensus] (3.6.1) [ISWP, 2008].</p> <p>La capacité de prédire le pronostic d'un ACV est pratiquement équivalente d'une échelle à l'autre (quatre échelles comparées) pour ce qui est de la catégorisation de sa gravité (légère, modérée ou grave) [Govan <i>et al.</i>, 2009].</p> <p>La fiabilité interjuges de la <i>Canadian Neurological Scale</i> est supérieure [Bushnell <i>et al.</i>, 2001], mais l'échelle « NIHSS » est utilisée internationalement et est recommandé par plusieurs organismes [Lindsay <i>et al.</i>, 2008; Duncan <i>et al.</i>, 2005].</p>

Tableau G (suite)

Australie source : [NSF, 2006]	Angleterre source : [DoH, 2007]	Ontario source : [HSFO, 2007]	Recommandations basées sur les données probantes sources : voir le texte
<p>Dysphagie</p> <p>Les différents documents consultés ne font aucune mention particulière de la dysphagie, mais des données probantes ont été relevées.</p> <p>« Chez les patients victimes d'un AVC, il faut vérifier la capacité de déglutir en utilisant un protocole simple, valide et fiable, applicable au chevet, dans le cadre de l'évaluation initiale et avant de commencer à administrer des médicaments, des liquides ou des aliments par la bouche [niveau de preuve B] » (SC-AVC 6.1) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>« Les patients victimes d'AVC qui présentent des caractéristiques de dysphagie ou d'aspiration pulmonaire doivent subir un examen clinique complet de leur capacité de déglutition par un orthophoniste ou un spécialiste dûment formé qui pourrait donner son opinion, à savoir si le patient est capable d'avaler sans danger et s'il faut modifier la consistance des aliments et des liquides qu'il prend [niveau de preuve A] » (SC-AVC 6.1) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>Le dépistage de la dysphagie devrait être fait par un orthophoniste ou un autre professionnel dûment formé, si l'orthophoniste n'est pas disponible [grade I] [Duncan <i>et al.</i>, 2005].</p> <p>L'examen vidéofluoroscopique et l'évaluation endoscopique à fibre optique sont deux méthodes valides d'évaluation de la dysphagie. Le clinicien doit choisir laquelle est la plus appropriée, selon le patient et le milieu [grade C] [SIGN, 2010b].</p> <p>Des critères normalisés devraient être établis pour l'interprétation des résultats des évaluations radiologiques et par fibre optique [grade D] [SIGN, 2010b].</p>			

Tableau G (suite)

<p>Australie source : [NSF, 2006]</p>	<p>Angleterre source : [DoH, 2007]</p>	<p>Ontario source : [HSFO, 2007]</p>	<p>Recommandations basées sur les données probantes sources : voir le texte</p>
<p>Choix du moment du début de la réadaptation et intensité des services</p>			
<p>La réadaptation débute précocement, avec l'évaluation de diverses capacités fonctionnelles.</p>	<p>Des soins de réadaptation de haute qualité devraient être disponibles dès que possible après un AVC, et ce, aussi longtemps que nécessaire.</p>	<p>La réadaptation doit débuter immédiatement après l'AVC, lors des soins en phase aiguë. La réadaptation en phase post-aiguë peut débuter seulement lorsque l'état médical du patient est stable. Le délai entre le moment où le patient est physiquement prêt à commencer la réadaptation et les traitements appropriés ne doit pas dépasser deux jours ouvrables si les soins sont offerts en établissement, et cinq jours ouvrables, s'ils sont donnés en milieu ambulatoire ou à domicile. Le patient qui survit à un AVC recevra des soins d'intensité et de durée appropriés, correspondant à ses besoins et à son seuil de tolérance. Le patient qui survit à un AVC léger, une fois de retour dans son milieu de vie, recevra des services ambulatoires d'une heure de chaque thérapie appropriée, de deux à cinq fois semaine, selon son seuil de tolérance et ses besoins. Le patient qui survit à un AVC modéré recevra au moins une heure de chaque thérapie appropriée, au moins cinq fois par semaine, que fournira l'équipe interprofessionnelle consacrée aux AVC, selon son seuil de tolérance et ses besoins. Le patient qui survit à un AVC grave et qui est prêt pour la réadaptation recevra des soins de fréquence et de durée adaptées à sa tolérance et à ses besoins; la fréquence et la durée seront augmentées jusqu'à ce que le patient puisse atteindre le niveau de soins relatif à un AVC modéré.</p>	<p>« Tous les patients ayant eu un AVC devraient commencer une réadaptation le plus tôt possible une fois leur état médical stabilisé » (SC-AVC, 5.3) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008]. Dans le cadre de leur plan de traitement individualisé, les patients qui ont subi un AVC devraient recevoir au moins trois heures de thérapie axée sur la réalisation de tâches spécifiques sous la direction de l'équipe interprofessionnelle de soins en matière d'AVC, et ce, au moins cinq jours par semaine [niveau de preuve A] [Lindsay <i>et al.</i>, 2010]. D'autre part, un autre groupe recommande au moins deux heures de thérapie par jour [niveau de preuve C] [SCORE, 2007]. L'équipe devrait promouvoir la pratique des habiletés acquises en thérapie dans les activités quotidiennes du patient [niveau de preuve A] (SC-AVC, 5.3) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008]. Le patient doit participer tous les jours de la semaine à la quantité maximale d'activités qu'il est mesuré de tolérer pour atteindre les objectifs de sa réadaptation [Stroke Foundation New Zealand, 2003].</p>

Tableau G (suite)

<p>Australie source : [NSF, 2006]</p>	<p>Angleterre source : [DoH, 2007]</p>	<p>Ontario source : [HSFO, 2007]</p>	<p>Recommandations basées sur les données probantes sources : voir le texte</p>
<p>Participation et soutien des proches aidants</p>			
<p>La « filière de soins AVC » recommande que le patient, sa famille et les proches aidants reçoivent de l'information et du soutien tout au long du processus de soins (y compris pendant la réadaptation). Le soutien peut inclure de la formation aux proches aidants, du counseling familial et de l'information au sujet des groupes communautaires. Les proches aidants sont mentionnés dans les rencontres de l'équipe avec le patient en réadaptation continue, lors du retour dans son milieu et pour évaluer ses besoins de répit.</p>	<p>Participation promue afin d'inclure les proches aidants dans la préparation d'un plan individuel de réadaptation flexible et personnalisé. Les patients ayant subi un AVC et leurs proches aidants bénéficient d'un soutien constant pour ce qui est de l'accès à l'information relative à leur état et à toute la gamme de services de soins de santé, de services sociaux et autres. Les membres de la famille et les amis qui prennent soin d'une personne ayant subi un AVC ont droit à une évaluation de leurs propres besoins et peuvent bénéficier de services de soutien à long terme.</p>	<p>De l'information et de la formation devraient être fournies aux patients, à leur famille et aux proches aidants, et ce, à toutes les étapes de soins. L'information et la formation devraient être interactives, opportunes, à jour et fournies au moyen d'outils adaptés aux usagers. Des services de répit offerts aux proches aidants dans leur milieu de vie sont recommandés.</p>	<p>« Il faut établir un processus pour assurer la participation des patients et des [proches aidants] à l'élaboration du plan de soins, à sa gestion et à la planification du congé [niveau de preuve C] » (SC-AVC, 4.2) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008]. Les cinq plus importants sujets sur lesquels les patients et les proches aidants veulent recevoir de l'information sont : l'information médicale, les conséquences d'un AVC, les expériences d'autres patients et proches aidants, la récupération à domicile à la suite d'un AVC et des conseils aux conjoints et aux membres de leur réseau social [SIGN, 2008]. Les proches aidants des patients incapables de se transférer seuls devraient recevoir une formation pratique sur les techniques de déplacement et de manipulation et sur l'utilisation d'équipements pour qu'ils soient capables, démonstration à l'appui, de transférer et d'installer les patients de façon sécuritaire à domicile (3.7.1) [ISWP, 2008]. Les patients qui ont subi un AVC et leur famille devraient recevoir de l'information à jour et opportune, conjugée à la possibilité de faire de nouveaux apprentissages, des membres de l'équipe interdisciplinaire et d'autres intervenants appropriés des services de proximité [niveau de preuve A] (SC-AVC, 5.5) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p>

Tableau G (suite)

<p>Australie source : [NSF, 2006]</p>	<p>Angleterre source : [DoH, 2007]</p>	<p>Ontario source : [HSFO, 2007]</p>	<p>Recommandations basées sur les données probantes sources : voir le texte</p>
			<p>« Il faudrait offrir aux patients et à leurs proches aidants des programmes d'éducation pour les aider à s'adapter à leur nouveau rôle [niveau de preuve B] » (SC-AVC, 5.5) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>La formation des proches aidants doit inclure de l'information sur les causes et conséquences des AVC, ainsi que sur les objectifs, le processus et le pronostic de la réadaptation. Les aidants doivent recevoir de la formation à propos des techniques et des approches de solution de problèmes. La seule remise de matériel écrit ne suffit pas [niveau de preuve A] [SCORE, 2007].</p> <p>Les patients et leurs proches aidants devraient participer, tôt et activement, au processus de réadaptation [grade B] (3.3.2) [SIGN, 2010a].</p> <p>Les désirs et attentes du patient doivent être pris en considération et ce dernier doit participer à l'établissement des objectifs de l'intervention [niveau de preuve : consensus] (3.11.1) [ISWP, 2008]</p> <p>« Les personnes qui ont subi un AVC et vivent dans leur domicile devraient faire l'objet d'une évaluation de suivi périodique et continue » (SC-AVC, 5.5) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p>

Tableau G (suite)

<p>Australie source : [NSF, 2006]</p>	<p>Angleterre source : [DoH, 2007]</p>	<p>Ontario source : [HSFO, 2007]</p>	<p>Recommandations basées sur les données probantes sources : voir le texte</p>
<p>Le congé précoce des soins de courte durée et de la réadaptation continue est recommandé.</p> <p>La planification du congé des soins de courte durée comprend</p> <ul style="list-style-type: none"> - les services de proximité et (ou) de réadaptation continue; - une visite à domicile par un ergothérapeute; - les modifications du domicile, la fourniture d'aides techniques ou d'équipements, et la formation; - l'élaboration d'un plan d'intervention multidisciplinaire postcongé - de l'information provenant de l'omnipraticien, des autres intervenants de première ligne et des services de proximité sur le plan d'intervention postcongé. <p>La planification du congé des soins de réadaptation continue inclut les éléments mentionnés ci-dessus ainsi que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des services de réadaptation à l'hôpital en ambulatoire, à l'hôpital de jour, dans des centres de réadaptation ou à domicile; - une révision régulière par un membre de l'équipe en AVC. 	<p>Les services sociaux et les services de santé, de concert avec les autres services (p. ex., transport et logement), devraient planifier de façon claire et réaliste le congé du patient, en l'engageant pleinement (et en faisant participer sa famille, au besoin) dans cette démarche.</p> <p>Le fait d'inclure les travailleurs sociaux dans l'équipe multidisciplinaire à un stade précoce contribue à faciliter le transfert du patient d'une unité de soins à une autre sans briser la continuité des services.</p> <p>Les patients devraient connaître quels arrangements ont été pris en matière de soins continus, de soutien et de réadaptation, et savoir comment accéder à des renseignements et à des conseils.</p> <p>Un « congé précoce avec soutien » devrait faire en sorte que le patient soit confié à une équipe multidisciplinaire polyvalente composée de spécialistes en AVC (y compris les services sociaux), offrant un traitement d'intensité similaire à celle d'une unité d'AVC.</p>	<p>L'équipe interprofessionnelle de soins responsable de la réadaptation en phase posttaiguë devrait pouvoir compter sur un responsable de la planification du congé.</p> <p>Un plan de réadaptation complet devrait être élaboré avec chaque personne qui a subi un AVC et inclure, dans la mesure du possible, la planification du congé précoce.</p>	<p>« Il faut planifier le plus tôt possible le congé du patient après son admission à l'hôpital [niveau de preuve B] » (SC-AVC, 4.2) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>« La communication entourant la planification du congé doit être maintenue tout au long de l'hospitalisation afin d'assurer une transition en douceur lorsque le patient quittera l'unité de soins aigus [niveau de preuve B] » (SC-AVC, 4.2) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>« Un congé précoce accompagné d'un suivi et une planification de la transition par une équipe interdisciplinaire de spécialistes, bien équipée et coordonnée, est une solution de rechange acceptable à un plus long séjour dans une unité de soins de l'AVC [niveau de preuve A] » (SC-AVC, 5.4) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>« Le plan de prise en charge devrait comporter une évaluation des besoins avant le congé. Les éléments de planification du congé devraient inclure une visite à domicile par un professionnel de la santé, idéalement avant le congé, afin d'évaluer l'environnement familial, de déterminer si le patient peut réintégrer son foyer en toute sécurité, d'évaluer les besoins d'équipement et les modifications nécessaires et de commencer la formation des soignants [niveau de preuve C] » (SC-AVC, 5.3) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p>

Tableau G (suite)

<p>Australie source : [NSF, 2006]</p>	<p>Angleterre source : [DoH, 2007]</p>	<p>Ontario source : [HSFO, 2007]</p>	<p>Recommandations basées sur les données probantes sources : voir le texte</p>
			<p>La visite à domicile est habituellement faite par un ergothérapeute (3.7.1) [ISWP, 2008].</p> <p>Les modifications du domicile devraient être effectuées et les aides techniques installées avant le congé clinique] [SIGN, 2010a].</p> <p>Les établissements devraient maintenir à jour l'information sur les ressources communautaires, fournir cette information aux patients et à sa famille ou aux proches aidants, et offrir de l'aide pour l'obtention des services requis [Duncan <i>et al.</i>, 2005].</p> <p>L'hôpital devrait avoir un protocole pour s'assurer, avant le congé, que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les patients et les familles soient tout à fait prêts (aient les informations des services externes disponibles) et aient participé à la planification du congé; - les omnipraticiens, les services sociaux et les équipes de soins de première ligne soient informés avant le congé ou au moment du congé; - tous les équipements et les services de soutien nécessaires à un congé sécuritaire soient en place; - tout traitement spécialisé requis soit fourni sans délai par les spécialistes appropriés (3.7.1) [ISWP, 2008].

Tableau G (suite)

Australie source : [NSF, 2006]	Angleterre source : [DoH, 2007]	Ontario source : [HSFO, 2007]	Recommandations basées sur les données probantes sources : voir le texte
Services externes			
<p>La disponibilité des services externes varie selon les régions.</p> <p>Les services comprennent la popote roulante, l'aide ménagère, l'aide aux soins personnels, les activités de groupe, la gymnastique, les groupes de soutien ou les programmes d'autosoins.</p>	<p>Les patients pourraient avoir besoin de services de réadaptation spécialisée au moment de leur congé d'une unité d'AVC.</p>	<p>Les soins ambulatoires devraient inclure la physiothérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie.</p> <p>On recommande aussi d'autres services externes pour soutenir la réintégration (p. ex., groupes de soutien, répit aux proches aidants, activités communautaires, services de transport, récréothérapie). Ces services peuvent se donner en centres de jour.</p>	<p>Une approche d'équipe organisée doit être poursuivie dans la coordination des soins de réadaptation ambulatoire ou à domicile [niveau de preuve I] [Duncan <i>et al.</i>, 2005].</p> <p>« Tous les patients victimes d'un AVC aigu qui ont des incapacités liées à l'AVC et qui ne sont pas admis à l'hôpital devraient subir une évaluation complète en clinique externe, pour dépister toute incapacité fonctionnelle [niveau de preuve A], préférentiellement dans les deux semaines [niveau de preuve C] » (SC-AVC, 5.1) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p> <p>« Il faudrait réévaluer les survivants d'un AVC grave ou modéré régulièrement pour déterminer leurs besoins en matière de réadaptation [niveau de preuve C] » (SC-AVC, 5.1) [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].</p>
Téléadaptation			
<p>Dans les centres n'ayant pas d'unité d'AVC, des ententes peuvent être conclues pour tenir, en visioconférence, une réunion hebdomadaire de l'équipe multidisciplinaire avec un centre d'expertise, pour y discuter des cas de l'hôpital local.</p>	<p>La télémédecine est évoquée comme moyen d'apporter des solutions aux patients ayant subi un AVC afin qu'ils puissent rester plus longtemps à domicile.</p>	<p>La télémédecine ainsi que des modèles de soins créatifs et innovateurs peuvent rapprocher les soins en réadaptation du domicile.</p> <p>Le Réseau ontarien de télémédecine et le Système de santé en matière d'AVC se sont entendus sur un projet pilote de télé-réadaptation qui comprend des consultations pour les cas complexes, le maillage de l'expertise et le soutien aux transitions dans le continuum de soins.</p>	<p>Une étude a démontré la faisabilité d'un programme d'autogestion par visioconférence dans les cas de patients qui ont subi un AVC et vivent en milieu rural [Taylor <i>et al.</i>, 2009].</p>

Tableau G (suite)

Australie source : [NSF, 2006]	Angleterre source : [DoH, 2007]	Ontario source : [HSFO, 2007]	Recommandations basées sur les données probantes sources : voir le texte
Assurance de la qualité			
<p>Le document « filière de soins AVC » est un outil qui peut servir à faire l'audit d'un service de soins existant spécialisé en AVC, en évaluant la capacité de fournir et (ou) de répondre à chacun des aspects clés recommandés dans le cheminement clinique.</p> <p>Selon un diagramme fourni dans le sommaire, les éléments clés après les soins initiaux en phase aiguë sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le patient, sa famille et les proches aidants reçoivent l'information et le soutien tout au long du cheminement thérapeutique; - la planification des soins futurs est prévue dès l'évaluation multidisciplinaire (par l'équipe spécialisée en AVC) lors des soins en phase aiguë; - le plan de soins futur est élaboré en consultation avec le patient, la famille et les proches aidants; - l'information sur le lieu du congé, les ressources de proximité et les groupes de soutien pour les personnes ayant subi un AVC est fournie au patient et à sa famille; - l'évaluation du domicile et les modifications sont faites telles que requises; - la communication entre le fournisseur de soins de réadaptation et le médecin de famille (ou le centre d'hébergement et de soins prolongés) est établie; - les besoins sont évalués régulièrement. 	<p>On devrait offrir des services en matière d'AVC en gardant à l'esprit les résultats suivants pour le patient : amélioration de son bien-être physique (santé) et émotionnel; amélioration de sa qualité de vie; liberté de choix et maîtrise de son état de santé; absence de discrimination; bien-être économique; capacité à apporter une contribution positive à la société; dignité personnelle.</p> <p>Le succès devrait être mesuré selon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la réduction dans le nombre de réadmissions en centre hospitalier; - une dépendance réduite, à long terme; - une diminution dans les délais d'attente quant aux services thérapeutiques externes - une plus grande proportion de patients et de proches aidants qui font l'objet d'une évaluation de suivi; - une plus grande proportion de personnes récupérant leur autonomie fonctionnelle, participant pleinement à la vie de la collectivité et (ou) retournant au travail ou faisant du bénévolat; - des sondages confirmant la satisfaction des usagers. <p>Les aspects relatifs à la réadaptation et traités dans l'audit semestriel national comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'évaluation de l'état de santé et des besoins dans les premiers jours suivant l'AVC (ou pendant la phase aiguë de l'hospitalisation); 	<p>Il existe 20 indicateurs de performance recommandés dans 6 catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dépistage et évaluation; - définition des besoins; - qualité des soins; - accessibilité des soins; - rapidité d'intervention; et - planification régionale des soins. <p>Chaque région doit avoir un modèle explicite de prestation des services de réadaptation.</p>	<p>Dans le cadre de son mandat, la Stratégie canadienne de l'AVC a défini une série d'indicateurs de performance et a préparé des « notes relatives à la mesure des indicateurs » où l'on mentionne des sources de données potentielles, des méthodes pour améliorer la collecte de données, les obstacles qui nuisent à l'accès aux données et les problèmes liés à leur qualité.</p> <p>Les principaux indicateurs sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le délai entre l'admission à l'hôpital et l'évaluation initiale pour chacune des disciplines de réadaptation; - la proportion des patients orientés vers la réadaptation en milieu hospitalier à leur congé des soins en phase aiguë; - le nombre de patients admis à une unité d'AVC de soins coordonnés (en soins de courte durée ou en réadaptation); - la destination des patients après leur congé de la réadaptation en milieu hospitalier; - la proportion des patients en phase de réadaptation devant être réadmis à un hôpital de soins de courte durée en raison de problèmes liés à un AVC; - la proportion des patients qui reçoivent leur congé pour réintégrer leur milieu de vie et qui sont orientés vers des services continus de réadaptation à leur congé de l'hôpital de soins de courte durée ou de l'établissement de réadaptation (<i>suivi périodique après le congé</i>);

Tableau G (suite)

<p>Australie source : [NSF, 2006]</p>	<p>Angleterre source : [DoH, 2007]</p>	<p>Ontario source : [HSFO, 2007]</p>	<p>Recommandations basées sur les données probantes sources : voir le texte</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - la mise en place d'objectifs de réadaptation avec une équipe multidisciplinaire d'une unité d'AVC et l'accès à un « congé précoce avec soutien »; - l'accès à des équipes spécialisées en AVC; - des renseignements, fournis avant le congé du centre hospitalier, relatifs aux soins personnels, à la conduite et à la formation des proches aidants. 		<ul style="list-style-type: none"> - la proportion des patients orientés au congé de l'hôpital de soins de courte durée vers des services de soins à domicile ou de soutien communautaire; - la proportion des réadmissions aux hôpitaux de soins de courte durée en raison de problèmes liés à un AVC après un retour des patients dans leur milieu de vie au congé [Lindsay <i>et al.</i>, 2008].

Annexe H

Responsabilités des établissements et organismes du continuum de services en traumatologie

Texte provenant du document « *Paramètres d'organisation du continuum de services pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral* » [MSSS, 1999]. Le contenu devra être adapté à la clientèle ayant subi un AVC.

« 5.2 LES RESPONSABILITÉS DES ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Les responsabilités attribuées aux établissements et organismes sont énumérées ci-après en fonction des grands ensembles de services au sein desquels ils interviennent.

De façon générale et peu importe l'ensemble de services où interviennent les établissements et organismes, on s'attend qu'ils assurent :

- L'évaluation continue des services permettant l'amélioration constante des programmes mis en place.
- L'application rigoureuse des divers codes de déontologie et d'éthique régissant la pratique des intervenants, dans le but d'assurer le respect des personnes traumatisées cranio-cérébrales et de leurs proches.

5.2.1 Les services de santé physique (dépistage, soins aigus et réadaptation précoce)

Les services de santé physique, dispensés par les centres hospitaliers, recouvrent les responsabilités suivantes :

- Contribution à l'élaboration de protocoles d'intervention spécifiques au niveau préhospitalier.
- Contribution à l'élaboration de protocoles de liaison et de communication entre les intervenants pré hospitaliers et les centres hospitaliers de neurotraumatologie.
- Soutien à la formation des techniciens ambulanciers.
- Soutien à la formation des médecins en vue du dépistage des traumatismes craniocérébraux légers.
- Maintien et développement de services médicaux et paramédicaux (dépistage, évaluation, stabilisation, traitement) en fonction des normes en vigueur (Acute Trauma Life Support) et des protocoles établis.
- Prise en charge par une équipe interdisciplinaire qualifiée.
- Mise en place de mesures visant la prévention des complications.
- Désignation d'une personne responsable des liens avec les proches de la victime.
- Réadaptation précoce, incluant les interventions psychosociales, dès l'arrivée de la personne.
- Développement et application de protocoles interdisciplinaires spécifiques.

- Préparation de la personne et de ses proches aux étapes à venir ainsi qu'à la perspective d'une déficience permanente. À cette fin, les informations suivantes sont communiquées :
 - Information médicale.
 - Information relative aux régimes d'assurance publics et privés et autres conseils pratiques.
 - Information sur les services disponibles dans le milieu, notamment les services de maintien à domicile, les ressources d'hébergement temporaire et les milieux résidentiels substituts.
- Amorce du plan de services individualisé.
- Services de soutien aux proches.

5.2.2 Les services de réadaptation

Les services de réadaptation, dispensés par les établissements de réadaptation, recouvrent les responsabilités suivantes :

- Services spécialisés de réadaptation aux personnes et aux proches visant le développement de l'autonomie personnelle, sociorésidentielle, sociale, professionnelle et scolaire.
- Prévention des complications potentielles sur les plans physique, psychologique, social, économique et professionnel.
- Élaboration et réalisation (en lien avec les partenaires) du plan de services individualisé.
- Aides techniques et adaptations requises pour maximiser les capacités résiduelles et suppléer aux incapacités de tout ordre.
- Préparation d'un programme de soutien à l'intégration en prévision du congé de la personne, centré notamment sur l'utilisation des ressources communautaires de son milieu (services de garde à l'enfance, services éducatifs, loisirs, employabilité, travail, etc.)

5.2.3 Les services de soutien à l'intégration

Les services de soutien à l'intégration, dispensés par les CLSC, établissements de réadaptation, organismes communautaires et autres partenaires concernés, recouvrent la responsabilité suivante :

- Services de soutien à l'intégration nécessaires à l'individu, à sa famille et aux différents milieux d'intégration, notamment :
 - Soutien psychosocial (ex.: mise en place de groupes d'entraide pour les conjoints, parents et autres proches).
 - Maintien des acquis fonctionnels (services courants de réadaptation).
 - Ressources résidentielles appropriées.
 - Services socioprofessionnels.
 - Services de garde et de soutien en milieu scolaire.
 - Activités de jour.
 - Services de maintien à domicile.
 - Places de répit et de dépannage. »

Annexe I

Exemples de critères d'admission et de fin d'intervention

Tableau I1
Critères d'admission en réadaptation spécialisée en AVC utilisés dans deux régions urbaines

Région de Montréal	Toronto Métropolitain
Perte d'autonomie fonctionnelle chez une personne de 18 ans ou plus	
Présence d'incapacités physiques ou cognitives interférant avec la reprise des habitudes de vie	
Nécessite des services de réadaptation et des soins médicaux ou infirmiers tous les jours	Des objectifs de thérapie précis, mesurables et réalistes ont été établis.
Potentiel de réadaptation : <ul style="list-style-type: none"> • Pronostic favorable d'amélioration de l'autonomie; • Potentiel de récupération, d'apprentissage ou de compensation des incapacités; • Capacité de comprendre et de suivre des consignes simples; • Capacité de participer activement à la réadaptation. 	Le client démontre, par un progrès documenté, qu'il est en mesure de retourner à son niveau de fonctionnement prémorbide ou d'améliorer son niveau de fonctionnement en participant à un programme de réadaptation.
La personne ou son représentant consent au transfert de l'utilisateur au sein du programme.	Le client ou son représentant consent au traitement et démontre de la volonté et de la motivation à participer au programme de réadaptation.
La personne ne peut retourner dans son milieu de vie naturel dans l'immédiat sans réadaptation ou « soins subaigus » en établissement.	
État médical, psychiatrique et postchirurgical stable : <ul style="list-style-type: none"> • Aucune procédure urgente ni intervention médicale ou chirurgicale n'est prévue dans les sept jours suivant le transfert; • Selon le diagnostic, traitement médical initié avec le plan de traitement défini et pouvant être assumé médicalement dans un milieu de réadaptation; Les soins pulmonaires requis, le cas échéant, n'interfèrent pas avec une réadaptation active et s'il y a trachéotomie, il n'y a aucun risque d'obstruction aiguë.	État médical stable : <ul style="list-style-type: none"> • Le diagnostic est clair et la comorbidité a été établie; • La maladie et (ou) les incapacités n'empêchent pas la participation au programme de réadaptation; • Les signes vitaux sont stables; • Tous les problèmes médicaux ont été clairement déterminés; La médication a été déterminée.

Tableau I1 (suite)

Région de Montréal	Toronto Métropolitain
Absence de troubles de comportement graves non maîtrisables menaçant la propre sécurité de la personne ou celle d'autrui	Le patient n'a pas de problèmes comportementaux ou psychiatriques qui limitent sa capacité à participer au programme de réadaptation.
Absence de tout problème qui pourrait empêcher d'entreprendre, dans l'immédiat, la réadaptation	Tous les examens médicaux ont été effectués ou un plan de suivi est en place, comprenant les rendez-vous pris d'avance.
Définition du statut nosocomial (en moins de sept jours), y compris la réalisation du dépistage de l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) et du staphylocoque doré résistant à la méthicilline (SARM) (résultats connus). Absence de <i>Clostridium difficile</i> symptomatique.	
Capacité de participer à des traitements de réadaptation, pendant au moins 60 minutes réparties sur une à trois périodes par jour	Le patient présente le niveau de tolérance minimal requis par le programme.
Sevrage de la trachéotomie avant le transfert ou du moins, pas de risque d'obstruction	
Pas de dépendance ventilatoire	
	Les options de destination à la suite de la réadaptation ont été discutées.

Sources : ASSS Montréal, 2010; GTA Rehab Network, 2009.

Critères d'admission en réadaptation gériatrique (récupération lente)

Clientèle visée âgée pour la plupart de 75 ans et plus et présentant les caractéristiques suivantes :

Déficits sensoriels (visuels, auditifs) importants, non compensés par des aides techniques

La présence de deux de ces critères ou plus chez une personne âgée détermine le besoin d'une approche spécialisée en réadaptation gériatrique :

Comorbidités multiples nécessitant un suivi actif ou étant facilement instables et traitées à l'aide d'une polymédication

Hospitalisation au cours de l'année ou durée prolongée (> 21 jours) de la présente période d'hospitalisation

Deux chutes ou plus dans les trois à six derniers mois

Déficits cognitifs interférant avec la reprise des habitudes de vie et nécessitant une supervision étroite, dont les troubles qui touchent les fonctions exécutives : troubles d'activation (difficulté à débiter une activité), manque d'autocritique (difficulté à évaluer l'effet de ses actions), difficultés d'apprentissage (difficulté à comprendre et à garder en mémoire les nouvelles informations), etc.

Dysphagie nécessitant l'intervention d'une équipe spécialisée

Source : ASSS Montréal, 2010.

Critères de fin d'intervention

Les « soins subaigus » donnés en établissement prennent fin lorsqu'un des critères suivants est satisfait :

La personne est en mesure d'intégrer un milieu de vie de façon sécuritaire, avec ou sans aide et peut, lorsque cela est requis, recevoir des services de réadaptation en externe.

La poursuite des interventions de réadaptation n'entraînera pas de progrès ayant des répercussions significatives sur l'autonomie personnelle et sociorésidentielle de la personne.

La personne est apte à retourner dans son milieu et refuse de poursuivre sa réadaptation.

L'état médical du patient ne permet plus de poursuivre les services.

Source : ASSS Montréal, 2010.

Critères d'admission relatifs aux services en RAIS

Toute personne adulte ayant une déficience motrice ou neurologique, présentant un état médical stable et ayant un potentiel de réadaptation.

Besoin en services de réadaptation et d'adaptation dans un but d'intégration sociale ou professionnelle ou de soutien à l'intégration dans un contexte interdisciplinaire.

Sources : Centre de réadaptation Constance-Lethbridge. Critères d'inscription. Disponible à : http://www.constance-lethbridge.qc.ca/CRCL_WEB/Datas/Fichiers/Critères%20d'inscription_avril2010.pdf (consulté le 21 octobre 2010); Centre de réadaptation Lucie-Bruneau. Direction des programmes multicientèles [site Web]. Disponible à : <http://www.luciebruneau.qc.ca/fr/main%5Fnav/programmes/multicienteles/> (consulté le 21 octobre 2010); Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ). Inscription et admission [site Web]. Disponible à : http://www.irdpq.qc.ca/services_clientele/inscription_admission.html (consulté le 21 octobre 2010).

Références

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSS Montréal). Cadre de référence, services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus pour la région de Montréal. Montréal, Qc : ASSS Montréal; 2010. Disponible à : http://www.fecst.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/photos/Agence_Mtl_RFI.pdf.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSS Montréal). Cadre de référence, services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus. Montréal, Qc : ASSS Montréal; 2007. Disponible à : <http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/pdf/publications/isbn978-2-89510-401-8.pdf>.
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Suivi des maladies du cœur et des accidents vasculaires cérébraux au Canada. Ottawa, ON : ASPC; 2009. Disponible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/index-fra.php>.
- Alberts MJ, Latchaw RE, Selman WR, Shephard T, Hadley MN, Brass LM, et al. Recommendations for comprehensive stroke centers: A consensus statement from the Brain Attack Coalition. *Stroke* 2005;36(7):1597-616.
- Alberts MJ, Hademenos G, Latchaw RE, Jagoda A, Marler JR, Mayberg MR, et al. Recommendations for the establishment of primary stroke centers. Brain Attack Coalition. *JAMA* 2000;283(23):3102-9.
- Amarenco P, Labreuche J, Lavalée PC, Meseguer E, Cabrejo L, Slaoui T, et al. Does ABCD2 score below 4 allow more time to evaluate patients with a transient ischemic attack? *Stroke* 2009;40(9):3091-5.
- Audebert HJ et Schwamm L. Telestroke: Scientific results. *Cerebrovasc Dis* 2009;27(Suppl 4):15-20.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). How we manage stroke in Australia. Canberra, Australie : AIHW; 2006. Disponible à : <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442467815>.
- Ay H, Arsava EM, Johnston SC, Vangel M, Schwamm LH, Furie KL, et al. Clinical- and imaging-based prediction of stroke risk after transient ischemic attack: The CIP model. *Stroke* 2009;40(1):181-6.
- Ay H, Gungor L, Arsava EM, Rosand J, Vangel M, Benner T, et al. A score to predict early risk of recurrence after ischemic stroke. *Neurology* 2010;74(2):128-35.
- Bernard S, Brody E, Lohr K. Healthcare delivery models for heart failure. Londres, Angleterre : Health Foundation; 2007. Disponible à : <http://www.health.org.uk/publications/healthcare-delivery-models-for-heart-failure/>.
- British Association of Stroke Physicians (BASP). Stroke service specification. Londres, Angleterre : BASP; 2005. Disponible à : http://www.stroke.org.uk/campaigns/stroke_policy/basp_stroke.html.
- Bourgoin A. Setting up a secondary stroke prevention clinic. Dans : Canadian Stroke Strategy Delegation, October 13th 2009 [présentation PowerPoint]. Ottawa, ON : Champlain Regional Stroke Program; 2009.
- Bushnell CD, Johnston DC, Goldstein LB. Retrospective assessment of initial stroke severity: Comparison of the NIH Stroke Scale and the Canadian Neurological Scale. *Stroke* 2001;32(3):656-60.
- Calvet D, Touze E, Oppenheim C, Turc G, Meder JF, Mas JL. DWI lesions and TIA etiology improve the prediction of stroke after TIA. *Stroke* 2009;40(1):187-92.
- Cameron JI, Rappolt S, Lewis M, Lyons R, Warner G, Silver F. Development and implementation of the Ontario Stroke System: The use of evidence. *Int J Integr Care* 2007;7:e30.

- Canadian Stroke Strategy (CSS). Performance measurement manual: A supplement to the Canadian Stroke Strategy Canadian Best Practices Recommendations for Stroke Care (Update 2008). Ottawa, ON : CSS; 2008. Disponible à : http://canadianstrokestrategy.com/wp-content/uploads/2010/09/CSS_Performance_Manual_2008-EN.pdf.
- Carpenter CR, Keim SM, Crossley J, Perry JJ. Post-transient ischemic attack early stroke stratification: The ABCD(2) prognostic aid. *J Emerg Med* 2009;36(2):194-200.
- Castle J, Mlynash M, Lee K, Caulfield AF, Wolford C, Kemp S, et al. Agreement regarding diagnosis of transient ischemic attack fairly low among stroke-trained neurologists. *Stroke* 2010;41(7):1367-70.
- Central East Stroke Network (CESN). Central East Stroke Network: Strategic plan 2009-2012. Barrie, ON : CESN; 2009. Disponible à : http://www.cesnstroke.ca/documents/CESN_Strategic_Plan_March_2009.pdf.
- Chandratheva A, Mehta Z, Geraghty OC, Marquardt L, Rothwell PM. Population-based study of risk and predictors of stroke in the first few hours after a TIA. *Neurology* 2009;72(22):1941-7.
- Collège des médecins du Québec (2007). La pratique médicale en soins de longue durée. Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec (2007). La pratique médicale : CMQ; 2007. Disponible à : http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~media/D3D60F7A95F84406A93F63B8C0B011DE.ashx?sc_lang=fr-CA&31123.
- Comité aviseur ministériel. Projet de développement d'un continuum de services pour les personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral ou à risque de le devenir et leurs proches : paramètres d'organisation [document de travail]. Québec, Qc : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); 2008.
- Couillard P, Poppe AY, Coutts SB. Predicting recurrent stroke after minor stroke and transient ischemic attack. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2009;7(10):1273-81.
- Cumbler E et Glasheen JJ. Risk stratification tools for transient ischemic attack: Which patients require hospital admission? *J Hosp Med* 2009;4(4):247-51.
- De Bustos EM, Vuillier F, Chavot D, Moulin T. Telemedicine in stroke: Organizing a network—Rationale and baseline principles. *Cerebrovasc Dis* 2009;27(Suppl 4):1-8.
- Demaerschalk BM, Hwang HM, Leung G. Cost analysis review of stroke centers, telestroke, and rt-PA. *Am J Manag Care* 2010;16(7):537-44.
- Demaerschalk BM, Miley ML, Kiernan TE, Bobrow BJ, Corday DA, Wellik KE, et al. Stroke telemedicine. *Mayo Clin Proc* 2009;84(1):53-64.
- Department of Health (DoH). Implementing the National Stroke Strategy—An imaging guide. Londres, Angleterre : DoH; 2008. Disponible à : http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_085145.pdf.
- Department of Health (DoH). National stroke strategy. Londres, Angleterre : DoH; 2007. Disponible à : http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_081059.pdf.
- Department of Health Western Australia. Model of stroke care for Western Australia: Final document. Perth, Australie : Department of Health Western Australia; 2006. Disponible à : http://www.healthnetworks.health.wa.gov.au/modelsofcare/docs/Stroke_Model_of_Care.pdf.
- Deshpande A, Khoja S, McKibbin A, Rizo C, Jadad AR. Prise en charge de l'accident cérébrovasculaire aigu en télémédecine (programme TéléACV) : étude méthodique et analyse contextuelle. Aperçu technologique numéro 37. Ottawa, ON : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS); 2008. Disponible à : http://www.cadth.ca/media/pdf/O0456_Programme-TeleACV_to_fr.pdf.

- Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, et al. Management of adult stroke rehabilitation care: A clinical practice guideline. *Stroke* 2005;36(9):e100-e43.
- Easton JD, Saver JL, Albers GW, Alberts MJ, Chaturvedi S, Feldmann E, et al. Definition and evaluation of transient ischemic attack: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease. *Stroke* 2009;40(6):2276-93.
- Gagnon D, Nadeau S, Tam V. Clinical and administrative outcomes during publicly-funded inpatient stroke rehabilitation based on a case-mix group classification model. *J Rehabil Med* 2005;37(1):45-52.
- Gattellari M, Worthington J, Jalaludin B, Mohsin M. Stroke unit care in a real-life setting: Can results from randomized controlled trials be translated into every-day clinical practice? An observational study of hospital data in a large Australian population. *Stroke* 2009;40(1):10-7.
- Gladstone DJ, Rodan LH, Sahlas DJ, Lee L, Murray BJ, Ween JE, et al. A citywide prehospital protocol increases access to stroke thrombolysis in Toronto. *Stroke* 2009;40(12):3841-4.
- Govan L, Langhorne P, Weir CJ. Categorizing stroke prognosis using different stroke scales. *Stroke* 2009;40(10):3396-9.
- Greater Toronto Area Rehab Network (GTA Rehab Network). High tolerance long duration stroke demonstration project February – December 2007: A summary of findings. Toronto, ON : GTA Rehab Network; 2009. Disponible à : <http://www.gtarehabnetwork.ca/downloads/report-HTLD-project-findings-July09.pdf>.
- Hall R, O'Callaghan C, Bayley M, Meyer S, Khan F, Liu Y, et al. Ontario stroke evaluation report 2010: Technical report. Toronto, ON : Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES); 2010. Disponible à : http://www.ices.on.ca/file/OSS_TechReport_Final_interactive_April%2021_update1.pdf.
- Harrison JK, Sloan B, Dawson J, Lees KR, Morrison DS. The ABCD and ABCD2 as predictors of stroke in transient ischemic attack clinic outpatients: A retrospective cohort study over 14 years. *QJM* 2010;103(9):679-85.
- Heart and Stroke Foundation of Ontario (HSFO). Consensus panel on the stroke rehabilitation system: «Time is function». Toronto, ON : HSFO; 2007. Disponible à : [http://www.heartandstroke.on.ca/atf/cf/{33C6FA68-B56B-4760-ABC6-D85B2D02EE71}/SRSCP_FULL_REPORT_FINAL20070430\[1\].pdf](http://www.heartandstroke.on.ca/atf/cf/{33C6FA68-B56B-4760-ABC6-D85B2D02EE71}/SRSCP_FULL_REPORT_FINAL20070430[1].pdf).
- Heart and Stroke Foundation of Ontario (HSFO). A guide to developing stroke prevention clinics. Toronto, ON : HSFO; 2001. Disponible à : <http://www.heartandstroke.on.ca/atf/cf/%7B33C6FA68-B56B-4760-ABC6-D85B2D02EE71%7D/CSSPreventGuide%5B1%5D.pdf>.
- Intercollegiate Stroke Working Party (ISWP). National clinical guideline for stroke: Third edition. Londres, Angleterre : Royal College of Physicians; 2008. Disponible à : <http://bookshop.rcplondon.ac.uk/contents/6ad05aab-8400-494c-8cf4-9772d1d5301b.pdf>.
- Jackson D, Moshinsky J, Begg AJ. Addressing shortfalls in TIA care in the UK: An economic perspective. *J Med Econ* 2009;12(4):331-8.
- Jenkinson D. Governance issues for telemedicine in acute stroke. Leicester, Royaume-Uni : NHS Stroke Improvement Programme; 2010. Disponible à : <http://system.improvement.nhs.uk/ImprovementSystem/ViewDocument.aspx?path=Cardiac%2fNational%2fWebsite%2fStroke%2fGovernance%20Issues%20for%20Telemedicine%20in%20Acute%20Stroke%2c%20Aug%2010%20v2.pdf>.
- Johansson T et Wild C. Telemedicine in stroke management – systematic review. Vienne, Autriche : Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA); 2009. Disponible à : http://eprints.hta.lbg.ac.at/844/1/HTA-Projektbericht_Nr29.pdf.

- Kapral MK, Hall R, Silver FL, Lindsay MP, Richards JA, Robertson AC, Fang J. Registry of the Canadian Stroke Network: Report on the 2004/05 Ontario stroke audit. Toronto, ON : Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES); 2009. Disponible à : http://www.ices.on.ca/file/RCSN_2004-05%20Ontario%20Stroke%20Audit%20Report_Final_April%2006.pdf.
- Kehdi EE, Cordato DJ, Thomas PR, Beran RG, Cappelen-Smith C, Griffith NC, et al. Outcomes of patients with transient ischaemic attack after hospital admission or discharge from the emergency department. *Med J Aust* 2008;189(1):9-12.
- Langhorne P et Pollock A. What are the components of effective stroke unit care? *Age Ageing* 2002;31(5):365-71.
- Langhorne P, Dey P, Woodman M, Kalra L, Wood-Dauphinee S, Patel N, Hamrin E. Is stroke unit care portable? A systematic review of the clinical trials. *Age Ageing* 2005;34(4):324-30.
- Lavallée PC, Meseguer E, Abboud H, Cabrejo L, Olivot JM, Simon O, et al. A transient ischaemic attack clinic with round-the-clock access (SOS-TIA): Feasibility and effects. *Lancet Neurol* 2007;6(11):953-60.
- Leys D, Ringelstein EB, Kaste M, Hacke W. The main components of stroke unit care: Results of a European expert survey. *Cerebrovasc Dis* 2007;23(5-6):344-52.
- Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Singh S, Phillips S. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour de 2010). Au nom du Groupe de rédaction des pratiques optimales et des normes de la Stratégie canadienne de l'AVC. Ottawa, On : Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires; 2010. Disponible à : http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2011/04/2010BPR_FRENCH.pdf.
- Lindsay P, Bayley M, Hellings C, Hill M, Woodbury E, Phillips S. Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour de 2008). *CMAJ* 2008;179(12 Suppl):EF1-EF67. Disponible à : <http://www.cmaj.ca/cgi/data/179/12/SF1/DC1/1>.
- Luengo-Fernandez R, Gray AM, Rothwell PM. Effect of urgent treatment for transient ischaemic attack and minor stroke on disability and hospital costs (EXPRESS study): A prospective population-based sequential comparison. *Lancet Neurol* 2009;8(3):235-43.
- Marcotte A-C, et al. [le nom des autres collaborateurs n'a pas été inclus]. Consortiums d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) modéré ou grave. Éléments à retrouver dans l'évaluation. Québec, Qc : Continuum de services en traumatologie (CST); 2002. Disponible à : <http://www.fecst.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/03.pdf>.
- Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Côté R, Durcan L, Carlton J. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2002;83(8):1035-42.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience : afin de faire mieux ensemble. Québec, Qc : MSSS; 2008. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-848-01.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Continuum de services pour les personnes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral : paramètres d'organisation. Québec, Qc : MSSS; 1999. Disponible à : <http://www.fecst.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/13.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie – Plan d'action 2005-2010. Québec, Qc : MSSS; 2005. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-830-01.pdf>.

- Ministère des Finances. Mise à jour des projections démographiques pour l'Ontario, 2009-2036. Toronto, ON : MFO; 2010. Disponible à : <http://www.fin.gov.on.ca/fr/economy/demographics/projections/projections2009-2036.pdf>.
- National Audit Office (NAO). Department of Health: Progress in improving stroke care. Londres, Angleterre : NAO; 2010. Disponible à : <http://www.nao.org.uk/publications/0910/stroke.aspx>.
- NHS Healthcare for London (NHS London). Acute stroke service designation: 6.3 Designation criteria for the provision of a TIA service. Londres, Angleterre : NHS Healthcare for London; 2008. Disponible à : <http://www.londonhpa.nhs.uk/wp-content/uploads/2011/03/Designation-criteria-for-the-provision-of-a-TIA-service.pdf>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Stroke: Diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischemic attack (TIA). Londres, Angleterre : NICE; 2008. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12018/41331/41331.pdf>.
- National Stroke Foundation (NSF). Clinical guidelines for stroke management 2010. Melbourne, Australie : NSF; 2010. Disponible à : http://www.strokefoundation.com.au/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,330/Itemid,174/.
- National Stroke Foundation (NSF). National stroke audit acute services organisational survey report 2009. Melbourne, Australie : NSF; 2009a. Disponible à : http://www.strokefoundation.com.au/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,75/Itemid,174/.
- National Stroke Foundation (NSF). National stroke audit acute services clinical audit report 2009. Melbourne, Australie : NSF; 2009b. Disponible à : http://www.strokefoundation.com.au/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,75/Itemid,174/.
- National Stroke Foundation (NSF). Acute stroke services framework 2008. Melbourne, Australie : NSF; 2008a. Disponible à : http://www.strokefoundation.com.au/component/option,com_docman/task,doc_view/gid,146/Itemid,174/.
- National Stroke Foundation (NSF). National stroke audit post acute services. Melbourne, Australie : NSF; 2008b. Disponible à : http://www.strokefoundation.com.au/component/option,com_docman/task,doc_details/Itemid,174/gid,239/.
- National Stroke Foundation (NSF). National stroke audit organisational report: Acute services. Melbourne, Australie : NSF; 2007a. Disponible à : http://www.strokefoundation.com.au/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,75/Itemid,174/.
- National Stroke Foundation (NSF). National stroke audit clinical report: Acute services. Melbourne, Australie : NSF; 2007b. Disponible à : <http://www.strokefoundation.com.au/images/stories/healthprofessionals/national%20stroke%20audit%20clinical%20report%20acute%20services.pdf>.
- National Stroke Foundation (NSF). Clinical guidelines for acute stroke management. Melbourne, Australie : NSF; 2007c. Disponible à : http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp109.pdf.
- National Stroke Foundation (NSF). Stroke care pathway: A resource for health professionals. Melbourne, Australie: Metropolitan Health and Aged Care Services Division, Victorian Government Department of Human Services; 2006. Disponible à : <http://www.health.vic.gov.au/acute-agedcare/strokecare.pdf>.
- NHS Quality Improvement Scotland (NHS QIS). Clinical standards ~ updated June 2009: Stroke services. ÉHS Quality Impse : NHS QIS; 2009. Disponible à : http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/Stroke_UpdatedStrokeServicesStandards_Jun09.pdf.

- Ontario Stroke System (OSS). Ontario Stroke System strategic plan: 2007-2012. Toronto, ON : OSS; 2007. Disponible à : [http://www.heartandstroke.on.ca/atf/cf/%7B33C6FA68-B56B-4760-ABC6-D85B2D02EE71%7D/Strategic_Plan_\(Approved\)_June_19_2007.pdf](http://www.heartandstroke.on.ca/atf/cf/%7B33C6FA68-B56B-4760-ABC6-D85B2D02EE71%7D/Strategic_Plan_(Approved)_June_19_2007.pdf).
- Ontario Stroke System (OSS). Provincial status report: Ontario Stroke System. Toronto, ON : OSS; 2006. Disponible à : http://www.cesnstroke.ca/documents/2006_Provincial_Status_Report.pdf.
- Ontario Telemedicine Network (OTN). More than 1000 patients benefit from emergency stroke care. Toronto, ON : OTN; 2009. Disponible à : <http://extranet.pemreghos.org/media/files/20090713/Telestroke%20Program%20Celebrated.pdf>.
- Paolucci S, Antonucci G, Grasso MG, Bragoni M, Coiro P, De Angelis D, et al. Functional outcome of ischemic and hemorrhagic stroke patients after inpatient rehabilitation: A matched comparison. *Stroke* 2003;34(12):2861-5.
- Quain DA, Parsons MW, Loudfoot AR, Spratt NJ, Evans MK, Russell ML, et al. Improving access to acute stroke therapies: A controlled trial of organised pre-hospital and emergency care. *Med J Aust* 2008;189(8):429-33.
- Réseau québécois de cardiologie tertiaire (RQCT). Prévention secondaire et réadaptation cardiaque : rapport du groupe de travail du Réseau québécois de cardiologie tertiaire. Québec, Qc : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); 2010. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-906-01.pdf>.
- Rothwell PM, Giles MF, Chandratheva A, Marquardt L, Geraghty O, Redgrave JN, et al. Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS study): A prospective population-based sequential comparison. *Lancet* 2007;370(9596):1432-42.
- Royal College of Physicians (RCP). National sentinel stroke audit: Organisational audit 2010. Public report for England, Wales and Northern Ireland. Londres, Angleterre : RCP; 2010. Disponible à : <http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/2010-stroke-public-report.pdf>.
- Royal College of Physicians (RCP). National sentinel stroke audit: Phase II (clinical audit) 2008: Report for England, Wales and Northern Ireland. Londres, Angleterre : RCP; 2009. Disponible à : <http://old.rcplondon.ac.uk/clinical-standards/ceeu/Current-work/stroke/Documents/stroke-audit-report-2008.pdf>.
- Royal College of Physicians (RCP). National sentinel stroke audit: Phase I organisational audit 2008: Report for England, Wales and Northern Ireland. Londres, Angleterre : RCP; 2008. Disponible à : <http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/concise-stroke-audit-round-6.pdf>.
- Royal College of Physicians (RCP). National sentinel stroke audit: Phase I (organisational audit) 2006: Phase II (clinical audit) 2006: Report for England, Wales and Northern Ireland. Londres, Angleterre : RCP; 2007. Disponible à : <http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/concise-stroke-audit-round-5.pdf>.
- Royal College of Physicians (RCP). National sentinel audit of stroke 2004: Concise reports. Londres, Angleterre : RCP; 2005. Disponible à : <http://old.rcplondon.ac.uk/pubs/books/strokeaudit/strokeaudit2004.pdf>.
- Saposnik G, Kapral MK, Coutts SB, Fang J, Demchuk AM, Hill MD. Do all age groups benefit from organized inpatient stroke care? *Stroke* 2009;40(10):3321-7.
- Saver JL. Time is brain—Quantified. *Stroke* 2006;37(1):263-6.
- Schwamm LH, Holloway RG, Amarenco P, Audebert HJ, Bakas T, Chumbler NR, et al. A review of the evidence for the use of telemedicine within stroke systems of care: A scientific statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2009a;40(7):2616-34.
- Schwamm LH, Audebert HJ, Amarenco P, Chumbler NR, Frankel MR, George MG, et al. Recommendations for the implementation of telemedicine within stroke systems of care: A policy statement from the American Heart Association. *Stroke* 2009b;40(7):2635-60.

- Schwamm LH, Pancioli A, Acker JE, 3rd, Goldstein LB, Zorowitz RD, Shephard TJ, et al. Recommendations for the establishment of stroke systems of care: Recommendations from the American Stroke Association's Task Force on the Development of Stroke Systems. *Circulation* 2005;111(8):1078-91.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. SIGN publication no. 118. Édimbourg, Écosse : SIGN; 2010a. Disponible à : <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf>.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke: Identification and management of dysphagia. SIGN publication no. 119. Édimbourg, Écosse : SIGN; 2010b. Disponible à : <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign119.pdf>.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke or TIA: Assessment, investigation, immediate management and secondary prevention. SIGN publication no. 108. Édimbourg, Écosse : SIGN; 2008. Disponible à : <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign108.pdf>.
- Sheehan OC, Merwick A, Kelly LA, Hannon N, Marnane M, Kyne L, et al. Diagnostic usefulness of the ABCD2 score to distinguish transient ischemic attack and minor ischemic stroke from noncerebrovascular events: The North Dublin TIA Study. *Stroke* 2009;40(11):3449-54.
- Stratégie canadienne de l'AVC (SCAVC). Un guide pour la mise en œuvre des soins en unité d'AVC. Ottawa, ON : SCAVC; 2009. Disponible à : http://strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2010/11/CSS-Stroke-Unit-Resource_FR3-Final-for-print.pdf.
- Stroke Canada Optimization of Rehabilitation through Evidence (SCORE). SCORE Evidence based recommendations for the upper and lower extremities and risk assessment post-stroke 2007. Ottawa, ON : Canadian Stroke Network; 2007. Disponible à : <http://www.canadianstrokenetwork.ca/index.php/tools/>.
- Stroke Foundation New Zealand. Life after stroke: New Zealand guideline for management of stroke. Wellington, Nouvelle-Zélande : Stroke Foundation New Zealand; 2003. Disponible à : http://www.nzgg.org.nz/guidelines/dsp_guideline_popup.cfm?guidelineID=37.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration (SUTC). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD000197.
- Sudlow C et Warlow C. Getting the priorities right for stroke care. *BMJ* 2009;338:b2083.
- Taylor DM, Cameron JI, Walsh L, McEwen S, Kagan A, Streiner DL, Huijbregts MP. Exploring the feasibility of videoconference delivery of a self-management program to rural participants with stroke. *Telemed J E Health* 2009;15(7):646-54.
- Teasell R. The rehabilitation of severe stroke survivors [présentation à la 2nd National Stroke Rehabilitation Conference; Winnipeg, MB, September 18-19, 2008]. Winnipeg, MB : Heart and Stroke Foundation of Manitoba; 2008. Disponible à : <http://www.neostrokestrategy.com/oldportal/uploads/Robert%20Teasell%20-%20Rehabilitation%20of%20severe%20strokes%20-%20Handout.pdf>.
- Teasell R et Foley N. Managing the stroke rehabilitation triage process. London, ON : Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR); 2008. Disponible à : http://www.ebrsr.com/uploads/Module_4_triage_final.pdf.
- Tellier M et Rochette A. Falling through the cracks: A literature review to understand the reality of mild stroke survivors. *Top Stroke Rehabil* 2009;16(6):454-62.
- Wu CM, Manns BJ, Hill MD, Ghali WA, Donaldson C, Buchan AM. Rapid evaluation after high-risk TIA is associated with lower stroke risk. *Can J Neurol Sci* 2009;36(4):450-5.