



Plan régional d'organisation de services
pour les personnes ayant subi ou à risque
de subir un accident vasculaire cérébral (AVC)
2015-2020

Direction régionale des programmes clientèles

Février
2015

Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides

Québec



Ce document est publié par la Direction régionale des programmes clientèles de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Rédaction : Isabelle Trépanier, Marco Blanchet et Hélène Laflamme.

Consultations effectuées :

Commission régionale multidisciplinaire : 25 février 2015

Comité Réseau santé physique : 26 février 2015

Comité coordination réseau en déficience physique : 26 février 2015

Conseil d'administration : 18 mars 2015

Pour consulter ou imprimer ce document, consulter le site Internet de l'Agence en visitant le www.santelaurentides.qc.ca à la section documentation.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

ISBN : 978-2-89547-227-8 (En ligne)

© Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2015

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en respecter l'intégralité et d'en mentionner la source.

Référence suggérée : Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, Direction des programmes clientèles, *Plan régional d'organisation de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral 2015-2020*, février 2015, 61 pages.

Dans ce texte, sauf dans le cas où le genre est mentionné de façon explicite, le masculin désigne les deux sexes, sans discrimination.

Table des matières

Préambule.....	5
Les objectifs.....	5
Les principes directeurs.....	6
Les paramètres d'organisation de services.....	7
La gouvernance.....	11
Le fardeau de l'AVC.....	12
Prévention de l'AVC	
La prévention de l'AVC.....	18
Sensibilisation du public	
Les signes avant-coureurs de l'AVC.....	24
Prise en charge en phase hyperaiguë	
Les services préhospitaliers d'urgence.....	26
Prise en charge en phase aiguë	
L'AVC une urgence médicale.....	28
Réadaptation post-AVC	
La réadaptation.....	33
Réintégration dans la communauté	
L'apport des groupes communautaires.....	41
Le respect des choix de la personne : la planification préalable des soins et les soins palliatifs.....	43
Conclusion.....	45

Annexes

A- Bibliographie.....	50
B- Outils pédagogiques pour le préhospitalier.....	52
C- Liste des priorités d'affectation.....	54
D- Liste de contrôle post-AVC.....	55
E- Mandat du comité régional des AVC.....	57
F- Organismes communautaires.....	58
G- Formulaire de planification préalable des soins.....	60

Préambule¹

La région des Laurentides désirant améliorer les services de santé et de services sociaux à sa population a décidé d'élaborer un Plan régional d'organisation de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral (AVC).

Dans les pages qui suivent, nous vous proposons certains éléments structurants qui s'appuient sur la plus récente documentation. Ce plan d'action a également mis à contribution les membres de notre Comité régional des AVC.

Ce document est largement inspiré des orientations ministérielles sur le continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral². Vous y trouverez les principaux éléments de ce continuum que la région des Laurentides se devra d'implanter d'ici les prochaines années afin d'assurer une prise en charge optimale de cette clientèle. Ce document se veut aussi une source d'information pour favoriser un changement de pratique selon les données probantes.

En plus d'aborder les phases davantage cliniques de l'AVC, vous y trouverez de l'information sur les signes avant-coureurs, les facteurs de prévention et les divers programmes de santé publique pouvant être bénéfiques afin de réduire les risques d'AVC.

Afin de faciliter le déploiement d'une offre de services répondants aux orientations ministérielles, la région des Laurentides met à contribution son comité régional AVC qui existe dans la région depuis 2012. Siègent à ce comité³ l'ensemble des établissements hospitaliers de la région, des représentants des directions de la santé publique, des services préhospitaliers d'urgence, des programmes clientèles de l'Agence des Laurentides, du centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier, un représentant des CSSS sans centre hospitalier, de même qu'un organisme communautaire ; le Groupe de relève pour les personnes aphasiques. Nous pourrions également compter sur le dynamisme des comités locaux AVC dans les hôpitaux afin que les orientations proposées se transforment en actions concrètes sur le terrain. Un plan d'action est aussi inclus au présent document permettant ainsi l'implantation des meilleures pratiques.

Au niveau national, de même qu'au niveau des Réseaux intégrés universitaires de santé (RUIS) des comités veillent également au bon suivi des orientations proposées par le ministère.

Les objectifs

Afin d'offrir des soins et des services le mieux adaptés possible aux personnes victimes d'un AVC, le ministère propose les objectifs suivants⁴ :

¹ Note aux lecteurs : Ce document est préparé pour une perspective 2015-2020, il nécessitera des ajustements avec l'adoption de la loi 10.

² Dre Louise Clément, Direction des services hospitaliers et des affaires universitaires, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, *Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral, Agir autrement, Orientations ministérielles 2013-2018*, Avril 2013, 19 pages.

³ Pour plus de détails, consultez l'annexe sur le mandat du comité.

⁴ Dre Louise Clément, Direction des services hospitaliers et des affaires universitaires, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, *Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral, Agir autrement, Orientations ministérielles 2013-2018*, Avril 2013, 19 pages.

- Améliorer l'état de santé de la population ayant subi un AVC ou à risque d'en avoir un (diminuer l'incidence de l'AVC, réduire les séquelles d'un AVC, améliorer l'autonomie fonctionnelle, réduire le recours à l'hébergement);
- Offrir des soins et des services qui répondent au besoin des personnes ayant subi un AVC ou à risque d'en avoir un et à leurs proches (approche populationnelle, patient – partenaire);
- Assurer l'accès aux soins et aux services en temps opportun à l'ensemble de la population des Laurentides;
- Permettre une flexibilité et une adaptabilité dans l'approche en fonction des besoins particuliers de la région, des données épidémiologiques disponibles, de la recherche, des nouvelles technologies (dossier clinique informatisé, télé-AVC, nouveau traitement);
- Améliorer la performance du système de santé pour la clientèle ciblée (coût – efficacité, productivité, soins et services appropriés).

Les principes directeurs

La mise en place du continuum se base sur les principes suivants :

- Centré sur les besoins des personnes atteintes et de leurs proches (accessibilité – continuité – qualité);
- Approche systémique basée sur les données probantes;
- Processus d'amélioration continue (outils, collaboration, mesure);
- Favorisant la collaboration interdisciplinaire et entre les territoires (synergie);
- Intégration des volets enseignement, recherche et évaluation des technologies et des modes d'intervention;
- Ouverture à l'innovation, flexibilité, adaptabilité et équité ;
- Arrimage avec les orientations ministérielles :
 - Approche populationnelle
 - Hiérarchisation des soins
 - Adaptation des services et des soins aux besoins des personnes âgées
 - Technologie de l'information

Lorsque le texte est encadré et ombré, il s'agit d'une action à déployer dans les Laurentides. En résumé, voici les principales cibles à atteindre :

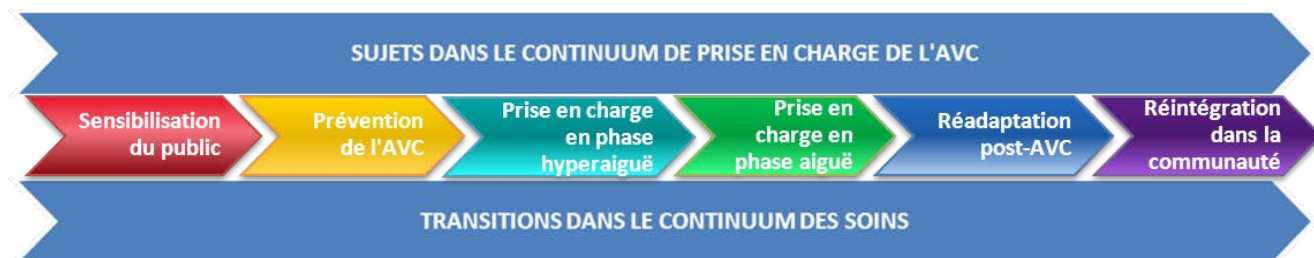
- 1. La population des Laurentides devrait connaître les principaux facteurs de risque de l'AVC**
- 2. La population des Laurentides devrait être en mesure de reconnaître les signes avant-coureurs et les symptômes de l'AVC**
- 3. Les services préhospitaliers d'urgence utiliseront des outils d'évaluation standardisés tels que l'échelle de Cincinnati afin de confirmer qu'une personne fait un AVC**
- 4. Reconnaître l'AVC comme une urgence médicale à chronodépendance**
- 5. Admettre les patients ayant subi un AVC à une unité AVC le plus rapidement possible**
- 6. Rendre accessible l'expertise en maladie cerebrovasculaire à l'ensemble de la population des Laurentides**
- 7. Rendre disponibles les services de la téléthrombolyse aux CSSS Antoine-Labelle (Mont-Laurier) et Des Sommets**

8. Instaurer un continuum de soins et services de réadaptation coordonné et basé sur les pratiques optimales identifiées pour les différentes phases de la réadaptation (unités d'AVC en centre hospitalier secondaire, unités de soins ayant les protocoles de soins pour AVC pour les centres primaires, unités de réadaptation en centre hospitalier, centre de réadaptation en déficience physique, clinique de prévention primaire et secondaire, services dans la communauté)
9. Les professionnels de la santé devraient référer les personnes victimes d'un AVC et leurs proches vers des ressources communautaires susceptibles de leur venir en aide
10. Effectuer une planification préalable des soins en vue de la phase palliative

Les paramètres d'organisation de services

La région des Laurentides vise la mise en place d'un continuum de services (réseau) pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un AVC en s'inspirant du modèle de la stratégie canadienne de l'AVC. Ce continuum assure des services intégrés, coordonnés qui permettent une continuité de soins, ce continuum possède six composantes :

- o Sensibilisation du public
- o Prévention de l'AVC
- o Prise en charge de l'AVC : phase hyperaiguë
- o Prise en charge de l'AVC : phase aiguë
- o Réadaptation post-AVC
- o Réintégration dans la communauté



La mise en place d'une offre de soins et de services standardisée, basée sur les pratiques optimales reconnues par le biais de protocoles de soins, protocole de transport, ainsi que des protocoles de communication. Pour certains programmes cliniques, la normalisation des protocoles sur une base nationale doit être assurée.

La mise en place d'un modèle de main d'œuvre qui reconnaît l'expertise professionnelle et en assure le développement continu pour tous les professionnels impliqués dans le continuum de soins et de services pour les AVC (évolution des pratiques, approche collaborative centrée sur le besoin des personnes, préparation de la relève).

La mise en place d'une approche d'amélioration continue, soutenue par une banque de données cliniques AVC provincial permettant l'évaluation de l'impact du continuum sur l'état de santé de la population ayant eu un AVC sur plusieurs années et du continuum sur la performance du

système de santé (un partenariat entre le MSSS, les RUIS, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC et les partenaires privés est envisagé pour le développement de la banque).

Les études démontrent que :

- Le traitement de l'AVC en phase hyperaiguë (thrombolyse) est efficace, sécuritaire et diminue la mortalité et la morbidité et améliore la qualité de vie des personnes ayant eu un AVC ;
- Une unité d'AVC améliore significativement la qualité des soins offerts et en conséquence le patient a moins de complications, moins de séquelles neurologiques et gagne davantage quant à son autonomie fonctionnelle ;
- La réadaptation spécifique à l'AVC est l'intervention qui a le plus d'impact sur la récupération fonctionnelle et la qualité du patient ayant eu un AVC. L'évaluation des déficits et l'élaboration d'un plan personnalisé doivent rapidement se faire. L'accès à une équipe de réadaptation spécialisée en AVC en temps opportuns dans les milieux appropriés (hospitalisés, en ambulatoire, à domicile) en fonction des besoins et des objectifs de réadaptation identifiés avec le patient est un incontournable à la réussite du continuum.

Le continuum de soins doit :

- Être centré sur la personne, en l'impliquant, lui et ses proches, dans les décisions qui la concernent;
- Offrir une continuité de soins et de services par une approche collaborative ayant des objectifs communs et des moyens efficaces de transfert d'information pertinente aux points de transition;
- Offrir des soins par l'application des pratiques optimales ayant comme conséquence de réduire les variations prévisibles par l'introduction de protocoles standardisés au besoin.

La mise en œuvre comporte trois étapes

1. Implique, en phase hyperaiguë, les services de première ligne, les services préhospitaliers (reconnaissance des signes et des symptômes), les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (évaluation, diagnostic, traitement précoce de l'AVC et admission à l'unité AVC offrant une stabilisation médicale et une réadaptation précoce). Elle implique aussi le développement de la téléthrombolyse;
2. Implique la poursuite de l'implantation du continuum en introduisant les actions attendues en phase réadaptation post-AVC, la phase de maintien⁵ et la phase de réinsertion sociale pour rendre les services disponibles en temps opportun;
3. Concerne le volet de sensibilisation du public et la prévention primaire.

Mise en place d'un réseau qui offre les soins et services coordonnés et intégrés pour les personnes ayant subi un AVC, avec les composantes suivantes :

⁵ La phase de maintien consiste notamment à maintenir les acquis faits par la personne au centre de réadaptation ou encore à maintenir la personne au niveau de son autonomie à domicile.

**Plan régional d'organisation de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un
accident vasculaire cérébral (AVC) 2015-2020**

- L'ensemble des services du réseau, notamment les services préhospitaliers d'urgence et de la première ligne, capable de reconnaître les signes et symptômes d'un AVC, qui offre des soins appropriés et qui assure un transport rapide à l'établissement désigné le plus apte à répondre aux besoins identifiés (centres tertiaires, secondaires et primaires)
- Une organisation hiérarchisée de soins et de services de courte durée par la désignation ministérielle des 4 centres tertiaires (un par réseau universitaire intégré de santé – RUIS), des centres secondaires et des centres primaires.

Vous trouverez ci-dessous les principaux éléments qui doivent être présents au sein des trois niveaux de désignation des centres hospitaliers ; primaire, secondaire et tertiaire

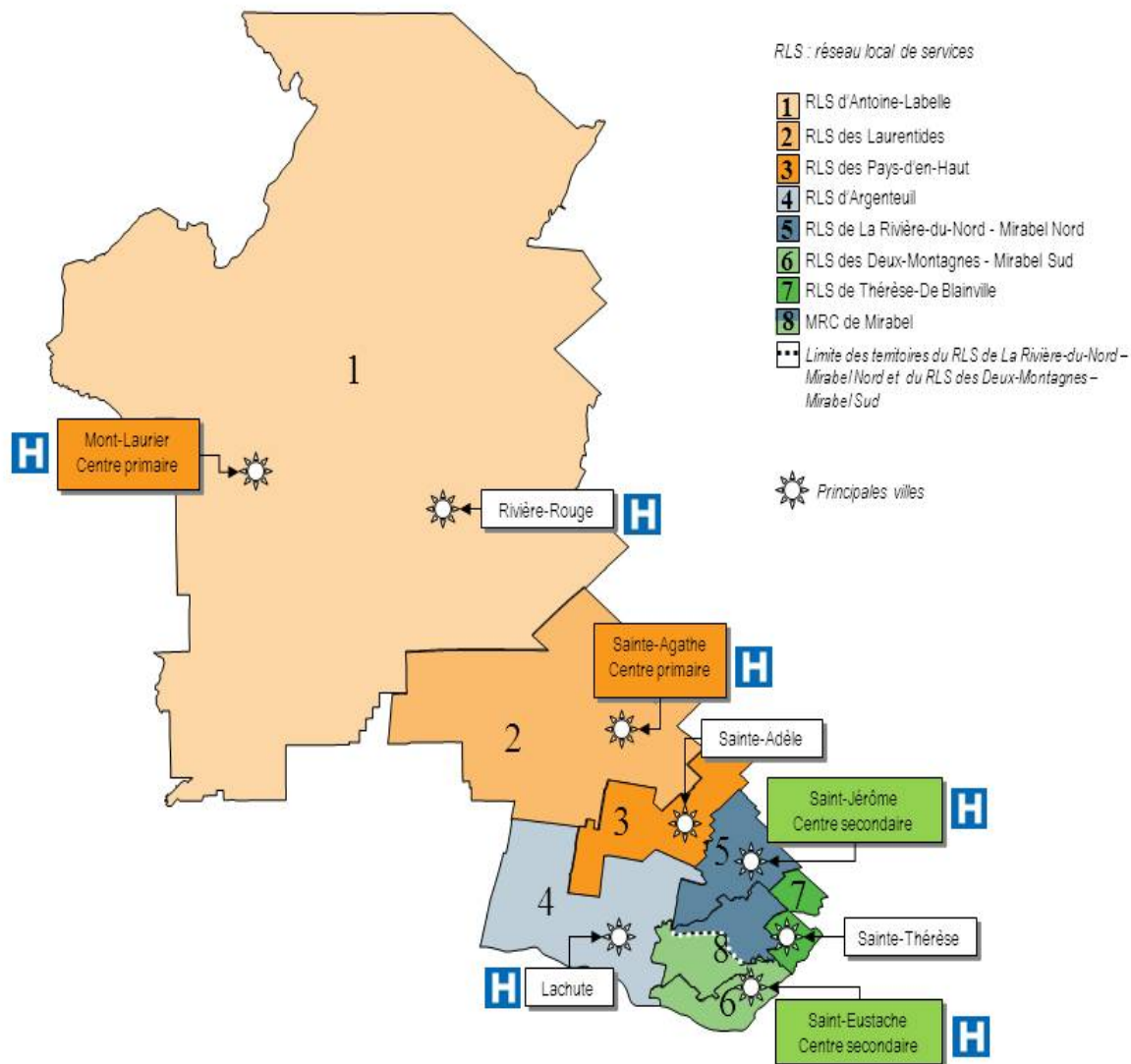
	Centre tertiaire	Centre secondaire	Centre primaire
Programme AVC	X	X	X
Thrombolyse	X	X	X Télé-AVC ou consultation téléphonique
Unité AVC	X	X	
Clinique prévention secondaire	X	X	
Neurochirurgie	X		
Neuro radiologie intervention	X		

Le centre tertiaire désigné pour notre région est le CHUM (Notre-Dame).

Bien que ce soit le ministère qui procédera à la désignation des centres secondaires et primaires, c'est tout de même l'Agence qui proposera parmi les établissements de son territoire la répartition des niveaux de désignation. Voici ce que nous proposerons :

Établissement	Type de désignation
CSSS de Saint-Jérôme	Centre secondaire
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	Centre secondaire
CSSS des Sommets	Centre primaire (avec téléthrombolyse)
CSSS Antoine-Labelle (Mont-Laurier)	Centre primaire (avec téléthrombolyse)
CSSS d'Antoine-Labelle (Rivière-Rouge)	Pas de désignation
CSSS d'Argenteuil	Pas de désignation

**Plan régional d'organisation de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un
accident vasculaire cérébral (AVC) 2015-2020**



Une organisation des soins et des services hiérarchisée en réadaptation : en centre hospitalier (qui doivent débiter au plus tard le 2^e jour post-AVC, en centre spécialisé pour la clientèle AVC (réadaptation post AVC et réinsertion sociale), des services de support pour le maintien à domicile, ressources intermédiaires et centres d'hébergement de soins de longue durée en fonction des besoins identifiés pour le patient;

- Une organisation des soins et des services de première ligne qui offre la prévention et le suivi (modèle maladie chronique) pour les personnes ayant subi un AVC qui mettra à profit les cliniques médicales et les groupes de médecine de famille;
- Une offre d'expertise en AVC par le biais d'une programmation télé-AVC pour soutenir les régions n'ayant pas le volume pour développer une expertise sur place (programme de téléthrombolyse dans un premier temps);
- Une collaboration avec les organismes communautaires pertinents afin d'offrir le soutien aux personnes ayant subi un AVC de même qu'à leurs proches.

La gouvernance

Le ministère coordonne au niveau national le programme AVC, il doit :

- Établir le cadre conceptuel du continuum de services;
- Assurer l'alignement avec les autres projets en cours;
- Assurer le respect des échéanciers d'implantation;
- Évaluer la mise en oeuvre du continuum en fonction des objectifs ciblés par des indicateurs cibles;
- Être facilitateur et supporter les agences et les partenaires nationaux ayant une responsabilité de mise en oeuvre;
- Travailler transversalement : partenariat intra et inter directionnel entre les directions générales du ministère.

L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides est responsable de l'organisation des services et du développement du continuum sur son territoire.

Les centres désignés (selon le tableau en page 10), les équipes soignantes et les CSSS sont responsables d'offrir des soins et des services en fonction des pratiques optimales. Ils sont en contact direct avec le patient et adaptent les services en fonction de ses besoins. Pour compléter leur offre de services, ils réfèrent aux groupes communautaires pertinents.

Les RUIS sont responsables d'offrir l'expertise clinique dans le développement du contenu des protocoles, le développement de la formation, les outils pour l'évaluation du continuum (le registre), l'évaluation des technologies et l'intégration de la recherche dans le cadre du continuum centres désignés et équipes soignantes.

Les collaborateurs tels que la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, le Réseau canadien contre les accidents vasculaires cérébraux (RCCA), Agrément Canada, Réseau montréalais AVC, Comité aviseur AVC ayant un rôle de vigie et de veille, les CSSS sans centre hospitalier, les organismes communautaires, associations d'établissements, organismes professionnels et fédérations.

Le Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier, est le centre spécialisé responsable d'offrir la réadaptation post AVC pour la clientèle de la région des Laurentides. À

titre informatif le Bouclier offre des services aux personnes ayant une déficience du langage, motrice, visuelle et auditive.

La mise en œuvre du continuum des services pour les personnes ayant subi un AVC aura pour résultat d'améliorer le cheminement clinique du patient à toutes les phases de la maladie en offrant des soins basés sur les pratiques optimales de manière coordonnée.

Le fardeau de l'AVC

L'AVC est causé soit par l'interruption de l'approvisionnement en sang du cerveau (AVC ischémique), soit par la rupture d'une artère suivie d'un épanchement de sang dans le cerveau ou autour du cerveau (l'AVC hémorragique intracérébral ou subarachnoïdien, HI ou HSA). Environ 80 % des AVC sont ischémiques. Une lésion permanente du cerveau s'en suit souvent et un tiers des patients d'AVC hospitalisés décèdent dans l'année. Un accident ischémique transitoire (AIT) est dû à une interruption de courte durée de l'approvisionnement sanguin du cerveau. La majorité des AIT ne cause pas de lésions permanentes et les symptômes peuvent rapidement disparaître. Toutefois une personne qui a subi un AIT est à plus grand risque d'un autre AIT ou d'un AVC. La notion de syndrome cérébrovasculaire aigu inclut autant l'AVC que l'AIT⁶.

Les données actuelles proviennent du fichier MED-ECHO (cas hospitalisés). Afin de combler certaines lacunes de disponibilités des données, un registre AVC-AIT provincial devrait bientôt voir le jour.

Type d'AVC dans les Laurentides (2013-2014)

Type AVC %	Québec	Région	Saint-Jérôme	Saint-Eustache	Laurentien	Argenteuil	Mont-Laurier	Rivière-Rouge
Ischémique	65,7	68,5	77,5	61,0	71,0	65,6	60,8	73,7
Hémorragique	11,6	8,8	6,4	8,4	12,0	18,8	8,7	5,3
HSA ⁷	6,2	1,2	0,9	1,6	1,0	0,0	2,2	0,0
AIT ⁸	16,5	21,5	15,2	29,0	16,0	15,6	28,3	21,0
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : Fichier MED-ECHO

Selon la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, les plus récentes statistiques révèlent que⁹ :

Décès

- L'AVC occupe le troisième rang parmi les causes de décès au Canada après le cancer et les maladies cardiaques;
- Chaque année, environ 14 000 Canadiens meurent à la suite d'un AVC;

⁶ Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, *La qualité des soins de l'AVC au Canada*, 2011, pages 8 et 52.

⁷ Hémorragie sous-arachnoïdienne

⁸ Accident ischémique transitoire

⁹ http://www.fmcoeur.on.ca/site/c.pk10L9MMJpE/b.3665085/k.B4DF/Statistiques__Accidents_vasculaires_c233r233braux_AVC.htm

- Chaque année, un plus grand nombre de femmes que d'hommes meurent à la suite d'un AVC.

Prévalence

- Environ 50 000 nouveaux AVC sont rapportés au Canada chaque année ;
- Pour chaque groupe de 10 000 enfants canadiens de moins de 19 ans, il y a 6,7 accidents vasculaires cérébraux ;
- Environ 300 000 Canadiens vivent avec les effets d'un AVC ;
- Après l'âge de 55 ans, le risque d'AVC double tous les dix ans ;
- La probabilité d'un nouvel AVC au cours des deux années qui suivent un accident vasculaire cérébral est de 20 %.

Effets

Pour chaque groupe de 100 personnes qui subissent un AVC :

- 15 % meurent;
- 10 % se rétablissent complètement;
- 25 % se rétablissent avec une déficience ou une incapacité mineure;
- 40 % souffrent d'une déficience modérée ou grave;
- 10 % sont si gravement handicapées qu'elles nécessitent des soins à long terme.

Coûts

- L'AVC coûte 3,6 milliards de dollars annuellement à l'économie canadienne ;
- Le coût moyen des soins de courte durée après un AVC s'élève à environ 27 500 \$;
- Le nombre total de journées d'hospitalisation imputables aux AVC équivaut à trois millions de jours.

**Plan régional d'organisation de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un
accident vasculaire cérébral (AVC) 2015-2020**

En 2013-2014 il y a eu dans les Laurentides **667** hospitalisations liées à l'AVC-AIT.

Région des Laurentides : volume, DMS, médiane 2013-2014

Centre hospitalier	2011-2012			2012-2013			2013-2014			Cible nationale ¹⁰
	Nombre	DMS	Médiane Séjour total	Nombre	DMS	Médiane Séjour total	Nombre	DMS	Médiane Séjour total	
Saint-Jérôme	237	14,8	8	281	14,0	7	218	11,3	7	5 à 7 jours
Saint-Eustache	226	12,4	6	238	13,6	6	249	11,4	6	
Laurentien	80	15,9	6	97	10,9	6	100	13	8	
Argenteuil	49	26,5	11	31	35,0	15	32	24,1	12	
Mont-Laurier	52	13,5	7	49	19,6	15	46	10,8	5	
Rivière-Rouge	23	15,0	8	19	13,3	10	19	17,3	14	
Région	667	14,9	7	715	14,7	7	664	12,3	7	
Total Québec	11 062	14,9	7	11 362	15,3	8	11 962	14,3	7	

Source : Fichier MED-ECHO

Séjour en heures à l'urgence (en attente d'admission 2013-2014)

Séjour à l'urgence (hrs)	Québec %	Région %	Saint-Jérôme	Saint-Eustache	Laurentien	Argenteuil	Mont-Laurier	Rivière-Rouge	Cible nationale
< 24	38,7	24,1	11,3	23,7	19,0	13,8	76,1	61,1	4 heures ¹¹
24-48	40,6	49,2	47,0	53,5	62,0	37,9	21,7	27,8	
48-72	14,0	19,3	30,4	18,8	15,0	13,8	0,0	5,6	
72-96	4,5	5,6	10,7	3,7	3,0	10,3	2,2	5,5	
96-120	1,5	0,7	0,6	0,0	0,0	6,9	0,0	0,0	
120-144	0,5	0,6	0,0	0,4	0,0	13,8	0,0	0,0	
> 144	0,2	0,5	0,0	0,0	1,0	3,4	0,0	0,0	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Admissions directes	8,8	8,8	23,0	1,6	0,0	9,4	0,0	5,3	

Source : Fichier MED-ECHO

Provenance de la clientèle 2013-2014

Provenance	Québec %	Région %	Saint-Jérôme	Saint-Eustache	Laurentien	Argenteuil	Mont-Laurier	Rivière-Rouge
CH	5,5	3,3	5,0	2,4	1,0	9,4	2,2	0,0
CHSLD	1,5	0,6	0,0	1,2	0,0	3,1	0,0	0,0
CR	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Domicile	84,4	87,8	89,5	84,4	92,0	68,7	97,8	100,0
Autres	8,2	8,3	5,5	12,0	7,0	18,8	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Fichier MED-ECHO

¹⁰ Comité d'experts sur l'offre de services en réadaptation post-AVC, présidé par Dr Carol L. Richards, Trajectoires de services de réadaptation post-AVC, Un continuum centré sur la personne, 2013, page 90.

¹¹ MSSS et AQESSS, Guide de gestion de l'urgence, septembre 2006, 251 pages.

**Plan régional d'organisation de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un
accident vasculaire cérébral (AVC) 2015-2020**

Destination de la clientèle 2013-2014

Destination	Québec %	Région %	Saint- Jérôme	Saint- Eustache	Laurentien	Argenteuil	Mont- Laurier	Rivière- Rouge
CH	7,1	5,9	7,3	3,6	7,0	0,0	8,7	15,8
CHSLD	7,1	5,3	5,1	4,8	4,0	9,4	6,5	10,5
CR	11,6	2,1	1,4	1,6	0,0	21,9	0,0	0,0
Domicile	43,7	48,0	48,6	53,4	44,0	28,1	43,5	36,8
Décès	13,4	15,1	18,3	14,1	12,0	6,2	15,2	21,1
Autres	17,1	23,6	19,3	22,5	33,0	34,4	26,1	15,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Fichier MED-ECHO

Il est à noter que jusqu'en 2012-2013 la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) interne était majoritairement offerte par les CSSS. Il en est de la responsabilité du Centre de réadaptation en déficience physique le Bouclier depuis 2013-2014.

Taux ajusté de mortalité par maladies cérébrovasculaires dans les Laurentides et le Québec

	Taux annuel moyen pour 100 000 personnes		
	Masculin	Féminin	Total
Rivière-du-Nord – Nord de Mirabel	38,4	30,7	34,3
Deux-Montagnes – Mirabel Sud	33,3	30,6	31,8
Laurentides	37,3	37,4	37,1
Argenteuil	24,9 *	50,9 (+)	39,5
Antoine-Labelle	29,7 *	31,4	31,1
Thérèse-De Blainville	33,1	28,0	30,4
Pays-d'en-Haut	21,9 *	28,2	25,4
Total région des Laurentides	32,5	32,1	32,5
Le Québec	30,7	30,6	30,9

Source : MSSS, Fichier des décès 2005-2009

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur à 33,33 %. La variable doit être interprétée avec prudence

(+) Valeur significativement plus élevée que celle du reste de la région, au seuil de 5 %

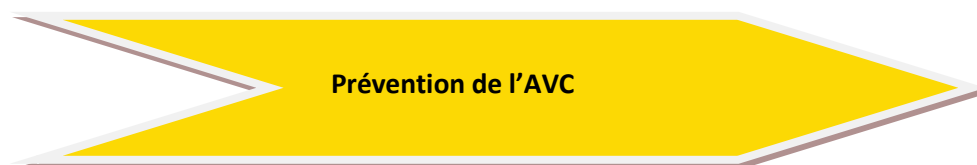
Nombre annuel moyen pour mortalité par maladies cérébrovasculaires, 2005-2009

	Masculin	Féminin	Total
Rivière-du-Nord – Nord de Mirabel	20	21	41
Deux-Montagnes – Mirabel Sud	12	15	27
Laurentides	9	11	20
Argenteuil	4	11	15
Antoine-Labelle	6	7	14
Thérèse-De Blainville	15	17	32
Pays-d'en-Haut	6	8	13
Total région des Laurentides	72	90	162
Le Québec	1 106	1 618	2 724

Source : MSSS, Fichier des décès 2005-2009

À la lumière des données disponibles, nous pouvons constater que la durée moyenne de séjour est passablement loin de la cible, cependant l'ensemble du Québec est dans la même situation. La situation doit cependant s'améliorer. Avec le déploiement graduel du congé précoce assisté, la durée de séjour devrait diminuer graduellement.

Il en va de même pour les séjours à l'urgence de plus de 48 heures qui sont passablement plus élevées que l'ensemble du Québec. Si tous les centres hospitaliers de niveau primaire regroupaient quelques lits sur une unité pouvant bénéficier d'intervenants dûment formés à la clientèle AVC, on pourrait observer une diminution des séjours à l'urgence. Concernant les centres secondaires, en ayant à leur disposition une unité AVC dédiée les séjours à l'urgence devraient également connaître une baisse pour la clientèle AVC. L'accessibilité aux services du Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier dans les sept jours post-admission pour un AVC pourrait également contribuer à diminuer la durée moyenne de séjour.



La prévention de l'AVC¹²

MESURE 1. La population des Laurentides devrait connaître les principaux facteurs de risque de l'AVC

Parmi les problèmes de santé qui peuvent entraîner la mort, l'AVC est l'un des plus faciles à prévenir. Voici quelques mesures que la population peut prendre pour réduire son risque de subir un AVC. Lorsque des statistiques pour notre population sont disponibles, nous les présenterons.

Maîtrise de la tension artérielle

L'hypertension est le plus important facteur de risque d'AVC sur lequel on peut agir. Une réduction de dix points la tension artérielle peut diminuer de 40 % les risques de subir un AVC. Dans les Laurentides en 2010-2011 c'est un peu plus de 97 000 personnes qui sont atteintes d'hypertension artérielle. Cela représente une prévalence de 21,2 % ce qui est légèrement supérieur à celle du Québec qui elle est de 20,7 %.

Abandon du tabagisme

Le tabagisme augmente de deux à trois fois le risque d'AVC. Si l'on cesse de fumer, le risque d'avoir un AVC diminue rapidement au cours de la première année. Après cinq ans, les risques sont identiques à ceux d'une personne n'ayant jamais fumé. Fait notable, l'exposition à la fumée secondaire double les risques d'AVC. Concernant la proportion actuelle de fumeurs dans la région, elle est comparable à l'ensemble du Québec soit 23,6 % comparativement à 22,4 % pour la province. La proportion de fumeurs chez les hommes et les femmes est comparable.

¹² http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/stroke-accident_vasculaire_cerebral/prevention-fra.php et
http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562141/k.B406/AVC__Pr233vention_de_lAVC_et_des_facteurs_de_risques.htm

Consommation excessive d'alcool

Une consommation excessive d'alcool de tout type peut faire augmenter la pression artérielle et contribuer au développement de maladies du cœur et d'AVC. Pour la région des Laurentides, c'est 19,8 % de la population qui présente une consommation excessive d'alcool comparativement à 18,7 % pour le reste du Québec. Ici les hommes se démarquent des femmes avec une proportion de 27,3 % comparativement à 12,4 %.

Maîtrise du cholestérol sanguin

La corrélation entre un taux élevé de mauvais cholestérol (cholestérol LDL) et les maladies cardiaques est plus forte que la corrélation entre un taux élevé de mauvais cholestérol et l'AVC. Cependant, le cholestérol LDL cause l'athérosclérose (durcissement des artères), qui augmente le risque d'AVC. Les personnes devraient garder un taux de cholestérol dans la fourchette recommandée. Pour y arriver, l'exercice est recommandé, la conservation d'un poids santé ou la prise de médicaments prescrits par le médecin, selon la situation dans laquelle la personne se trouve.

Exercice

L'exercice est un facteur important dans la réduction du risque d'AVC. Il peut réduire de moitié les risques de subir un AVC en choisissant judicieusement le type et la durée des exercices. La pratique régulière d'exercice va souvent de pair avec d'autres modes de vie sains et peut aider à prévenir d'autres maladies chroniques comme le cancer, le diabète ainsi que les maladies pulmonaires et cardiaques. En ce qui a trait à l'activité physique chez les personnes de 18 ans et plus, nous nous comparons à l'ensemble du Québec avec une proportion de 38 % de gens qui se considèrent actifs comparativement à 38,4 % pour la province. Par ailleurs, c'est 42,5 % de notre population qui se dit peu active ou sédentaire, ce qui est comparable à l'ensemble du Québec avec une proportion de 42,4 %.

Le stress

Bien que le stress puisse parfois être une bonne chose, trop de stress peut vraiment nuire à la santé et faire augmenter les risques de maladies du cœur et d'AVC. Le lien entre le stress, les maladies du cœur et les AVC n'est pas entièrement compris, mais certaines personnes très stressées, ou stressées pendant de longues périodes, peuvent afficher un taux de cholestérol plus élevé, une pression artérielle plus haute et être plus sujettes à l'athérosclérose (rétrécissement des artères).

Maintien d'un poids santé

Une saine alimentation peut aider à perdre du poids et à réduire le tour de taille. L'indice de masse corporelle est un bon indicateur pour savoir si une personne a atteint ou non son poids idéal. Les femmes ayant un IMC élevé sont à risque de subir un AVC. Dans les Laurentides 51,8 % de la population de 18 ans et plus présente un surplus de poids, soit 226 200 personnes, pour le reste du Québec cette proportion s'élève à 50,5 %. Dans la région, 34,1 % font de l'embonpoint et 17,7 % souffrent d'obésité.

Maintien d'une glycémie normale

Près de 20 %, des personnes qui ont un AVC sont diabétiques. L'une des raisons pour lesquelles les diabétiques sont plus à risque de subir un AVC est qu'à la longue, un taux élevé de sucre dans le sang peut endommager les vaisseaux sanguins qui mènent au cerveau. Une bonne prise en charge du diabète peut réduire de beaucoup les risques de subir un AVC.

Traitement de la fibrillation auriculaire

La fibrillation auriculaire est un trouble du rythme cardiaque qui augmente le risque de formation de caillots, qui peuvent causer un AVC. Si les personnes prennent des médicaments anticoagulants contre la fibrillation auriculaire, elles doivent suivre exactement la prescription.

La revue de la littérature démontre qu'une approche systémique intégrée et coordonnée des services sous forme de continuum (réseau) :

- Réduit la mortalité et la morbidité liées à l'AVC
- Améliore la qualité de vie des personnes ayant subi un AVC et celle de leurs proches
- Améliore la performance du système de santé (coût – efficience)

En lien avec les facteurs de risque ci-dessus, voici les divers programmes mis de l'avant par la Direction régionale de la santé publique :

SERVICES PRÉVENTIFS

Milieus cliniques

La Direction de santé publique des Laurentides (DSP) et les CSSS de la région œuvrent à soutenir les équipes de ses milieux cliniques de première ligne afin d'optimiser leurs activités en prévention, notamment pour le dépistage de l'hypertension artérielle et l'adoption de saines habitudes de vie (alimentation, activité physique et tabagisme). Les infirmières en prévention clinique des CSSS accompagnent les milieux cliniques et outillent les professionnels afin d'augmenter l'offre de prestation à la population, en minimisant le temps nécessaire et en optimisant l'utilisation des ressources. Les infirmières en prévention clinique sont soutenues par une équipe régionale composée de médecins-conseils et d'experts en entretien

motivationnel. Les collaborations se créent au rythme des besoins exprimés par le milieu clinique et dans le respect de l'autonomie des cliniciens.

Différents types d'outils sont développés selon les besoins des milieux cliniques, les stratégies reconnues efficaces et les meilleures pratiques. Ils peuvent être destinés aux cliniciens (ex : formation sur les dernières recommandations), aux patients (ex : dépliant d'information, journal de bord des mesures de tension artérielle) ou pour optimiser l'organisation du milieu clinique (ex : système de rappel informatisé, soutien à la mise en place d'ordonnance collective).

La DSP soutient également des milieux de deuxième ligne désireux d'organiser leur milieu pour favoriser la référence aux services préventifs de première ligne.

Services à la population

Des services gratuits sont offerts en CSSS directement à la population voulant modifier leurs habitudes en lien avec le l'alcool, le tabagisme, l'alimentation et l'activité physique.

Alcool

Alcochoix+ est un programme de prévention s'adressant aux personnes de 18 ans et plus, préoccupées par leur consommation d'alcool et désirant modifier leurs habitudes. La démarche propose trois formules (autonome, guidée ou de groupe) pour mieux s'adapter aux besoins du participant.

Tabagisme

Les Centres d'abandon du tabagisme (CAT) offrent des consultations individuelles ou de groupes à toute personne désirant entreprendre une démarche pour cesser de fumer. Les services sont dispensés par des infirmières spécialement formées dans le domaine.

Les fumeurs qui souhaitent cesser de fumer peuvent également compter sur l'ordonnance collective régionale, disponible directement dans toutes les pharmacies communautaires de la région, pour se procurer une thérapie de remplacement de la nicotine admissible à une couverture de la part des assurances- médicaments.

Alimentation et activité physique

Les Services de motivation à l'adoption de saines habitudes de vie (SMASH) sont des services offerts aux personnes présentant des facteurs de risque de développer des maladies chroniques. Ces services sont dispensés par des nutritionnistes et kinésiologues qui soutiennent et accompagnent les personnes dans leur cheminement vers une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif.

Environnements favorables

La population des Laurentides devrait avoir accès dans son milieu de vie à un environnement et une gamme de services lui permettant de maintenir et d'améliorer sa santé à coût nul ou faible. Le développement de pistes cyclables, l'augmentation de la disponibilité d'aliments sains dans les communautés ou l'organisation d'activités physique en milieu de travail sont des exemples de projets dans ce domaine. L'approche par milieu de vie implique nécessairement une collaboration entre différents groupes d'acteurs comme le milieu scolaire, les municipalités, les milieux de travail et le secteur de la santé. La DSP soutient le déploiement de programmes faisant la promotion d'environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie.

Milieus de travail

Le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION est un programme intégré de prévention qui agit autant en milieu de travail que dans la communauté où il vise la modification de l'environnement physique, social et économique afin de rendre le milieu plus convivial et compatible à des choix santé. Le programme cible trois habitudes de vie modifiables : le tabagisme, l'alimentation et l'activité physique.

Le Défi Laurentides (Montmorency) est aussi déployé dans la région. Il s'agit d'une initiative qui vise l'augmentation de l'activité physique quotidienne en créant une compétition amicale entre des équipes formées d'employés d'un milieu de travail.

Milieus de vie des aînés

La DSP soutient le déploiement de programmes Kino-Québec visant l'augmentation de la pratique de l'activité physique chez cette clientèle. Le programme Viactive propose aux personnes de 65 ans et plus d'exécuter des routines d'exercice en groupe. Ces activités se déroulent en résidences privées et en centres communautaires. Pour ce qui est des personnes de 50 ans et plus, la DSP soutient 30 groupes de marche et de plein air de la région.

Milieus de vie des jeunes et des familles

La Direction de santé publique des Laurentides coordonne l'Alliance régionale pour des environnements favorables à de saines habitudes de vie. Il s'agit d'une instance de concertation qui souhaite améliorer l'alimentation et le niveau d'activité physique des jeunes et des familles de notre territoire. Elle regroupe des ministères et organismes régionaux qui possèdent des leviers pour modifier les habitudes de vie et favorise l'harmonisation, l'intégration et la pérennisation des actions dans la région. Le dépôt d'un plan d'action triennal concerté dans les prochaines semaines viendra baliser les actions de ce regroupement pour les trois prochaines années.

Campagnes sociétales

À l'échelle de la population, les équipes de la DSP soutiennent des campagnes sociétales telles que Plaisir d'hiver (activité physique), Le *Défi* J'arrête j'y gagne (abandon du tabac), le Défi santé 5-30/Équilibre (alimentation, activité physique et gestion du stress), Journée nationale du Sport et de l'activité physique ainsi que Famille sans fumée (réduction de l'exposition à la fumée de tabac environnementale).

Le réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires¹³ énonce trois recommandations au sujet des facteurs de risque de l'AVC, les voici :

Pour la population : Apprenez à connaître les risques d'AVC et les moyens de les réduire : moins de sodium dans les aliments, consommation régulière de fruits et de légumes, moins de gras dans l'alimentation, abandon du tabac et adoption d'un mode de vie sain et actif.

Pour les fournisseurs de soins : Mesurez la tension artérielle de vos patients régulièrement à chaque visite appropriée. Encouragez-les et soutenez-les dans l'adoption de modes de vie plus sains et actifs et faites régulièrement un suivi. Utilisez des outils d'évaluation du risque pour sensibiliser vos patients à leur risque d'être victime d'un AVC.

Pour les décideurs : Continuez à encourager les modes de vie plus sains et la réduction des facteurs de risque par des politiques qui favorisent des choix alimentaires sains, un environnement sans tabac et l'activité physique.

¹³ Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, *La qualité des soins de l'AVC au Canada*, 2011.



Le travail de sensibilisation concerne particulièrement la direction de santé publique et les groupes communautaires. Dans la section prévention de l'AVC vous pourrez constater les diverses interventions des équipes de la santé publique notamment au regard de l'importance de bouger, de bien se nourrir et d'adopter de saines habitudes de vie. Les établissements auraient également avantage à travailler de concert avec la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC afin de déployer des programmes de sensibilisation auprès de leurs communautés respectives. Les groupes communautaires vont également leur part au niveau de la sensibilisation, par exemple le Groupe de relève pour les personnes aphasiques font la promotion d'un sent-bon pour les voitures où sont inscrits les signes avant-coureurs d'un AVC.

Selon un sondage Environics Omnibus datant de 2009, 66 % des personnes interrogées au Québec ont répondu que l'AVC était un blocage ou une rupture d'un vaisseau sanguin du cerveau. Seulement 6 % n'avaient aucune idée de quoi il s'agissait.

Les signes avant-coureurs d'un AVC¹⁴ :

MESURE 2. La population des Laurentides devrait être en mesure de reconnaître les signes avant-coureurs et les symptômes de l'AVC
--

- i. L'éducation du public en matière de l'AVC devrait mettre l'accent sur le fait qu'un AVC est une urgence médicale pour laquelle il faudrait immédiatement obtenir des soins médicaux. Les membres du public devraient savoir que l'action appropriée est d'appeler le 911 ou le numéro d'urgence local.
- ii. L'éducation du public devrait également signaler que l'AVC peut frapper des personnes de tout âge – nouveau-nés, enfants comme adultes – et faire le point sur les bienfaits de soins médicaux précoces.

Au niveau des signes avant-coureurs le même sondage préalablement cité révèle que 48 % de la population québécoise peut mentionner au moins deux signes avant-coureurs de l'AVC alors que 21 % seulement en mentionnent au moins trois. Fait à noter 27 % de la population est incapable de nommer un seul signe avant-coureur.

Les symptômes¹⁵ :

- **Faiblesse** – Perte soudaine de force ou engourdissement soudain au visage, à un bras ou à une jambe
- **Trouble de la parole** – Difficulté soudaine à parler ou comprendre le langage
- **Trouble de vision** – Perte soudaine de la vision, particulièrement dans un œil, ou vision double
- **Mal de tête** – Mal de tête soudain, intense et inhabituel

¹⁴ <http://www.strokebestpractices.ca/index.php/public-awareness-of-stroke/symptom-recognition-and-reaction/?lang=fr>

¹⁵ http://www.fmcoeur.com/site/c.ntlXJ8MMIqE/b.3562139/k.DCE5/Signes_avantcoureurs_de_lAVC.htm?src=home

- **Étourdissement** – Perte soudaine de l'équilibre, en particulier si elle s'accompagne d'un des autres signes

Selon la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, les effets d'un AVC sur l'hémisphère gauche ou droit sont différents, les voici¹⁶ :

Les effets des AVC à l'hémisphère gauche :

- Faiblesse ou paralysie du côté droit du corps ;
- Difficulté à lire, à parler, à penser et à calculer ;
- Comportement peut-être plus lent et plus hésitant que d'habitude ;
- Difficulté à acquérir de nouvelles connaissances ou à retenir de nouvelles informations ;
- Besoin de directives et de commentaires fréquents pour terminer les tâches.

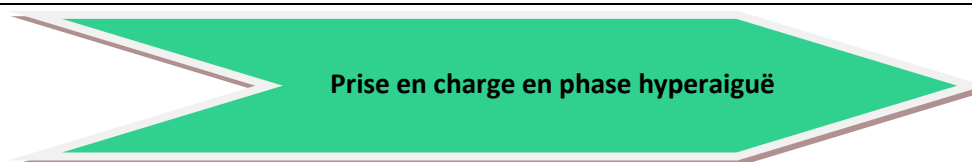
Les effets des AVC à l'hémisphère droit :

- Faiblesse ou paralysie du côté gauche du corps ;
- Problèmes de la vue ;
- Difficultés à comprendre les relations spatiales telles que les distances, la profondeur, le haut et le bas, l'avant et l'arrière. On peut éprouver de la difficulté à ramasser des objets, à boutonner une chemise ou à lacer des chaussures ;
- Difficultés à s'orienter sur une carte ;
- Problèmes de mémoire à court terme. On peut se souvenir des événements datant de plusieurs années, mais oublier ce qui vient de se passer il y a quelques minutes à peine ;
- Oubli ou ignorance des objets ou des gens qui se trouvent à la gauche (ce phénomène s'appelle «négligence»). On peut même ignorer son bras ou sa jambe gauche ;
- Problème de jugement, par exemple agir impulsivement ou ne pas reconnaître ses propres limites.

AVC du tronc cérébral : Forme peu courante d'AVC. Le tronc cérébral est la région qui se trouve à la base du cerveau, directement au-dessus de la moelle épinière. Un AVC du tronc cérébral peut provoquer des difficultés avec les fonctions suivantes :

- La respiration et la fonction cardiaque ;
- Le contrôle de la température du corps ;
- L'équilibre et la coordination ;
- Une faiblesse ou une paralysie des bras ou des jambes des deux côtés du corps ;
- La mastication, la déglutition et la parole ;
- La vue.

¹⁶ <http://www.fmcoeur.qc.ca/site/pp.aspx?c=kplQKVOxFoG&b=3670057>



Le Centre de communication santé Laurentides-Lanaudière¹⁷

Actuellement, le Centre de communication santé Laurentides Lanaudière utilise l'outil diagnostic d'AVC pour identifier les symptômes d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Cet outil s'appuie sur les questions utilisées dans le Système de priorisation d'appels d'urgence (MPDS/Medical Priority Dispatch System). Il a été élaboré sur des méthodes utilisées couramment, telles le Cincinnati Stroke Scale et le F.A.S.T. test. Ces méthodes se sont répandues au grand public afin de l'aider à identifier des gens victimes d'un AVC.

La priorisation de l'appel est déterminée selon les résultats obtenus au questionnaire de l'outil diagnostic d'AVC. L'outil évalue de manière subjective une combinaison variée de symptômes liés à l'AVC. Ces symptômes, d'apparition soudaine, sont : problème d'élocution, faiblesse, engourdissement ou paralysie à un des côtés du corps, perte d'équilibre ou de coordination, trouble de vision, mal de tête intense sans cause connue. Utilisant une formule logique de pondération interne, l'outil attribuera le cas à l'une des quatre catégories suivantes : évidence claire d'AVC, évidence importante d'AVC, évidence partielle d'AVC ou aucune évidence d'AVC. Une priorité de transport P1 sera attribuée sauf s'il est catégorisé « aucune évidence d'ACV », la priorité sera alors P3 (vous trouverez en annexe le tableau général des priorités)

L'outil diagnostique d'AVC sera probablement à la base des futures études sur les résultats de la répartition médicale d'urgence lors de l'identification d'un AVC et sa formule logique de pondération en sera davantage raffinée.

Dès l'apparition de l'un ou l'autre des symptômes, il est important de communiquer avec le 9-1-1, car il s'agit d'une urgence médicale

Dans le plan triennal de formation obligatoire, 2013-2016, pour les SPU, il est prévu qu'une formation de reconnaissance des AVC soit donnée à l'ensemble des TAP du territoire. La formation sur « L'approche préhospitalière au patient présentant un AVC aigu probable » débute en septembre 2014 pour la région des Laurentides

MESURE 3. Les services préhospitaliers d'urgence utiliseront l'échelle de Cincinnati comme outil d'évaluation standardisé afin de valider le risque de présence d'un AVC\ICT

¹⁷ Centre où l'ensemble des appels du 911 sont reçus.

L'échelle de Cincinnati peut être réalisée en 30 à 60 secondes. Elle est basée sur la présence d'une asymétrie de la motricité et repose sur :

- un examen facial, en demandant au patient de faire un sourire : si l'un des côtés ne bouge pas aussi bien que l'autre côté, le résultat est anormal;
- un examen des bras, en demandant au patient de fermer les yeux et d'étendre les bras vers l'avant : si un bras descend comparativement à l'autre, le résultat est anormal;
- une vérification des facilités d'élocution : si le patient a du mal à parler ou éprouve des difficultés, le résultat est anormal.

Lorsque l'un de ces 3 signes précédents est estimé anormal par les techniciens ambulanciers\paramédics, la sensibilité de cette échelle pour identifier un AVC est de 59 % et sa spécificité de 89 %; lorsque l'évaluation est réalisée par un médecin, la sensibilité et la spécificité de cette échelle sont respectivement de 66 % et de 87 %.¹⁸

En fonction de la désignation des centres dans la région des Laurentides (primaire et secondaire) et de la sévérité des symptômes observés, les techniciens ambulanciers paramédics dirigeront le patient vers le centre hospitalier le plus apte à le prendre en charge, et ce, selon les directives du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence.

Le protocole actuel (Med 14 – Paralyse) consiste à donner un traitement de support si nécessaire (oxygène, support ventilatoire), considérer le risque d'hypoglycémie et la traiter au besoin, effectuer le dépistage thrombolyse et transporter en conséquence.

Le dépistage d'un patient en ACV probable et candidat à la thrombolyse consiste à :

- appliquer l'échelle de Cincinnati, si un critère positif vérifie tous les critères d'inclusion :
 - o Âge ≥ 16 ans
 - o État conscience A ou V sur l'échelle AVPU
 - o Délai d'arrivée au CH receveur est de $< 3,5$ heures depuis le début des symptômes
 - o Glycémie $\geq 3,0$ mmol/L
 - o Le patient n'est pas dans une condition où il reçoit des soins de fin de vie

Si le dépistage est positif, les techniciens ambulanciers\paramédics préviennent le centre hospitalier receveur de leur arrivée dès que possible afin que tout soit en place afin de prendre en charge rapidement le patient victime d'un AVC, particulièrement l'accès au scan.

¹⁸

http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Prise_d_appel_et_regulation_de_l_accident_vasculaire_cerebral_au_SAMU_centre_15.pdf

Le transport sera effectué de façon **urgente** vers le centre primaire ou secondaire le plus près.

Donc si ACV aiguë, transport au CH le plus près sauf Argenteuil et Rivière-Rouge.

Si négatif pour ACV aigu, mais symptômes neurologiques ou amélioration des symptômes (AIT probable), transport **immédiat** vers centre primaire ou secondaire le plus près.

Les premiers répondants

Les premiers répondants ont eux aussi un rôle crucial dans les soins initiaux des personnes en possible AVC aigu, ils seront en mesure de faire une gestion efficace des voies respiratoires, appliquer de l'oxygène si nécessaire et prévenir ou réagir à une détérioration de l'état du patient. Les premiers intervenants présents sur les lieux étant souvent les premiers répondants pourront aussi rassurer les familles et les patients et prévenir les autres intervenants sur l'état du patient.

L'AVC, une urgence médicale

MESURE 4. Reconnaître l'AVC comme une urgence médicale à chronodépendance

La région des Laurentides a débuté des travaux depuis 2012 pour que l'AVC soit considéré régionalement comme une urgence médicale. Un comité régional a été mis en place par l'Agence. Les CSSS ciblés pour devenir éventuellement centre primaire ou secondaire ont été interpellés pour mettre en place des comités locaux. À ce jour, le CSSS de Saint-Jérôme, Des Sommets et d'Antoine-Labelle (Mont-Laurier) ont débuté leur comité local respectif. Le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes devrait débiter prochainement ses travaux.

Pour les aider les CSSS dans cette démarche, un représentant de l'Agence des Laurentides soutien le déploiement de ces comités locaux. De plus, les critères de désignation pour les centres primaire et secondaire leur ont été remis. Dans le but de ne pas réinventer la roue et de standardiser les pratiques au niveau régional, les documents élaborés par le CSSS de Saint-Jérôme sont partagés aux autres CSSS. L'Agence et la leader médicale en neurologie agiront à titre de facilitateurs pour les CSSS.

Pour améliorer la prise en charge, plusieurs éléments sont importants à mettre en place dont :

- la reconnaissance rapide des signes avant-coureurs et les symptômes de l'AVC
- le patient soit dirigé au bon endroit (centre désigné)
- les protocoles et ordonnances pour AVC y compris l'accès au plateau diagnostique
- l'accès à une unité d'AVC

Délais ciblés des soins offerts à l'urgence¹⁹

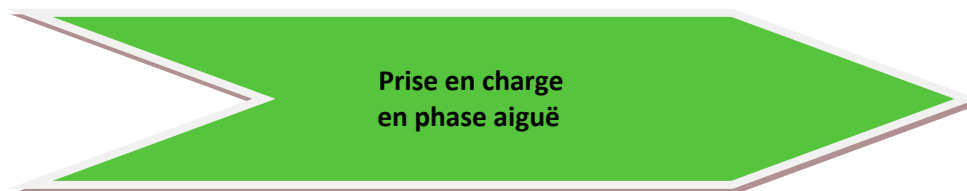
Veuillez noter que ce sont des délais maximums, l'objectif étant toujours d'intervenir le plus rapidement possible.

De l'arrivée à l'urgence à la consultation médicale	≤ 10 minutes
De l'arrivée à l'urgence à la prise en charge par l'équipe AVC	≤ 15 minutes
De l'arrivée à l'urgence à la TDM cérébrale	≤ 25 minutes
De l'arrivée à l'urgence à l'interprétation de la TDM cérébrale	≤ 45 minutes
De l'arrivée à l'urgence à la médication	≤ 60 minutes
De l'arrivée à l'urgence à l'admission sur l'unité AVC	≤ 3 heures

Selon le Réseau canadien contre les AVC, le créneau favorable à un traitement efficace en vue de réduire les lésions au cerveau est bref soit 4,5 heures suite aux premiers signes et symptômes.²⁰

¹⁹ American Stroke Association, Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke : A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association, Stroke, 2013; 44 : 870-947.

²⁰ Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, *La qualité des soins de l'AVC au Canada*, 2011, page 20.



Les soins dans une unité d'AVC sont associés à une baisse des décès, des soins en établissement, de la dépendance et de la durée du séjour.²¹ Par ailleurs, les soins en unité d'AVC réduisent la probabilité de décès et de handicap jusqu'à 30 % chez les personnes victimes d'AVC léger, modéré ou grave.²²

- Les centres tertiaires et secondaires désignés ont tous une unité AVC dédiée.
- Les centres primaires désignés n'ont pas d'unité dédiée AVC en raison de l'absence d'une masse critique; ceux qui admettent les patients avec un AVC doivent les admettre sur une unité de soins où l'équipe soignante a reçu une formation spécifique à l'AVC et dispose des protocoles de soins AVC nécessaires. Le recours à la téléthrombolyse sera possible.

L'apport de la technologie

- Les nouvelles technologies permettent dorénavant d'offrir des traitements à distance nécessitant une expertise lorsque la demande (faible volume) ne permet pas le développement de l'expertise sur place.
- La télémédecine permet d'offrir des soins et services (téléthrombolyse, prévention secondaire, téléadaptation), la formation continue et un soutien aux patients et aux proches.
- Développement de la télé-AVC et de la téléthrombolyse.

Au cours de l'année 2014-2015 nous souhaitons développer la téléthrombolyse en collaboration avec le RUIS de l'Université de Montréal et le ministère. Suite à l'expérience concluante au RUIS de l'Université Laval, le ministère de la santé et des services sociaux a décidé d'élargir à l'ensemble du Québec la téléthrombolyse. Pour notre territoire, deux établissements ont été ciblés afin de bénéficier de la téléthrombolyse, il s'agit des CSSS d'Antoine-Labelle (site Mont-Laurier) et des Sommets.

La téléthrombolyse consiste à prendre en charge à distance via la visioconférence un patient victime d'un AVC. Concrètement un neurologue du CHUM-Notre-Dame se connecte par visioconférence et visualise le patient et l'équipe soignante du centre demandeur. Il a accès aux examens d'imagerie, propose les examens nécessaires et guide l'ensemble des étapes thérapeutiques (administration de la thrombolyse - un médicament le rt-PA est donné afin de dissoudre le caillot-).

²¹ Réseau Canadien contre les accidents cérébrovasculaires, *la qualité des soins de l'AVC au Canada*, 2011, page 54.

²² Stroke Unit Trialists' Collaboration, Organised inpatient (stroke unit) care for stroke, Cochrane database Syst Rev, 2007; (4) cité dans <http://www.canadianstrokenetwork.ca/wp-content/uploads/2011/06/QoS-CFR1.pdf>

**Plan régional d'organisation de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un
accident vasculaire cérébral (AVC) 2015-2020**

Activités	Pratique actuelle ²³	Cible
Téléthrombolyse	Non disponible	Disponible
Téléréadaptation	Partiellement, non structurée	Disponible
Téléconsultation (prévention secondaire)	Non disponible	Disponible
Téléformation	Non disponible	Disponible

MESURE 5. Rendre disponibles les services de la téléthrombolyse aux CSSS Antoine-Labelle (Mont-Laurier) et Des Sommets

MESURE 6. Admettre les patients ayant subi un AVC directement à une unité AVC le plus rapidement possible

Des études ont mené au concept de triage pour diriger les patients vers la trajectoire de services de réadaptation les plus appropriée pour répondre aux besoins de la clientèle. Le concept de triage est basé sur les évidences que le meilleur prédicteur de la récupération post-AVC est la sévérité initiale de l'AVC et nécessite la capacité d'évaluer les patients avec des outils valides et fiables.

Nous souhaitons au cours de l'hiver 2015 organiser des formations auprès de l'ensemble des infirmières au triage dans les urgences de la région. L'échelle de Cincinnati sera privilégiée.

Le ministère a opté pour l'outil version abrégée du SMAF qui sera utilisé 3 à 5 jours suivants l'AVC afin de planifier les services dans la communauté.

Gravité de l'AVC

Légère pSMAF <48	Modérée pSMAF ≥48 - <55	Sévère pSMAF ≥55 - <63	Très sévère pSMAF 63 et +
-------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

Sur le plan de l'organisation, le CSSS de Saint-Jérôme et celui du Lac-des-Deux-Montagnes désignés comme centres secondaires auront une unité d'AVC qui répondra aux caractéristiques suivantes²⁴ :

- unité physiquement distincte et bien définie;
- accès à du personnel ayant une expertise spécialisée en AVC et en réadaptation (les disciplines suivantes sont accessibles : médecine –notamment la neurologie-, soins infirmiers, ergothérapie, physiothérapie, orthophonie, travail social, nutrition et au besoin pharmacie, psychologie, technique de loisirs);
- accès à une équipe multidisciplinaire (qui se réunit au moins toutes les semaines) et qui offre des soins en phase aiguë de l'AVC et les soins de réadaptation;
- l'équipe des professionnels évalue les patients et élabore un plan de prise en charge dans les 24 à 48 heures suivants l'admission;

²³ Idem.

²⁴ http://strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2010/11/CSS-Stroke-Unit-Resource_FR3-Final-for-print.pdf

- utilisation par les cliniciens d'outils normalisés et validés pour évaluer les incapacités dues à l'AVC et l'état fonctionnel du patient;
- utilisation de protocoles, d'ordonnances et d'algorithmes fondés sur l'expérience clinique afin de guider les soins actifs et de réadaptation;
- le partage de la prise de décision et de l'établissement des objectifs par l'équipe de soins, le patient et les soignants, intégré dans la prestation des soins de l'AVC;
- l'importance attachée à l'éducation et du soignant à titre de composante essentielle des soins en phase aiguë et post-aiguë;
- réadaptation précoce pour tous les patients et
- assurance de la qualité²⁵

Activités	Pratique canadienne actuelle ²⁶	Pratique régionale actuelle	Cible
Patient admis à une unité spécifique ayant une équipe interdisciplinaire dédiée	17 %	Non disponible, car l'unité AVC sera instaurée au CSSS de Saint-Jérôme en 2014-2015. Nous prévoyons que le CSSS du Lac-des- Deux-Montagnes soit un centre secondaire	100 %

**MESURE 7. Rendre accessible l'expertise en maladie cérébrovasculaire à l'ensemble de la
population des Laurentides**

Clinique d'évaluation et de prévention neurovasculaire

- o Le développement de Clinique de prévention et d'évaluation, dont des Cliniques d'évaluation et de prévention neurovasculaire au CSSS de Saint-Jérôme (CEPNV)²⁷ associées aux plateaux technologiques des hôpitaux et des Cliniques de prévention primaire et secondaire dans chaque territoire de CSSS)²⁸ en collaboration avec les services médicaux de première ligne ;
- o Mise en place d'un système d'instances de transition²⁹ permettant une liaison intégrée afin d'assurer une continuité dans la transition du dossier du patient.

²⁵ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), Organisation des services en matière d'accident vasculaire cérébral, Revue des données probantes, des politiques et des expériences, Résumé, mai 2011, page 4.

²⁶ <http://canadianstrokenetwork.ca/fr/wp-content/uploads/2014/08/StrokeMonthReport2014-FR.pdf>

²⁷ Les CEPNV offriront aux personnes ayant eu un AVC ou un AIT d'avoir accès en phase aiguë et hyperaiguë à un examen neurologique systématisé et à l'imagerie jugée nécessaire, une investigation cardiaque selon les algorithmes suggérés en phase aiguë, des analyses de laboratoire et l'électroencéphalographie. Les résultats obtenus permettront à l'équipe de concevoir un programme de prévention secondaire. Les CEPNV permettront aux patients ayant obtenu leur congé de l'urgence d'être évalués pour savoir s'ils ont des séquelles fonctionnelles requérant des services de réadaptation.

²⁸ Les cliniques de prévention primaire et secondaire prendront la relève du suivi des patients vivant en communauté. Elles permettront un suivi médical et une évaluation du maintien des acquis des patients par une équipe interdisciplinaire. Ces cliniques devront être développées en collaboration avec les services médicaux de première ligne et offriront des services non seulement aux personnes ayant eu un AVC ou un AIT, mais aussi celles ayant des maladies cardiaques et des maladies artérielles périphériques. Les Cliniques PPS, établies en milieu communautaire, offriront aux patients vivant en communauté, un suivi médical, l'évaluation du maintien de leurs acquis par une équipe interdisciplinaire (ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste, kinésologue, pharmacien(ne), travailleur social, psychologue, etc.) et des conseils de prévention secondaire.

²⁹ Ces instances ont un rôle d'intervenant pivot ou de navigateur qui guide le patient tout au long du continuum en lui fournissant les informations dont lui et ses proches ont besoin.



Réadaptation post-AVC

La réadaptation

MESURE 8. Instaurer un continuum de soins et services de réadaptation coordonné et basé sur les pratiques optimales identifiées pour les différentes phases de la réadaptation (unités d'AVC en centre hospitalier secondaire, unités de soins ayant les protocoles de soins pour AVC pour les centres primaires, unités de réadaptation en centre hospitalier, centre de réadaptation en déficience physique (CRDP), clinique de prévention primaire et secondaire, services dans la communauté).

Dans notre région les principales interventions en réadaptation consisteront à :

- Offrir des services de réadaptation précoce en milieu de courte durée (inclus une évaluation appropriée) au plus tard le 2^e jour post-AVC ;
- Rendre accessible en temps opportun les services de réadaptation pour AVC par une équipe spécialisée en AVC ;
- Procéder au déploiement de la phase 2 de la réadaptation fonctionnelle intensive qui consiste à développer des lits et des places en externe.

Activités	Pratique actuelle ³⁰	Cible
Service de réadaptation précoce (délais de 48h)	38,9 %	100 %
Services de réadaptation spécialisés post-AVC	17 %	40 à 50 % des patients ayant subi un AVC

En mai 2013 un Comité d'experts sur l'offre de services en réadaptation post-AVC, présidé par Dre Carol L. Richards a déposé son rapport au Ministère de la Santé et des Services sociaux³¹, en voici les grands principes qui serviront d'assises à l'organisation régionale des services. Les principes directeurs de la réadaptation sont :

- Trajectoire de soins et de services axée sur les besoins des patients;
- Patient partenaire : la responsabilisation de la personne ayant subi un AVC, le principe de l'autogestion de sa récupération post-AVC, l'intégration des proches dans le processus de réadaptation ;
- Principe du bon service, au bon moment, au bon endroit et par la bonne personne;
- Hiérarchisation des infrastructures et des services :

³⁰ Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, *La qualité des soins de l'AVC au Canada*, 2011.

³¹ Comité d'experts sur l'offre de services en réadaptation post-AVC, présidé par Dr Carol L. Richards, *Trajectoires de services de réadaptation post-AVC, Un continuum centré sur la personne*, 2013.

- o Accès à toute l'information clinique pertinente pour la continuité (idéalement par le dossier informatisé) et la gestion d'un continuum de soins et de services et non une répétition d'une étape à l'autre;
 - o Utilisation d'un passeport AVC³² pour encourager les patients à se prendre en charge;
 - o Continuum de soins et de services de réadaptation de la phase aiguë à la phase de réintégration sociale avec des relances selon les besoins;
 - o Description des rôles et imputabilités de chacun à chaque phase du continuum;
 - o Continuité dans les évaluations, l'approche thérapeutique et l'accès aux services appropriés.
- Primauté de la première ligne pour assurer le suivi et le maintien des acquis à long terme ;
- Accessibilité aux services spécialisés en réadaptation pour toutes les personnes ayant subi un AVC :
 - o Abolir la notion d'âge comme critère d'accès à l'offre de service en réadaptation spécialisée en AVC;
 - o Offre de services tenant compte des objectifs et des attentes ciblés par le patient (par exemple le patient est sur le marché du travail ou à la retraite);
 - o Utiliser des technologies comme la télé-réadaptation pour favoriser le continuum de services.
- Adoption du modèle de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS pour guider le choix des mesures de résultats ;
- Reconnaître que le soutien de la deuxième ligne de réadaptation à la première ligne peut être requis à toutes les phases du continuum ;
- Disponibilité des services pour tous les patients, dont l'organisation peut varier en fonctions des réalités régionales ;
- Offre de services à proximité, lorsque possible.

Les principales recommandations

- o Implantation d'un véritable virage ambulatoire par la mise en place d'un système de Congé précoce assisté (CPA)³³ sous la responsabilité d'un établissement de réadaptation en déficience physique (ÉRDp) en l'occurrence le Bouclier.

Ce système permettrait aux personnes ayant subi un AVC léger et qui répond à d'autres critères (ex. : un domicile approprié, un proche aidant, capacité cognitive) à retourner à domicile après son séjour à l'hôpital et de recevoir son plan d'intervention intensif de réadaptation offert par des équipes interdisciplinaires en milieu externe ou à domicile.

³² Le passeport AVC est un petit carnet, comme celui de la vaccination, que le patient recevra au tout début de sa trajectoire de soins et de services de réadaptation. Il contiendrait les informations pertinentes du dossier du patient, l'horaire de ses soins et services en réadaptation, l'information et les consignes relatives à ses interventions, un tableau de bord de sa progression, un programme d'exercice quotidien, l'information sur les services en communautés, l'information sur les intervenants et son instance de transition, etc. Ce passeport accompagnera le patient tout au long de sa trajectoire de réadaptation et lui permettra de maintenir le contact avec le système de santé et l'encouragera à se prendre en charge aux différentes étapes de son parcours.

³³ Le CPA est défini comme une intervention en réadaptation avec assistance en milieu communautaire qui a pour but le congé précoce de la courte durée en offrant un système de réadaptation similaire à la réadaptation offerte en ÉRDp, soit une réadaptation intensive offerte par une équipe interdisciplinaire.

- o Des équipes multidisciplinaires spécialisées en AVC (CH désigné et CRDP) planifient et coordonnent le congé de l'hôpital et offrent des services de réadaptation en communauté ;
 - Il est important d'établir des critères d'admissibilité (sécurité, stabilité médicale, faisabilité et incapacité) pour s'assurer que ce service est offert à ceux qui ont vécu un AVC léger ou modéré qui peuvent bénéficier d'un CPA ;
 - La réadaptation intensive est offerte par l'entremise de programme externe associé aux établissements de réadaptation en déficience physique (ERDP) ;
 - Le comité recommande d'instaurer le CPA en premier pour les personnes ayant subi un AVC léger ;
 - La réadaptation offerte sera à une intensité d'au moins trois heures par jour, cinq jours par semaine et pour une moyenne de huit à dix semaines ;
 - On demandera aux patients avec l'aide de leurs proches d'optimiser leur récupération à domicile, et ce, sept jours par semaine ;
 - Les patients seront évalués en utilisant une série d'outils cliniques validés pour identifier les déficiences et orienter la thérapie au début du séjour et certaines de ces mesures seront répétées au congé ;

Le CRDP Le Bouclier est un établissement de réadaptation en déficience physique (ÉRDP) offrant des services de réadaptation multidisciplinaire sur une base externe ou interne d'une durée variable selon les besoins du patient. Les services de réadaptation représentent pour le patient et sa famille un processus d'apprentissage et d'appropriation qui vise la réalisation des habitudes de vie du patient en vue d'une participation sociale optimale. Tous les patients sont évalués régulièrement afin de suivre leur évolution et l'atteinte de leurs objectifs. Le Plan d'intervention individualisé (PII) est la pierre angulaire de la réadaptation.

Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI)

La RFI réfère à l'épisode de soins et de services de réadaptation offerts de manière intensive et limitée dans le temps, soit en mode hospitalisation ou externe. Les services sont destinés à la clientèle qui présente des incapacités significatives et persistantes, ayant passé la phase aiguë d'une maladie et présentant un potentiel d'amélioration et de récupération identifié. L'objectif est de permettre à la personne d'optimiser son niveau d'autonomie fonctionnelle et de reprendre ses habitudes de vie de façon optimale.

Nonobstant la présentation des différentes clientèles selon les principales pathologies, l'orientation de la clientèle vers un établissement de réadaptation doit d'abord être en fonction des besoins de réadaptation de la personne.

Critères admission en RFI

Interne et externe³⁴

- 1) Résider sur le territoire d'un CSSS de la région des Laurentides.
- 2) Perte d'autonomie fonctionnelle chez une personne de 18 ans et plus (16 ans pour les brûlures graves).

³⁴ Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, Cadre de référence, Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et en réadaptation à intensité variable, janvier 2011.

- 3) Présence d'incapacités interférant avec la reprise des habitudes de vie (AVD et AVQ³⁵).
- 4) Potentiel de réadaptation :
 - pronostic favorable d'amélioration sur le plan de son 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.
- 5) La personne, ou son représentant consent au transfert à un programme de réadaptation fonctionnelle intensive ou à un programme de réadaptation d'intensité variable adapté à sa condition.
- 6) État médical, psychiatrique, chirurgical et postchirurgical stable (sans risque prévisible de décompensation à court terme) :
 - aucune procédure urgente ou chirurgicale prévue dans les sept jours qui suivent son transfert;
 - selon le diagnostic, traitement médical initié avec plan de traitement défini et pouvant être assumé médicalement dans un milieu de réadaptation ou dans la communauté du réseau local de services;
 - les soins pulmonaires requis, le cas échéant, n'interfèrent pas avec une réadaptation active, et s'il y a trachéotomie, il n'y a pas de risque d'obstruction aiguë.
- 7) Absence de troubles de comportement graves non contrôlables menaçant sa propre sécurité ou celle d'autrui.
- 8) Absence de toutes conditions qui pourraient empêcher d'entreprendre, dans l'immédiat, la réadaptation

Interne seulement

- 1) Répondre à l'ensemble des critères inscrits dans la section interne et externe.
- 2) Nécessite des services de réadaptation et **des soins médicaux ou infirmiers sur une base quotidienne.**
- 3) **Avoir l'endurance pour participer activement à sa réadaptation :**
 - RFI : au minimum de 60 minutes consécutives par jour et pouvant augmenter jusqu'à trois fois 60 minutes par jour;
 - RIV : séance de 45 minutes, trois fois par semaine.
- 4) La personne ne peut retourner dans son milieu naturel dans l'immédiat sans réadaptation à l'interne en raison :
 - de dangers potentiels (risque de chute, troubles cognitifs);
 - de surcharge physique et psychologique pour lui-même ou pour ses proches;
 - en raison d'obstacles environnementaux qui ne peuvent être compensés.

³⁵ Activité de la vie domestique, Activité de la vie quotidienne

- 5) Statut nosocomial défini (moins de 7 jours), y compris le dépistage ERV et SARM³⁶ effectué et résultats connus. Absence de Clostridium difficile symptomatique.

Externe seulement

- 1) Répondre à l'ensemble des critères inscrits dans la section interne et externe.
- 2) La personne pourra réintégrer un milieu sécuritaire avec ou sans aide de son environnement.
- 3) Avoir complété les étapes de soins aigus ou de réadaptation interne, si nécessaire.

Conditions gagnantes pour l'actualisation d'un continuum fluide

- Information clinique pertinente disponible tout au long du continuum ce qui nécessite des moyens standardisés de documentations ;
- Utilisation d'un Passeport AVC pour encourager les patients à se prendre en charge;
- Utilisation d'outils d'évaluations standardisés dans toutes les phases de la réadaptation en évitant la duplication aux points de transition ;
- Utilisation d'un système de triage de réadaptation à l'aide de l'outil *pSMAF* dans la phase aiguë en milieu hospitalier pour diriger le patient vers la trajectoire et les services appropriés ;
- Optimisation de la téléadaptation pour certains types d'interventions et dans certains contextes régionaux;
- Mise en place de Clinique d'évaluation et de prévention neurovasculaire (CEPNV) associée aux plateformes technologiques des hôpitaux ;
- Développement des pratiques cliniques de prévention primaire et secondaire (PPS) en première ligne ;
- Établissement de lien entre les CEPNV et les PPS ;
- Mise en place d'un système d'instances de transition permettant une liaison intégrée afin d'assurer une continuité dans la transition du dossier du patient.
 - o Compiler toutes les informations pertinentes du patient, notamment la cote *pSMAF*, les résultats des autres évaluations, l'autonomie et le milieu de vie avant l'AVC et les objectifs identifiés par le patient ;
 - o Remplir une demande de référence interétablissement complétée par l'équipe en collaboration avec le patient ;
 - o Déterminer le type et le niveau d'intensité des besoins et des services nécessaires en fonction des objectifs identifiés par le patient et leur proche et de la sévérité de l'AVC ;
 - o Assurer le lien avec l'ensemble des partenaires impliqués dans l'offre de services tout au long du continuum ;
 - o Informer, éduquer et accompagner le patient dans son cheminement et aider à le diriger tout au long de son parcours, remplir le Passeport AVC et l'accompagner dans son utilisation ;
 - o La dernière personne jouant le rôle d'instance de transition devra répondre aux besoins du patient le cas échéant ;

³⁶ Entérocoques Résistants à la Vancomycine et Staphylococcus Aureus Résistant à la Méthicilline

- o Afin de faire le suivi du patient, les diverses instances de transition devront communiquer entre elles et assurer la diffusion des informations à tous les intervenants, incluant le patient et ses proches ;
 - o Chaque région devra mettre en place un système de communication bidirectionnelle entre les instances de transition ;
 - o L'organisation de la liaison et ses modalités opérationnelles doivent être convenues et officialisées régionalement par des ententes de services ;
 - o Informer le CSSS lors des références vers un établissement de réadaptation en déficience physique pour planifier la réintégration du patient dans la communauté ;
 - o Vérifier si le patient est déjà suivi par un intervenant pivot et le cas échéant en informer le personnel ;
 - o Un comité régional de litige interviendra au besoin lorsque les instances de transition ne peuvent pas s'entendre.
- Offrir la réadaptation pour le maintien des acquis en milieu de vie substitut ;
 - Offrir la réadaptation pour le maintien des acquis à domicile suite à l'identification des besoins par une évaluation en Clinique de prévention primaire et secondaire ou son équivalent.

Mise en place de standards de prise en charge ou d'offre de services

- Un soutien à la personne et à la famille vers un processus d'autogestion de soins et de services dans la lignée de l'approche patient partenaire ;
 - o Le passeport AVC contribuera à l'atteinte de cet objectif
- Le développement et la consolidation d'un système de réadaptation spécialisé en externe capable de fournir des services intensifs avec l'équipe appropriée ; (responsabilité CRDP Le Bouclier)
- Accroître le rôle des CSSS en matière de réadaptation à domicile pour assurer le maintien des acquis ;
- Fixer des cibles de durée pour les différentes phases de réadaptation (phase aiguë en courte durée, phase subaiguë (réadaptation interne ou externe) phase post-subaiguë (réadaptation externe ou de maintien) ;
- Assurer des transitions organisées et rapides dans tout le continuum ;
- Mettre en place un processus d'amélioration continue, incluant la mesure objective par l'identification d'indicateurs pertinents du processus, de la structure et les mesures de résultats cliniques.

Activités / Services de soutien dans la communauté

- Déterminer des critères pour identifier les personnes ayant besoin de transport vers les services de réadaptation externe et soutenir le développement de moyens de transport approprié ;
- Développer le partenariat avec le milieu communautaire favorisant l'intégration sociale des personnes ayant subi un AVC (lieux de rencontres, loisirs, activités cognitives) ;
- Accroître les liens entre le CSSS et le communautaire pour la prestation de services.

Pour le transport adapté, certains enjeux subsistent à savoir des difficultés d'interconnexion entre les différents transporteurs de la région ainsi que les plages horaires disponibles. Ces dernières sont limitées pour la réadaptation, puisque les demandes de transports des travailleurs et des étudiants ont priorité sur les autres demandes.

Selon la littérature, il est prévu que les personnes ayant subi un AVC léger (cote < 48) et présentant des besoins de réadaptation seront orientées vers le CRDP Le Bouclier pour recevoir sa réadaptation en externe par une équipe multidisciplinaire. Certaines personnes ayant subi un AVC léger n'auront aucune séquelle et n'auront pas besoin de réadaptation.

Toujours selon la littérature, une personne ayant subi un AVC moyen (cote >48 à <55) restera en moyenne de 5 à 7 jours en unité d'AVC en milieu hospitalier suivi d'un séjour en au CRDP Le Bouclier en interne et/ou en externe pour une période variant de 6 semaines à plusieurs mois. Pour une personne ayant subi un AVC sévère (> 55 à < 63), il demeurera de 1 à 3 semaines en unité AVC en milieu hospitalier et poursuivra son suivi au CRDP Le Bouclier pour un séjour de 10 semaines à plusieurs mois.

Quant aux personnes ayant subi un AVC très sévère (cote 63 et plus), il restera de 1 à 4 semaines en unité AVC en milieu hospitalier, suivi de 22 à 24 semaines de réadaptation au CRDP Le Bouclier.

La durée de la réadaptation est inscrite à titre indicatif. La réadaptation peut aussi prendre fin lorsque l'une ou l'autre des situations suivantes se présente³⁷ :

- 1) La personne a atteint, en lien avec son projet de réadaptation, les objectifs qui lui permettent une participation sociale optimale.
 - 2) La poursuite des interventions de réadaptation n'entraînera pas de progrès ayant un impact significatif sur la reprise des habitudes de vie (fin d'essai de réadaptation ou atteinte d'un plateau).
 - 3) La personne refuse de poursuivre sa réadaptation tout en étant apte à prendre des décisions.
 - 4) La personne n'a plus la capacité de participer aux objectifs prévus au programme.
 - 5) L'état médical de la personne ne permet plus de poursuivre l'épisode de soins en milieu de réadaptation.
- Très peu de services de réadaptation sont offerts en CHSLD, par conséquent la responsabilité de l'offre de services devra être déterminée pour les personnes post-AVC vivant dans ces milieux.
 - Lorsque les patients retournent à domicile, l'instance de transition s'assurera que :
 - o Le médecin de famille du patient reçoit les informations pertinentes pour assurer le suivi ou bien aide le patient à identifier un médecin de famille;
 - o Le patient et ses proches comprennent l'importance de la prévention secondaire;
 - o Le patient prend ses rendez-vous en relances à la Clinique PPS à des intervalles réguliers pour le contrôle des facteurs de risques et pour le maintien des acquis
 - o Le patient reçoit les informations sur les organismes communautaires pouvant faciliter son intégration sociale.

³⁷ Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, Cadre de référence, Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et en réadaptation à intensité variable, janvier 2011, page 8.

Rôles et organisation des services de prévention secondaire dans le continuum

1- Les centres tertiaires et secondaires en AVC sont responsables de la prévention secondaire en phase aiguë

- Organisation d'une Clinique d'évaluation et de prévention neurovasculaire (CEPNV) pour toutes personnes, hospitalisée ou non, qui ont subi un AIT ou AVC récemment pour que les soins soient offerts en temps opportun afin de réduire le risque de récurrence :
 - La CEPNV doit offrir une prise en charge des AIT urgents selon la gravité de la présentation clinique (24 heures après un AIT ou un AVC léger) ;
 - Les CEPNV offriront aux personnes ayant eu un AVC ou un AIT d'avoir accès en phases aiguë et hyperaiguë à un examen neurologique systématisé et à l'imagerie jugée nécessaire, une investigation cardiaque selon les algorithmes suggérés en phase aiguë, des analyses de laboratoire et l'électroencéphalographie;
 - Le traitement doit être initié rapidement en fonction du diagnostic obtenu;
 - Les facteurs de risques et la modification des habitudes de vie doivent être contrôlés au sein d'une équipe des spécialistes en maladie vasculaire (neurologues, chirurgiens vasculaires, internistes, infirmières, pharmaciens, ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, nutritionnistes, travailleurs sociaux, psychologues);
 - La prise en charge thérapeutique est guidée selon les données probantes;
 - L'évaluation des vaisseaux du cou soit par échographie doppler des carotides, par angiographie-scan ou angio-IRM ou plus rarement par angiographie conventionnelle est essentielle;
 - Les professionnels de la clinique de prévention doivent évaluer, en utilisant des outils de mesure fiables et standardisés, les séquelles de l'AVC sur les fonctions cognitives, sur la dysphagie et le langage, sur la marche et la fonction motrice ; une évaluation des habitudes de vie pré-AVC pour orienter l'usager vers la bonne ressource (pas de réadaptation, réadaptation en CRDP);
 - La réduction de la consommation de sel et d'alcool, l'augmentation de l'activité physique et des cliniques anti-tabac doivent faire partie du programme de prévention des récurrences;
 - L'utilisation de la liste de contrôle post-AVC (consultez l'Annexe II).

2- La prévention primaire et secondaire en phase de réintégration dans la communauté est prise en charge par les Cliniques de prévention primaire et secondaire (PPS)

- Les cliniques de prévention primaire et secondaire prendront la relève du suivi des patients vivant en communauté. Elles permettront un suivi médical et une évaluation du maintien des acquis des patients par une équipe interdisciplinaire. Ces cliniques devront être développées en collaboration avec les services médicaux de première ligne et offriront des services non seulement aux personnes ayant eu un AVC ou un AIT, mais aussi celles ayant des maladies cardiaques et des maladies artérielles périphériques. Idéalement on devrait retrouver une clinique de prévention primaire et secondaire par territoire de CSSS.
- Au besoin, selon le bilan médical du patient, la personne pourrait être référée à la CEPNV pour réévaluation.



L'apport des groupes communautaires

MESURE 9. Les professionnels de la santé devraient référer les personnes victimes d'un AVC et leurs proches vers des ressources communautaires susceptibles de leur venir en aide

Ces organisations offrent de l'information, du soutien, brisent l'isolement et favorisent une meilleure réadaptation familiale et sociale, et ce, tout au long du continuum de soins et viennent ainsi améliorer la qualité de vie des patients et de leur entourage³⁸. Préalablement au congé, l'équipe de soins devrait idéalement procéder à une évaluation des besoins des personnes victimes d'un AVC. Les aspects du retour au travail, du transport, des besoins financiers, de l'hébergement seront passés en revue et les références vers les ressources communautaires pertinentes seront faites. Un système de suivi téléphonique post-congé par l'équipe de soins serait avantageux à mettre en place afin d'apprécier le niveau de réintégration de la personne victime d'un AVC dans la communauté.

Outre les CSSS, les personnes ayant subi un AVC et leurs proches peuvent compter sur l'aide de différents organismes communautaires. Considérant que les besoins de ces personnes peuvent être très diversifiés, une liste non exhaustive est présentée en annexe.

Toutefois, dans la région des Laurentides, le Groupe Relève pour Personnes Aphasiques (GRPA) est l'organisme reconnu pour ses activités spécifiques auprès des personnes aphasiques ou ayant subi un AVC. La mission du GRPA est de favoriser, au moyen d'activités sociales, culturelles et éducatives adaptées aux besoins et capacités des personnes aphasiques et celles ayant subi un AVC, le maintien des acquis réalisés en réadaptation, de favoriser l'implication sociale et le développement d'un sentiment d'appartenance en créant un milieu d'échange entre les pairs. Le GRPA offre aussi des activités aux proches des personnes aphasiques et AVC.

Les soins à domicile

Afin de faciliter le retour à domicile, la personne ayant subi un AVC et ses proches peuvent recourir aux services du CSSS-mission CLSC. Ces services visent, notamment, le développement ou le maintien de l'autonomie de la personne ayant eu un AVC et favorisent sa participation sociale dans différentes activités :

- les services professionnels de première ligne offerts au domicile (ces services sont également offerts en ambulatoire) ;
- les services d'aide à domicile ;
- les services aux proches aidants (offerts à domicile et en ambulatoire) ;

³⁸ Pour des informations relatives à la mise sur pied d'un organisme communautaire pour la clientèle AVC consultez le document produit par la Stratégie canadienne de l'AVC, *La vie après l'AVC*, Guide de ressources pour l'organisation d'un Groupe communautaire de soutien des survivants d'un AVC au Canada, 2011, 28 pages. On peut consulter en ligne le document à l'adresse suivante : <http://www.lifeafterstroke.ca/wp-content/uploads/2011/09/ResourceGuide-FR.pdf>

- le support technique requis à domicile.

Ces services peuvent être offerts sur une base temporaire ou à plus long terme, selon les besoins de la personne.

De plus, le CSSS voit à la coordination des services offerts par tous les partenaires du RLS (médecins de famille, pharmacies, des organismes communautaires, ressources privées, établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés et des partenaires d'autres secteurs d'activité) et à favoriser la collaboration.

Pour les personnes ne pouvant retourner à domicile, le CSSS verra à identifier une ressource d'hébergement répondant aux besoins de celles-ci et d'y offrir les soins et services de première (1re) ligne nécessaires.

Le programme « La vie après un AVC » pour tous³⁹

Le programme « La vie après un AVC » de la Fondation des maladies du coeur et de l'AVC devrait être offert systématiquement à toutes les victimes d'AVC et leurs proches. Ce programme conçu à l'intention des personnes ayant subi un AVC qui ont complété leur réadaptation et qui vivent dans la communauté ne vise aucunement à remplacer une intervention en réadaptation. Il offre des renseignements et du soutien destiné à aider à faire face aux défis que pose l'AVC.

Ce programme d'une durée de 2 heures réparti sur 8 semaines aborde plusieurs thèmes dont

- Pour comprendre l'AVC
- Changements physiques et défis
- Déglutition et nutrition
- Cognition, perception et communication
- Émotions : Accent sur la dépression
- Activités et relations
- Réduire les risques de subir un autre AVC
- Reprendre votre vie en main

Plusieurs outils sont remis aux personnes, les formateurs sont une personne ayant subi un AVC et un professionnel de la santé.

Ceci permettrait aux patients d'être en contact avec la Fondation des maladies du coeur et de l'AVC qui pourrait les diriger vers les ressources appropriées à leur condition et à leurs besoins. De plus, en ayant un premier contact avec la Fondation des maladies du coeur et de l'AVC, la personne post-AVC peut avoir accès à une multitude d'informations disponibles en ligne.

³⁹ Pour plus de renseignements rendez-vous à l'adresse suivante :

http://www.fmcoeur.com/site/c.ntXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC__Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm

Le respect des choix de la personne : la planification préalable des soins et les soins palliatifs

MESURE 10. Effectuer une planification préalable des soins en vue de la phase palliative

Cette démarche vise essentiellement à entreprendre une discussion franche et ouverte avec le personnel soignant sur le niveau de soins que l'on souhaite ou ne souhaite pas recevoir lorsque l'on sera rendu inapte à faire connaître ses choix⁴⁰.

Du point de vue du patient avec AVC, la planification des soins avancés est l'occasion de bien comprendre les séquelles, les complications et le pronostic de l'AVC, les bienfaits et les inconvénients des traitements envisageables, le type de cadre de soins approprié et son emplacement, ses propres objectifs et valeurs par rapport aux soins. Il s'agit d'un processus qui peut se dérouler sur la durée et qui peut être revu si la situation évolue. Les décisions issues de ces conversations peuvent être mises par écrit, dans un document appelé une directive préalable, dans laquelle est nommé un subrogé, un mandataire ou un représentant pouvant prendre des décisions au nom du patient et sont décrites les interventions médicales souhaitées par le patient. Le processus est propice à des conversations et réflexions profondes sur le sens de la maladie et de la mort, la spiritualité et les pratiques religieuses entourant le décès⁴¹.

Soulignons que les services de soins palliatifs sont disponibles partout sur le territoire des Laurentides. Les soins palliatifs ne sont pas uniquement destinés aux personnes en fin de vie, lorsque l'on parle de soins palliatifs on fait également référence à maintenir la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie en soulageant ses symptômes par exemple.

Ces services visent à assurer un accompagnement respectueux, empreint de solidarité et de compassion, aux personnes en fin de vie. Ils s'adressent aux personnes de tous âges et de toutes conditions sociales à une étape préterminale ou terminale d'une maladie conduisant à la mort. Ils ont pour objectif d'atténuer la douleur, les autres symptômes, ainsi que tout problème psychologique, social et spirituel en cette période de fin de vie.

Les soins palliatifs sont offerts en tenant compte des valeurs suivantes :

- Les services sont dispensés en considérant que chaque personne est unique.
- Les services soutiennent la vie tout en tenant compte du caractère inévitable de la mort.
- La participation de la personne est nécessaire à la prise de décision (ou d'une personne déléguée en l'absence d'inaptitude).
- Le devoir de confidentialité des intervenants empêche la divulgation de tout renseignement personnel à des tiers à moins que la personne ne les y autorise.

⁴⁰ Pour plus d'information, consultez le site Internet suivant : <http://www.planificationprealable.ca/>

⁴¹ http://www.canadianstrokenetwork.ca/wp-content/uploads/2011/11/2010BPR_FRENCH.pdf

- Le droit à des services empreints de compassion de la part des intervenants, donnés dans le respect de ce qui confère du sens à l'existence de la personne (soit ses valeurs, sa culture, ses croyances; ses pratiques religieuses ainsi que celles de ses proches).

Les soins palliatifs visent à atténuer les signes et symptômes tant physiques que psychologiques qui contribuent à la souffrance globale en fin de vie. Les services sont adaptés à chaque situation et favorisent le maintien de la capacité de demeurer en relation avec autrui.

- Généralement les soins palliatifs comprennent des services généraux tel que médicaux, infirmiers, auxiliaires familiales et sociales, psychosociales, en plus des services spécialisés au besoin, soit en ergothérapie, physiothérapie, inhalothérapie et de nutrition.
- Des services de répit ou de dépannage peuvent également être accessibles pour les proches.
- Les personnes suivies à domicile ont aussi accès à une ligne téléphonique disponible 24 heures sur 24 afin de répondre rapidement à leurs préoccupations.
- Le soulagement des symptômes physiques ou psychologiques est assuré par un accès rapide aux médicaments nécessaires.

La prestation de services se fait par l'entremise d'une équipe interdisciplinaire qui réalise un plan de services individualisé. Celui-ci est mis à jour régulièrement.

L'équipe interdisciplinaire offre un soutien physique, affectif, social, spirituel et pratique aux personnes souffrant d'une maladie en phase terminale, ainsi qu'à leurs proches. Le soutien aux proches peut se poursuivre après le décès d'un être cher.

La composition de l'équipe interdisciplinaire dépend des besoins de la personne et de ses proches. L'équipe est composée du médecin, d'une infirmière, d'un travailleur social, d'un psychologue, d'un pharmacien, d'un animateur de vie spirituelle, d'un nutritionniste, d'un ergothérapeute, d'un physiothérapeute et toute autre personne possédant les compétences pertinentes à l'élaboration du plan d'intervention. Les bénévoles et les organismes communautaires constituent des ressources inestimables dans l'accompagnement de la personne et de ses proches et font de plus en plus partie des équipes interdisciplinaires.

Tous les CSSS des Laurentides offrent des soins palliatifs à domicile par l'entremise de leur CLSC. La majorité des centres hospitaliers⁴² ont une unité dédiée avec un regroupement de lits destinés aux personnes en fin de vie. La région compte aussi deux maisons de soins palliatifs, l'une à Saint-Jérôme de douze lits et l'autre à Saint-Eustache de sept lits.

⁴² À l'exception de l'hôpital de Saint-Eustache.

Conclusion

La région des Laurentides compte optimiser d'ici les cinq prochaines années les soins et les services offerts aux personnes victimes d'un AVC. À cet égard la majorité des CSSS de notre région sera sollicitée afin de structurer leur offre de services en fonction de leur désignation, primaire ou secondaire. Un accompagnement soutenu de l'Agence sera évidemment offert.

Le tableau ci-dessous récapitule les principales mesures que nous allons déployer dans les Laurentides d'ici les cinq prochaines années. Pour chacune des mesures un ou des responsables sont identifiés de même que les collaborateurs potentiels, un échéancier et un indicateur.

Mesures structurantes

	Mesure	Responsable	Collaborateur	Échéancier	Indicateurs
1	Nommer des répondants qui siègeront au Comité national, régional et différents comités locaux	DPC	Comité régional	Septembre 2014	Noms acheminés au MSSS et à l'Agence par l'entremise d'une correspondance écrite
2	Maintenir le Comité régional en opération	DPC	Comité régional	En continu	4 rencontres par an
3	Désigner les centres secondaires	MSSS	CSSS de Saint-Jérôme CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	Hiver 2015 Hiver 2016	Lettre de désignation
4	Désigner les deux centres primaires	MSSS	CSSS Antoine-Labelle (Mont-Laurier) CSSS des Sommets	Automne 2015	Lettre de désignation

Plan d'action régional AVC

Prévention de l'AVC					
	Mesure	Responsable	Collaborateur	Échéancier	Indicateurs
1	La population des Laurentides devrait connaître les principaux facteurs de risque de l'AVC	Direction régionale de santé publique	CSSS, GMF, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, organismes communautaires	Mars 2016	Types d'outils de sensibilisation développés Sondage d'opinion Enquête auprès de la population

**Plan régional d'organisation de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un
accident vasculaire cérébral (AVC) 2015-2020**

Sensibilisation du public					
	mesure	responsable	collaborateur	échéancier	indicateurs
2	La population des Laurentides devrait être en mesure de reconnaître les signes avant-coureurs et les symptômes de l'AVC	Direction régionale de santé publique	CSSS, GMF Fondation des maladies du cœur et de l'AVC Groupes communautaires	Mars 2016	Types d'outils de sensibilisation développés Sondage d'opinion Enquête auprès de la population
Prise en charge en phases hyperaiguë et aiguë					
	mesures	responsable	collaborateur	échéancier	indicateurs
3	Les services préhospitaliers d'urgence utiliseront des outils d'évaluation standardisés tels que l'échelle de Cincinnati afin de confirmer qu'une personne fait un AVC	Coordination des services préhospitaliers d'urgence	Compagnies ambulancières	Janvier 2015	Formation des techniciens ambulanciers sur l'échelle d'évaluation Utilisation d'une échelle d'évaluation Disponibilité d'un protocole de transport
4	Reconnaître l'AVC comme une urgence médicale à chronodépendance	Salles d'urgence	Direction des services professionnels	Septembre 2015	% d'arrivée à l'urgence en ambulance % de patients qui ont une TDM dans les 60 minutes suivant le triage
5	Admettre les patients ayant subi un AVC sur une unité AVC le plus rapidement possible	Salles d'urgence	Unités d'hospitalisation	Septembre 2015	% de patients admis dans une unité dédiée AVC ou dans une unité avec regroupement de lits
6	Rendre accessible l'expertise en maladie cérébrovasculaire à l'ensemble de la population	Centres hospitaliers	CSSS de Saint-Jérôme	Septembre 2016 Novembre 2018	Disponibilité de protocoles de soins Participer à l'alimentation de la banque provinciale de données cliniques AVC Nombre de

**Plan régional d'organisation de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un
accident vasculaire cérébral (AVC) 2015-2020**

					sessions de téléformation (formation initiale et continue) organisées / an par le CSSS de Saint-Jérôme et nombre d'intervenants rejoints / an
	mesure	responsable	collaborateur	échancier	indicateurs
7	Rendre disponibles les services de la téléthrombolyse aux CSSS Antoine-Labelle (Mont-Laurier) et Des Sommets	CSSS Antoine-Labelle CSSS des Sommets	CISSS Laurentides MSSS	Hiver 2015	Nombre de patients ayant bénéficié de la téléthrombolyse dans les deux CSSS concernés
Réadaptation post-AVC					
	mesure	responsable	collaborateur	échancier	indicateurs
8	Offrir des services de réadaptation précoce en milieu de courte durée (inclus une évaluation appropriée) au plus tard le 2 ^e jour post-AVC	Centres hospitaliers de la région	Le CRDP Le Bouclier	Janvier 2016	Début de services de réadaptation dans les 48 heures
	Rendre accessible en temps opportun les services de réadaptation pour AVC par une équipe spécialisée en AVC	Centres hospitaliers de la région Le CRDP Le Bouclier		Janvier 2016	Début de services de réadaptation dans les 48 heures Prise en charge par l'équipe du CRDP dès que la phase aiguë est terminée
	Procéder au déploiement de la phase 2 de la réadaptation fonctionnelle intensive qui consiste à développer des lits et des places en externe	Le CISSS des Laurentides Le CRDP Le Bouclier	Installation Des Sommets et Argenteuil	Janvier 2016	Ouverture des 29 lits additionnels aux sites Argenteuil et Des Sommets

Réintégration dans la communauté					
	mesure	responsable	collaborateur	échancier	indicateurs
9	Les professionnels de la santé devraient référer les personnes victimes d'un AVC et leurs proches vers les ressources communautaires susceptibles de les aider	CSSS avec CH	Groupes communautaires	Mars 2015	Bottin des ressources disponibles localement % de patients référés
10	Effectuer une planification préalable des soins, en vue de la phase palliative	CSSS		Mars 2016	Nombre de formulaires de planification préalable des soins complétés

Ce plan régional d'organisation de services pour les personnes ayant subi un AVC s'appuie sur une vision d'ensemble et sur une série de mesures structurantes et favorables à la prestation efficiente et efficace de services à la population victime d'un AVC ou IAT. Il s'appuie également sur un partenariat engagé et intéressé de ses divers intervenants et leaders.

Le défi de la mise en place de ce continuum est important, mais ceci permettra à la population des Laurentides de mieux être desservie.

ANNEXES

ANNEXE A- Bibliographie

<http://canadianstrokenetwork.ca/fr/wp-content/uploads/2014/08/StrokeMonthReport2014-FR.pdf>

http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562141/k.B406/AVC_Pr233vention_de_IaV_C_et_des_facteurs_de_risques.htm

<http://www.fmcoeur.qc.ca/site/pp.aspx?c=kplQKVOxFoG&b=3670057>

http://www.fmcoeur.on.ca/site/c.pkI0L9MMJpE/b.3665085/k.B4DF/Statistiques_Accidents_vasculaires_c233r233braux_AVC.htm

http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562139/k.DCE5/Signes_avantcoureurs_de_lA_VC.htm?src=home

<http://www.lifeafterstroke.ca/wp-content/uploads/2011/09/ResourceGuide-FR.pdf>

http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/stroke-accident_vasculaire_cerebral/prevention-fra.php

<http://www.planificationprealable.ca/>

http://www.santelaurentides.qc.ca/fileadmin/documents/Acces_reseau_et_partenaires/Cadre_de_reference-Services_posthospitaliers_en_RFI_et_RIV.pdf

http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Prise_d_appel_et_regulation_de_l_accident_vasculaire_cerebral_au_SAMU_centre_15.pdf

<http://www.strokebestpractices.ca/index.php/public-awareness-of-stroke/symptom-recognition-and-reaction/?lang=fr>

http://strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2010/11/CSS-Stroke-Unit-Resource_FR3-Final-for-print.pdf

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, Cadre de référence, Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive et en réadaptation à intensité variable, janvier 2011.

American Stroke Association, Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association, Stroke, 2013; 44 : 870-947.

Comité d'experts sur l'offre de services en réadaptation post-AVC, présidé par Dr Carol L. Richards, Trajectoires de services de réadaptation post-AVC, Un continuum centré sur la personne, 2013.

Dre Louise Clément, Direction des services hospitaliers et des affaires universitaires, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire, *Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral, Agir autrement, Orientations ministérielles 2013-2018*, Avril 2013, 19 pages

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), Organisation des services en matière d'accident vasculaire cérébral, Revue des données probantes, des politiques et des expériences, Résumé, mai 2011

MSSS et AQESSS, Guide de gestion de l'urgence, septembre 2006, 251 pages.

Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires, *La qualité des soins de l'AVC au Canada*, 2011

Stratégie canadienne de l'AVC, *Prise en charge des patients présumés victimes d'un AVC par les Services médicaux d'urgence*, Groupe de travail sur les pratiques optimales et les normes, Une ressource en vue de la mise en œuvre des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, avril 2010.

Stroke Unit Trialists' Collaboration, Organised inpatient (stroke unit) care for stroke, Cochrane database Syst Rev, 2007; (4) cité dans <http://www.canadianstrokenetwork.ca/wp-content/uploads/2011/06/QoSC-FR1.pdf>

ANNEXE B- Outils pédagogiques pour les services préhospitaliers

Selon la *Stratégie canadienne de l'AVC*⁴³, voici le contenu de base des outils de référence destinés aux services préhospitaliers d'urgence pour l'évaluation et la prise en charge des patients présumés victimes d'un AVC aigu.

Contenu de base qu'il est fortement recommandé d'inclure dans tous les outils pédagogiques et de référence des SMU pour la prise en charge de l'AVC aigu
État de santé du patient à l'arrivée sur scène des SMU o A (Airway) ouverture des voies respiratoires, B (Breathing) respiration, C (Circulation) pouls
Antécédents initiaux et médicaux o Date et heure à laquelle le patient a été vu pour la dernière fois dans son état normal (DFVN), c'est-à-dire sans symptômes de l'AVC o État de santé du patient en soins palliatifs
Évaluation médicale spécifique pour l'AVC o Signes et symptômes de l'AVC présents • faiblesse motrice ou affaissement unilatéral du BRAS/de la JAMBE • troubles d'élocution, perte de la parole, mots inappropriés, muet, etc. • faiblesse ou affaissement facial
Évaluations supplémentaires o Présence de crise épileptique o Score sur l'échelle de coma de Glasgow o Glycémie o Céphalée intense soudaine à l'apparition des symptômes
Évaluation des contre-indications au rtPA (peut influencer sur la décision où transporter le patient) o ÉTG 1 et/ou ABC non corrigé o Glycémie $\leq 3,0$ mmol/L o Crise épileptique à l'apparition des symptômes ou constatée par les TAP o Score < 9 sur l'échelle de coma de Glasgow o Patient en phase terminale ou recevant des soins palliatifs
Décisions et considérations en matière de transport * ^ Le temps, c'est du cerveau – L'efficacité s'impose afin de réduire au minimum le délai entre l'arrivée sur la scène de l'AVC et le transport au centre de soins de l'AVC o Le délai total recommandé entre l'apparition des symptômes et la reperfusion des patients admissibles est habituellement fixé à 4,5 heures. Cette durée comprend deux étapes : les soins extrahospitaliers et les soins à l'urgence : o L'étape extrahospitalière débute à l'apparition des symptômes. Incluant la prise en charge sur les lieux de l'incident et la durée anticipée du transport, elle ne devrait pas dépasser 3,5 heures o Les données probantes actuelles indiquent que l'étape à l'urgence devrait être d'une durée

⁴³ Stratégie canadienne de l'AVC, *Prise en charge des patients présumés victimes d'un AVC par les Services médicaux d'urgence*, Groupe de travail sur les pratiques optimales et les normes, Une ressource en vue de la mise en œuvre des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, avril 2010.

inférieure à 60 minutes

o Les critères du protocole de transport direct doivent tenir compte : (1) de l'urgence locale, dont les ressources et le rendement permettent d'atteindre le délai recommandé de moins de 60 minutes; (2) de l'étape extrahospitalière, qui, incluant la durée des symptômes et celle anticipée du transport, ne doit pas dépasser 3,5 heures et/ou (3) des autres besoins de soins actifs du patient

o Le transport au centre de soins de l'AVC désigné (primaire ou secondaire) le plus proche

o L'avis à l'urgence du centre receveur du transport d'un cas présumé d'AVC aigu

Nota :

* Il faut tenir compte des variations locales en considérant la durée de l'étape extrahospitalière, Le personnel des SMU devrait connaître quels types de désignation les centres hospitaliers ont obtenu concernant les soins de l'AVC dans la zone qu'ils desservent

Renseignements additionnels sur le transport

o Les patients qui ne sont pas considérés potentiellement admissibles à la reperfusion sensible au temps devraient être transportés à l'urgence appropriée la plus proche

o Les patients dont les symptômes disparaissent avant l'arrivée des TAP devraient néanmoins être dirigés vers un centre de soins de l'AVC en phase aiguë

o Les patients dont les symptômes disparaissent après l'évaluation par les TAP ou durant le transport devraient continuer à être dirigés vers un centre de soins de l'AVC

o Il faut demander qu'un membre de la famille suive le patient à l'hôpital pour y fournir des renseignements qui peuvent s'avérer vitaux. Si une telle personne n'est pas présente, il faut obtenir un numéro de téléphone qui permet de communiquer avec un répondant ou une personne qui peut prendre une décision au nom d'autrui

Remise entre les mains du personnel de l'urgence du centre receveur :

o Il faut communiquer les renseignements pertinents au personnel à la réception (infirmière/infirmier de triage ou médecin traitant), y compris l'heure à laquelle le patient a été pour la dernière fois vu dans son état normal

o Le rapport d'intervention extrahospitalière doit être rempli et une copie laissée à l'urgence; il faut indiquer l'heure à laquelle le patient a été pour la dernière fois vu dans son état normal et les hôpitaux contournés par l'ambulance

Renseignements additionnels facultatifs

****Ces renseignements ne sont pas considérés comme étant essentiels dans les vade-mecum sur l'AVC pour les SMU, mais ils sont inclus ici puisqu'ils ont déjà fait partie de tels outils dans des provinces et que les SMU les estiment être des soins courants :***

o Antécédents d'AVC

o Autres signes vitaux (tension artérielle, rythme cardiaque, respiration, température)

o Présence de déficits sensoriels

o Autres antécédents médicaux et comorbidités

- Médicaments (en particulier les antithrombotiques)
- Troubles cardiaques
- Chirurgie récente

ANNEXE C - Liste de priorités d'affectation

LISTE DES PRIORITÉS D'AFFECTATION

ORIGINE DE LA DEMANDE GRAND PUBLIC (9-1-1)			ORIGINE DE LA DEMANDE INTERÉTABLISSEMENTS		
Priorité	Nature de la demande	Délai d'affectation	Priorité	Nature de la demande	Délai d'affectation
0	Haut risque d'arrêt cardiorespiratoire	Affectation immédiate prioritaire (< 60 secondes)			
1	Risque immédiat de mortalité	Affectation immédiate urgente (< 60 secondes)			
3	Risque potentiel de détérioration clinique (risque de morbidité)	Affectation immédiate (< 90 secondes)	2	Patient instable Risque élevé de morbidité et/ou de mortalité immédiate.	Affectation immédiate
4	Risque de détérioration clinique au cours des heures suivantes	Affectation < 30 min en dedans de 80 % < 60 min en dedans de 90 %			
			5	Patient stable pour transfert rapide Ces patients correspondent à une clientèle avec un traitement débuté dans un centre exigeant un suivi ou un soutien non disponible au centre référant; ces patients présentent un faible risque de morbidité et de détérioration clinique à court terme. Retour d'examen/rendez-vous d'un patient qui requiert une surveillance clinique accrue ou des traitements actifs (soins intensifs, coronariens ou intermédiaires).	Affectation < 40 min en dedans de 95 % < 60 min dans 95 % du temps
			6	Patient stable avec rendez-vous Patients stables avec besoin de monitoring clinique faisant objet de rendez-vous définis (programmés) pour des traitements et/ou des investigations. Patients en soins palliatifs nécessitant un transport en ambulance.	Affectation selon l'heure prévue du rendez-vous (pouvant aller jusqu'à 2 heures plus tôt)
7	Situation clinique stable, sans risque identifié, avant peu de risque de détérioration immédiate	Affectation : < 2 heures en dedans de 80 % < 3 heures en dedans de 90 %			
			8	Patient stable pour transfert non urgent Patients stables avec besoin de monitoring clinique nécessitant un transfert avec des soins médicaux et/ou un support trop spécialisé pour un transport adapté.	Affectation < 12 heures
					Non applicable

Janvier 2011

ANNEXE D - Liste de contrôle post-AVC

Améliorer la vie après un AVC

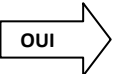
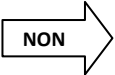
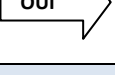
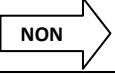
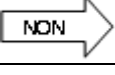
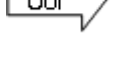
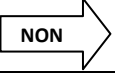
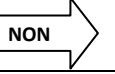
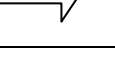
La liste de contrôle post-AVC a été conçue pour aider les fournisseurs de soins de santé à reconnaître les troubles consécutifs à un AVC susceptible d'être traité et à adresser le patient pour une consultation. Cette liste est un outil court et facile à utiliser, conçu pour être rempli par le patient et l'aidant, au besoin, afin de faciliter pour les fournisseurs de soins de santé une approche standardisée qui permette de reconnaître les problèmes à long terme des survivants à un AVC et d'adresser facilement les patients pour des traitements.

Directives :

Veillez poser au patient toutes les questions numérotées et inscrire la réponse dans la section prévue à cet effet. En général, si la réponse est «**NON**» il convient d'observer l'évolution du patient. Si la réponse est «**OUI**», il faut donner suite en appliquant la mesure appropriée.

1. PRÉVENTION SECONDAIRE			
Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, avez-vous reçu des conseils sur des modifications à apporter à votre mode de vie pour votre santé et sur la médication afin de prévenir le risque d'avoir un autre AVC?	NON →	Si la réponse est NON , adressez le patient à un médecin de premier recours pour une évaluation des facteurs de risque et un traitement s'il y a lieu, ou à un centre de prévention secondaire des AVC	
	OUI →	Observez l'évolution	
2. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)			
Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, éprouvez-vous <u>plus</u> de difficultés à prendre soin de vous-même ?	NON →	Observez l'évolution	
	OUI →	Avez-vous de la difficulté à vous habiller, à vous laver ou à prendre un bain? Avez-vous de la difficulté à préparer des boissons ou des repas chauds? Avez-vous de la difficulté à sortir à l'extérieur?	Si la réponse est OUI à l'une des questions, adressez le patient à une équipe ou à un programme de soins post-AVC en milieu communautaire, à un centre de prévention secondaire des AVC, à un centre de réadaptation ou à un thérapeute approprié (ex. : un physiothérapeute ou un ergothérapeute pour une évaluation complète)
3. MOBILITÉ			
Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, éprouvez-vous <u>plus</u> de difficulté à marcher ou à vous déplacer en toute sécurité du lit à une chaise ?	NON →	Observez l'évolution	
	OUI →	Continuez-vous à suivre des traitements de réadaptation?	Si la réponse est NON , adressez le patient à une équipe ou à un programme de soins post-AVC en milieu communautaire, à un centre de prévention secondaire des AVC, à un centre de réadaptation ou à un thérapeute approprié (ex. : un physiothérapeute ou un ergothérapeute pour une évaluation complète) Si la réponse est OUI , mettez à jour le dossier du patient et revoyez à la prochaine évaluation
4. SPASTICITÉ			
Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, ressentez-vous une raideur <u>croissante</u> dans les bras, les mains ou les jambes ?	NON →	Observez l'évolution	
	OUI →	Est-ce qu'elle nuit à vos activités de la vie quotidienne?	Si la réponse est NON , mettez à jour le dossier du patient et revoyez à la prochaine évaluation Si la réponse est OUI , adressez le patient à un programme de soins post-AVC en milieu communautaire, à un centre de prévention secondaire des AVC, à un centre de réadaptation ou à un thérapeute approprié (ex. : un physiothérapeute, un ergothérapeute, un physiatre, ou neurologue pour une évaluation complète)
5. DOULEUR			
Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, avez-vous éprouvé une <u>nouvelle</u> douleur?	NON →	Observez l'évolution	
	OUI →	Si la réponse est OUI , adressez le patient à un médecin qui traite la douleur consécutive à un AVC pour une évaluation complète et un diagnostic	

**Plan régional d'organisation de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un
accident vasculaire cérébral (AVC) 2015-2020**

6. INCONTINENCE			
Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, éprouvez-vous <u>plus</u> de difficultés à maîtriser votre vessie ou vos intestins ?		Observez l'évolution	
		Si la réponse est OUI , adressez le patient à un médecin qui traite la l'incontinence (urologue, neurologue, physiatre, centre de prévention secondaire des AVC, programmes de soins post-AVC en milieu communautaire) pour une évaluation plus complète	
7. COMMUNICATION			
Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, avez-vous éprouvé <u>plus</u> de difficulté à communiquer avec les autres ?		Observez l'évolution	
		Si la réponse est OUI , adressez le patient à un médecin qui traite la douleur consécutive à un AVC pour une évaluation complète et un diagnostic	
8. HUMEUR			
Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, vous sentez-vous <u>plus</u> anxieux ou déprimé ?		Observez l'évolution	
		Si la réponse est OUI , adressez le patient à un clinicien de premier recours spécialisé dans les troubles de l'humeur consécutifs à un AVC, à un psychologue, à un psychiatre, à un centre de prévention secondaire des AVC ou à un programme de soins post-AVC en milieu communautaire	
9. COGNITION			
Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, éprouvez-vous <u>plus</u> de difficulté à réfléchir, à vous concentrer ou à vous rappeler certaines choses ?		Observez l'évolution	
		Est-ce que cela nuit à vos activités de la vie quotidienne?	Si la réponse est NON , mettez à jour le dossier du patient et revoyez à la prochaine évaluation Si la réponse est OUI , adressez le patient à un clinicien de premier recours spécialisé dans les troubles cognitifs consécutifs à un AVC (dans un centre de prévention secondaire des AVC, une clinique de la mémoire, un centre de réadaptation ou un programme de soins post-AVC en milieu communautaire) pour une évaluation plus complète
10. LA VIE APRÈS UN AVC			
Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, trouvez-vous certaines choses importantes à vos yeux <u>plus</u> difficiles à faire (ex. : loisirs, travail, ou encore les relations avec les proches, selon le cas) ?		Observez l'évolution	
		Si la réponse est OUI , adressez le patient à un organisme de soutien aux personnes touchées par un AVC (ex. : groupes communautaires, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC)	
11. RELATION AVEC LA FAMILLE			
Depuis votre AVC ou votre dernière évaluation, est-ce que les relations avec votre famille sont devenues <u>plus</u> difficiles ou tendues ?		Observez l'évolution	
		Si la réponse est OUI , fixer le prochain rendez-vous en soins de premier recours avec le patient et un membre de sa famille. Dans le cas où le membre de la famille est présent, adressez-les à un organisme de soutien aux personnes touchées par un AVC (ex. : Fondation des maladies du cœur) ou un psychologue	

ANNEXE E - Mandat du comité régional des AVC

Étant rattaché au comité de coordination – Réseau santé physique, le comité régional AVC adresse, recommande et assure un rôle-conseil à l'Agence, notamment en regard de l'optimisation de la prise en charge des usagers ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT) dans le respect des lignes directrices reconnues en ce qui concerne le diagnostic, le choix du traitement, la continuité des soins et le respect des délais recommandés afin d'optimiser le potentiel de récupération des clients et ce, en continuité avec les travaux du RUIS de Montréal et les orientations ministérielles.

- ❑ Évaluer les besoins et les ressources régionales en lien avec le développement du programme régional neurovasculaire de prise en charge des usagers ayant subi un AVC ou un AIT;
- ❑ Élaborer un plan directeur régional en neurovasculaire;
- ❑ Superviser l'implantation du continuum de services de prise en charge et assurer le suivi du programme régional neurovasculaire;
- ❑ Collaborer à l'élaboration des corridors de services intra et extra régionaux et s'assurer de l'implantation et de l'opérationnalisation;
- ❑ S'assurer de l'existence des protocoles de transfert requis;
- ❑ S'assurer que le continuum s'établit en partenariat et en complémentarité des services;
- ❑ S'assurer de l'accessibilité aux soins requis à toute la population de la région en temps opportun dans un environnement approprié dans le respect des lignes directrices;
- ❑ Recevoir et assurer le suivi des recommandations des équipes du Groupe d'expert du MSSS en vue de la désignation des établissements ;
- ❑ Veiller à ce que les établissements désignés dispensent des soins de qualité à la population de leur territoire, selon les exigences formulées par le groupe d'experts pour la désignation du niveau de soins;
- ❑ Contribuer à la mise en place d'un registre des AVC-AIT.

Les membres

- ❑ Le coordonnateur à la DPC
- ❑ Un répondant pour la prévention de la direction de santé publique
- ❑ Le porteur de dossier en déficience physique
- ❑ Un répondant du centre tertiaire ad hoc
- ❑ Un neurologue (leader médical), CSSS de Saint-Jérôme
- ❑ Le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence ad hoc
- ❑ Deux répondants du comité coordination réseau - santé physique de milieux différents
- ❑ Un répondant du Centre de communication santé ad hoc
 - ❑ Deux représentants de tous les CSSS avec CH (1 urgentologue, 1 gestionnaire administratif de l'urgence)
- ❑ Un répondant gestionnaire administratif du CRDP Le Bouclier
- ❑ Un répondant du Groupe relève pour les personnes aphasiques - GRPA
- ❑ Un directeur de l'hébergement

ANNEXE F – Organismes communautaires

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le Groupe relève pour personnes aphasiques (GRPA) 1 866 974-1888 ou 450 974-1888

268, chemin de la Grande Côte, St-Eustache (Québec) J7P 1B9

www.grpa.ca

Organisme de soutien et d'accompagnement pour les personnes ayant subi un AVC et pour leur proche aidant. Il y est proposé de nombreuses activités de stimulation.

L'Association régionale de loisirs pour personnes handicapées des Laurentides (ARLPHL)

300, rue Longpré, bureau 100, St-Jérôme (Québec) J7Y 3B9

www.arlphl.org

*Centre d'aide aux personnes traumatisées crâniennes
et handicapées physiques Laurentides (CAPTCHPL)*

1 888 431-3437 ou 450 431-3437

www.captchpl.org

Faciliter l'intégration sociale des personnes traumatisées crâniennes et handicapées physiques adultes de la région des Laurentides.

TRANSPORT

CIT Laurentides (SURF)

1 877 433-4004 ou 450 433-4000

www.surf.citl.qc.ca

Villes desservies : St-Jérôme, Blainville, Boisbriand, Bois-des-Filion, Lorraine, Mirabel, Rosemère, Ste-Anne-des-Plaines, Ste-Thérèse, Deux-Montagnes, Oka, Pointe-Calumet, Ste-Marthe, St-Eustache, St-Joseph-du-Lac

Transport-bénévole (transports médicaux seulement)

- **Centre d'action bénévole Association Solidarité d'Argenteuil**
www.solidaritearg.qc.ca 450 562-7447
- **Centre d'action bénévole Solange Beauchamp**
Basses Laurentides 450 430-5056
- **bénévole Laurentides**
(Ste-Agathe, Mont-Tremblant, St-Jovite, etc.)
www.cab-laurentides.org Centre d'action
Mont-Tremblant:
819 425-8433
Ste-Agathe:
819 326-0819
- **bénévole de St-Jérôme**
(MRC Rivière-du-Nord et MRC Mirabel Nord) Centre d'action
450-432-3200
1 866 962-3200

Transport adapté des Laurentides (TAL)

819 425-9979

Villes desservies : St-Jovite, Huberdeau, L'Annonciation, La Minerve, Lac-Supérieur, Mont-Tremblant,

**Plan régional d'organisation de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un
accident vasculaire cérébral (AVC) 2015-2020**

Piedmont, Val-David, Ste-Agathe, Estérel, St-Sauveur.	
<i>Transport adapté et collectif MRC Rivière-du-Nord</i>	450 224-8800
Villes desservies : Prévost, St-Colomban, St-Hippolyte, Ste-Sophie	
<i>Transport adapté MRC Argenteuil</i>	450 562-5797
Villes desservies : Lachute, Brownsburg-Chatam, Gore, Grenville, Harrington, Mille-Isles, Wentworth, St-André-d'Argenteuil.	
AUTRES ORGANISMES	
Fondation des maladies du cœur www.fmcoeur.ca	1 800 473-4636
Maladies du cœur et des AVC – promotion d'un mode de vie saine – informations	
Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) www.ophq.gouv.qc.ca	1 888 371-6926
Regroupement pour la Concertation des Personnes handicapées des Laurentides (RCPHL) www.rcphl.org	
Ils ont les coordonnées de plusieurs organismes communautaires, fédéraux et provinciaux.	
AUTRES RESSOURCES	
Tous les CSSS de la région possèdent un répertoire des ressources à jour. Nous vous invitons à communiquer avec le CSSS de votre territoire d'appartenance afin de lui adresser votre besoin et votre demande d'information.	

ANNEXE G - Formulaire pour la planification préalable des soins

Centre de santé et de services sociaux
de Saint-Jérôme

**Processus de discussion pour la
planification préalable des soins
en fin de vie**

DISCUSSION PATIENT ☐ et/ou FAMILLE ☐
 INSCRIRE NOM DES PERSONNES PRÉSENTES (au verso)
 LIEU : Hôpital ☐ Hébergement ☐ Domicile ☐ Bureau ☐
 Date : _____ Heure : _____

VÉRIFICATION DE L'APTITUDE DU PATIENT
une seule « case noire » suffit pour qualifier le patient d'inapte

Selon le soignant

Le patient comprend-il la nature de la maladie pour laquelle un plan de soins est proposé? oui non
☐ ☐

Le patient comprend-il la nature et le but du plan de soins proposé? ☐ ☐

Le patient saisit-il les risques et les avantages du plan de soins et les conséquences d'accepter ou de refuser? ☐ ☐

Sa capacité de compréhension est-elle affectée par sa maladie? ☐ ☐

Patient APTÉ ☐ Patient INAPTE ☐

**EXISTENCE DE VOLONTÉS ÉCRITES ANTÉRIEURES
soins et perte d'autonomie**

☐ Mandat (document légal - doit être homologué)
☐ Procuration légale
☐ Testament de vie, carte de fin de vie, bracelet, etc.
(pas un document légal)

CONSENTEMENT SUBSTITUÉ
 Nom du représentant légal : _____
 Lien avec le patient : _____
(curateur, tuteur, mandataire, conjoint, parent, ami)

AU MOMENT DE LA DISCUSSION

Avec ☐ Médecin traitant
☐ Autre _____

La détermination des désirs pour les soins de fin de vie découle :

☐ d'une décision consensuelle
☐ d'un désaccord (préciser au verso)
☐ d'une discussion entamée sans décision

RÉÉVALUATION de l'aptitude - Plan de soins - Statut RCR
en fonction de l'évolution clinique
ou au plus tard une réévaluation annuelle

NOM DU SOIGNANT : _____
(si autre que le médecin traitant)

Date : _____ Heure : _____
Insérer au dossier une nouvelle liste des étapes décisionnelles pour chaque réévaluation

Voir verso :
Exemples de questions pour entamer la discussion
Liste des personnes ressources pouvant être consultées

ÉVALUATION DE LA SITUATION CLINIQUE

☐ Issue fatale probable en deçà de 24 mois
☐ Autre _____
☐ Hébergement

NIVEAUX DE SOINS

Soins visant : **Encerclez le choix**

- La restauration de toute fonction altérée (incluant RCR et transfert hospitalier)
- La correction des pathologies réversibles par des moyens diagnostiques et thérapeutiques proportionnels à la condition initiale du patient en plus des options thérapeutiques ci-dessous spécifiées par le médecin traitant

Cochez les options suivantes pour ce patient :

	oui	non		oui	non
Défibrillateur-DEA			Soluté / Ab IV		
Massage cardiaque			Transfusion		
BIPAP-Oxylator			Antibiotique po		
Intubation			Gavage		

HOSPITALIER

Ordonnance collective - Atropine ☐

Ordonnance collective - Amiodarone ☐

DOMICILE-HÉBERGEMENT

Transfert pour condition médicale, chirurgicale ou fracturaire réversible ☐

Transfert hospitalier régulier ☐

3. À s'assurer exclusivement du confort du patient sans chercher à préciser ou à corriger la pathologie sous-jacente.
 (Le massage cardiaque, l'intubation, l'utilisation d'un BiPAP et les ordonnances collectives sont exclus des soins de ce niveau.)
Domicile/Hébergement : Transfert hospitalier si les symptômes sont incontrôlables dans le milieu de vie du patient.

Autocollant apposé sur la carte RAMQ oui ☐ non ☐

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : _____

SIGNATURE : _____

Date : _____ Heure : _____

Renseignements complémentaires - Voir verso

GX-1684 (28442)
 Date : 24 octobre 2013
 DOSSIER MÉDICAL

Processus de discussion pour la planification préalable des soins en fin de vie

1 de 2

☐ N Défibrillateur-DEA	# Dossier
☐ N BIPAP/Oxylator	Signature MD
☐ N Massage cardiaque	
☐ N Intubation	
☐ N CONFORT	
Date	

**Plan régional d'organisation de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un
accident vasculaire cérébral (AVC) 2015-2020**

Nom, prénom de l'utilisateur : _____ Numéro de dossier : _____

La discussion en trois (3) étapes

1. Explication de la situation clinique

2. Exemples de questions pour amorcer la discussion

Sphères à explorer	Questions ouvertes à poser
Compréhension de la maladie et des interventions possibles	« Qu'est-ce que vous comprenez de ce qui vous arrive? » « Comprenez-vous l'évolution de votre maladie? » « Comprenez-vous les interventions / traitements possibles, leurs buts et leurs limites? »
Émotion	« Comment prenez-vous cela? » « Comment réagissez-vous face à cette situation? » « Avez-vous des peurs ou des inquiétudes quant à l'évolution de votre maladie? »
Sens	« Quel sens donnez-vous à ce qui vous arrive? » « Croyez-vous que ce qui vous arrive a un sens? » « Êtes-vous satisfait de votre trajet de vie? »
Attentes	« Que souhaitez-vous? » « Avez-vous d'autres attentes? » « Avez-vous des questions sur les interventions/traitements possibles? » « Qu'attendez-vous de ceux-ci? » « Comment vous positionnez-vous face aux interventions à long terme (plus de 6 mois)? » (ex.: gavage, intubation, dialyse)

3. Explication et vérification de la compréhension du niveau de soins proposé

Commentaires et remarques

Évaluation de la situation clinique

Vérification de l'aptitude du patient

Présences

NOMS	Conjoint(e)	Enfants	Frère - sœur	Père - mère	Autres	Commentaires

Discussion avec le patient ou la famille
(lieu, atmosphère, désaccord, déni, etc.)

Personnes ressources consultées	Inscrire le nom des personnes consultées ainsi que la date de la consultation
Comité d'éthique clinique	
Médecins, infirmières pivots, autres collègues, etc.	
Psychologue	
Travailleur social	
Soins spirituels	

GX-1684 (28442)
Date : 25 octobre 2013
DOSSIER MEDICAL

Processus de discussion pour la planification préalable des soins en fin de vie

2 de 2

Si vous souhaitez obtenir le document original svp communiquez avec Mme Vichy St-Martin du CSSS de Saint-Jérôme à l'adresse suivante : vicky.st-martin@cdsj.org.