



CONTINUUM DE SERVICES POUR LES PERSONNES À RISQUE DE SUBIR OU AYANT SUBI UN **ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL**

Plan de mise en œuvre Phase **2016-2018**

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

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

Photos de la page couverture : © Depositphotos

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-550-76664-3 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2017

La réalisation du Plan de mise en œuvre repose sur l’avis de personnes reconnues dans le milieu de l’accident vasculaire cérébral (AVC) et de personnes qui seront les maîtres d’œuvre de son implantation dans chacun des territoires du Québec. La consultation des gens mentionnés ici contribue à accroître la valeur ajoutée des changements proposés, à optimiser l’instauration de ces meilleures pratiques et à en assurer la pérennité. Nous tenons à les remercier pour la qualité de leurs propos et leur générosité au service des personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC.

Personnes consultées pour la version initiale du Plan de mise en œuvre

D^r Serge Bergeron, médecin-conseil et directeur médical des SPU, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean

M^{me} Chantal Lehoux, répondante régionale en cardiologie, neurovasculaire et périnatalité, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M. Paul Simard, gestionnaire clinico-administratif DSI-RC, Centre hospitalier de l’Université de Montréal

Membres du Comité national de coordination pour la mise en œuvre du continuum de services

Région sociosanitaire du Bas-Saint-Laurent (01)

M. Jean-Philippe Legault, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent

Région sociosanitaire du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)

D^r Serge Bergeron, CIUSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean

Région sociosanitaire de la Capitale-Nationale (03)

M^{me} Martine Dallaire, CHU de Québec – Université Laval

M. Patrick Duchesne, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Hélène Lizotte, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Région sociosanitaire de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04)

M^{me} Marie-Josée Tremblay, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Région sociosanitaire de l’Estrie (05)

D^{re} Linda Gagnon, CIUSSS de l’Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Région sociosanitaire de Montréal (06)

M^{me} Angèle Bergevin, CIUSSS de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal

M^{me} Lorraine Desjardins, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l’Île-de-Montréal

M^{me} Anne-Marie Denault, CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal

M^{me} Adélaïde De Melo, CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal

D^r Céline Chayer, CIUSSS de l’Est-de-l’Île-de-Montréal

M. Paul Simard, Centre hospitalier de l’Université de Montréal

M^{me} Teresa Mack, Centre universitaire de santé McGill

M^{me} Carole Boucher, Institut de cardiologie de Montréal (ICM)

Région sociosanitaire de l’Outaouais (07)

M^{me} Julie McMartin, CISSS de l’Outaouais

Région sociosanitaire de l’Abitibi-Témiscamingue (08)

M. Gérard D. Boulanger, CISSS de l’Abitibi-Témiscamingue

Région sociosanitaire de la Côte-Nord (région 09)

M^{me} Lise Boivin, CISSS de la Côte-Nord

Région sociosanitaire du Nord-du-Québec (10)

M^{me} Karoline Paquet, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

Région sociosanitaire de Gaspésie-Île-de-la-Madeleine (11)

D^{re} Claudia Plourde, CISSS de la Gaspésie

M^{me} Louise Gaudet, CISSS des Îles

Région sociosanitaire de Chaudière-Appalaches (12)

M^{me} Josée Rivard, CISSS de Chaudière-Appalaches

Région sociosanitaire de Laval (13)

M^{me} Annie Dubois, CISSS de Laval

Région sociosanitaire de Lanaudière (14)

D^{re} Line Duchesne, CISSS de Lanaudière

Région sociosanitaire des Laurentides (15)

M^{me} Rosemonde Landry, CISSS des Laurentides

Région sociosanitaire de la Montérégie (16)

M^{me} Chantal Boucher, CISSS de la Montérégie-Centre

M^{me} Michèle Cormier, CISSS de la Montérégie-Est

M^{me} Lyne Daoust, CISSS de la Montérégie-Ouest

Membres du Comité consultatif clinique

M^{me} Catherine Balg, infirmière clinicienne en phase aiguë AVC

D^{re} Nicole Beaudoin, psychiatre en phase de réadaptation post-AVC

D^{re} Nicole Daneault, neurologue vasculaire en phase aiguë AVC

M^{me} Franceen Kaizer, diplômée en ergothérapie en phase de réadaptation post-AVC

M^{me} Laurie Lambert, épidémiologiste, unité cardiovasculaire, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

M^{me} Suzanne Leblanc, physiothérapeute en phase aiguë AVC

M^{me} Heather Perkins, infirmière clinicienne en prévention secondaire AVC

M^{me} Linda Pichard, diplômée en physiothérapie en phase de réadaptation post-AVC

M^{me} Sophie Quidoz, orthophoniste en phase de réadaptation post-AVC

D^r Donald Rivest, neurologue en phase aiguë AVC

Membres de la Cellule ministérielle AVC et du Comité directeur

M. Daniel Garneau, Direction générale des services sociaux (DGSS) – Directeur de l'organisation des services en déficience et en réadaptation physique

M^{me} Danie Lavoie, DGSS – Direction de l'organisation des services en déficience et en réadaptation physique

D^{re} Louise Clément, Direction générale des services de santé et médecine universitaire (DGSSMU) – Direction des soins spécialisés

M. France Charles Fleury, DGSSMU – Direction des soins spécialisés

M. Daniel Riverin, DGSSMU – Directeur des soins spécialisés

Intégration des contenus et rédaction

M. France Charles Fleury

Table des matières

SOMMAIRE	1
1. INTENTIONS ET UTILITÉ DU PLAN DE MISE EN ŒUVRE	3
Plan de mise en œuvre et ouvrages ministériels sur l'AVC	3
Outil de soutien à l'implantation	3
Phase deux des trois phases d'implantation	4
2. MISE EN CONTEXTE, OBJECTIFS ET DÉFIS	5
Mise en contexte	5
Objectifs contenus dans les Orientations ministérielles.....	5
Défis liés à l'instauration du Plan de mise en œuvre.....	6
3. POPULATION CIBLE	8
4. VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS	9
Vision centrée sur la continuité des soins et des services	9
Principes directeurs énoncés dans les Orientations ministérielles	10
Responsabilités partagées entre le MSSS et les établissements	10
5. ACTIONS PAR PHASES DU CONTINUUM DE SERVICES	11
Continuum de services	11
Mode d'emploi pour les tableaux du Plan de mise en œuvre.....	12
Sensibilisation du public et prévention primaire de l'AVC.....	13
Prise en charge de la phase hyperaiguë (de 0 à 24 heures).....	15
Prise en charge de la phase aiguë (de 1 à 7 jours)	20
Prise en charge de la phase de réadaptation post-AVC (du jour 8 au jour 90 post-AVC).....	25
Prise en charge de la phase de réintégration et de maintien dans la communauté	32
6. ACTIONS COMMUNES À TOUTES LES PHASES DU CONTINUUM.....	37
Centration sur les besoins de la personne et de ses proches aidants	37
Organisation des services et des interventions basée sur les pratiques optimales	39
Implantation formalisée et amélioration continue.....	41
Transfert de connaissances et recherche	44
7. ACTIONS SPÉCIFIQUES AUX POINTS DE TRANSITION DANS LE CONTINUUM.....	46
CONCLUSION	48
ANNEXES.....	49

Annexe I Matrice des orientations AVC en fonction du Plan stratégique 2015-2020	50
Annexe II Échéancier pour les cibles attendues en 2016-2017	52
Annexe III Gabarit proposé pour la rédaction du plan d'action biennal.....	55
GLOSSAIRE	56
RÉFÉRENCES	57

Sommaire

1. Intentions et utilité du Plan de mise en œuvre

- Le Plan de mise en œuvre s'inscrit dans la suite logique des Orientations ministérielles 2013-2018 sur le Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC.
- Le Plan de mise en œuvre correspond à la seconde phase des travaux, la première phase amorcée depuis 2012 s'étant concentrée sur les services offerts pour les phases hyperaiguë et aiguë.
- Outil de soutien à l'implantation des pratiques optimales, le Plan de mise en œuvre s'adresse à la fois aux personnes responsables de l'implantation du Continuum AVC dans son ensemble et aux personnes responsables de chacune des phases qui le constituent.
- Le Plan de mise en œuvre contient les actions à mener et les moyens préconisés pour atteindre les objectifs proposés qui sont liés à l'accessibilité, à la qualité et à l'optimisation des ressources.
- Les balises énumérées permettront aux responsables des établissements de déterminer les priorités et de constituer leur propre plan d'action pour 2016-2018.
- L'implantation des contenus, déterminés sur la base des données probantes et des consensus d'experts, permettra d'optimiser les services au bénéfice des personnes ayant subi un AVC, de leurs proches de même que du réseau de la santé et des services sociaux.

2. Mise en contexte, objectifs et défis

- L'optimisation des services en matière d'AVC requiert la mise sur pied d'un continuum de services intégré et efficient.
- Les Orientations ministérielles comptent cinq objectifs :
 - Améliorer l'état de santé de la population à risque ou ayant subi un AVC ;
 - Offrir des soins et des services axés sur les besoins et les attentes de la personne ainsi que ceux de ses proches ;
 - Assurer un accès aux services en temps opportun ;
 - Permettre la flexibilité et l'adaptabilité dans l'approche selon le territoire, l'évolution des connaissances et l'évolution des technologies ;
 - Améliorer la performance du système de santé.
- Plusieurs défis liés à l'implantation du Plan de mise en œuvre sont mis en évidence en termes d'accessibilité, de qualité et d'optimisation des ressources.
- Pour relever les défis, quatre tactiques sont privilégiées :
 - Organiser les services en se centrant sur les besoins de la personne et sur les pratiques optimales ;
 - Adopter une gouvernance fondée sur la transversalité au sein des établissements, le réseautage et les partenariats ;
 - Favoriser la mise en place d'une culture de mesure et d'amélioration continue ;
 - Baser l'implantation sur une méthode structurée de gestion de projet.

3. Population cible

- Les personnes à risque ou ayant subi un AVC sont nombreuses, des taux élevés de mortalité et de morbidité étant associés à la maladie.

- En 2014-2015, 12 003 personnes ont été hospitalisées à la suite d'un AVC, dont la moitié d'entre elles avaient 75 ans ou plus (50,5 %).
- Au Canada, sur 100 personnes ayant fait un AVC, seulement 10 d'entre elles récupèrent entièrement, 75 conservent une invalidité qui varie de légère à sévère et 15 décèdent.
- De 60 à 70 % des personnes retournent à leur domicile et nécessitent le soutien de leurs proches.
- Le vieillissement de la population et la prévalence accrue des facteurs de risque en matière d'AVC laissent présager une croissance du nombre absolu d'AVC au cours des vingt prochaines années.

4. Vision et principes directeurs

- La vision correspond à la mise en place d'une approche systémique, intégrée et coordonnée de services sous la forme d'un continuum de services.
- La conduite des travaux repose sur :
 - la centration sur les besoins de la personne ;
 - l'appui sur les données probantes ;
 - l'amélioration continue ;
 - la collaboration interdisciplinaire et la collaboration entre territoires ;
 - l'intégration de l'enseignement, de la recherche et de l'évaluation des technologies aux pratiques ;
 - l'innovation, la flexibilité, l'adaptabilité et l'équité ;
 - l'approche populationnelle, la hiérarchisation des soins, l'adaptation aux besoins des aînés, le développement de la première ligne et les technologies de l'information.
- Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) voit à définir les priorités et les orientations ; les CISSS et les CIUSSS, de leur côté, planifient, coordonnent, organisent et offrent les services à la population de leur territoire.

5, 6 et 7. Actions par phases du continuum de services, communes à toutes les phases et de transition

- Le Continuum se compose :
 - de six phases : sensibilisation du public ; prévention primaire de l'AVC ; hyperaiguë ; aiguë ; réadaptation post-AVC ; et réintégration et maintien dans la communauté ;
 - d'actions communes à toutes les phases ;
 - et d'actions de transition entre les phases.
- Le Continuum repose sur l'expérience de la personne ayant subi un AVC.
- Le Plan de mise en œuvre liste, sous forme de tableaux, les attentes ministérielles en termes d'actions, d'objectifs, d'indicateurs et de cibles pour chacune des phases, pour les actions communes et les actions de transition.
- Les attentes ministérielles s'appuient sur les pratiques optimales, le consensus d'experts et l'avis de personnes reconnues dans le milieu.
- Chaque établissement est invité à produire un plan d'action bisannuel (2016-2018) à partir du Plan de mise en œuvre exposé dans le présent document. Pour ce faire, un gabarit est fourni, soit celui qui a été annoncé dans les ententes de gestion 2016-2017.
- Bien que l'atteinte des cibles soit visée pour le 31 mars 2018, certaines cibles apparues plus importantes ou préalables à d'autres objectifs indiquent un échéancier plus rapproché.

1. Intentions et utilité du Plan de mise en œuvre

Plan de mise en œuvre et ouvrages ministériels sur l'AVC

Le MSSS détaille le *Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral* dans quatre principales publications¹. Le Plan de mise en œuvre représente un des volets de cet ensemble de lignes directrices et de connaissances qui reposent sur les meilleures pratiques et les consensus d'experts dans le domaine.

Le Plan de mise en œuvre découle des Orientations ministérielles et est complété par des balises organisationnelles (figure 1). Le lecteur est invité à consulter les autres ouvrages du MSSS pour se faire une idée complète des contenus relatifs au Continuum. Ils sont accessibles sur son site Web² ou auprès des membres de la Cellule ministérielle AVC, tout comme les autres documents de référence et outils mentionnés dans les prochaines pages.

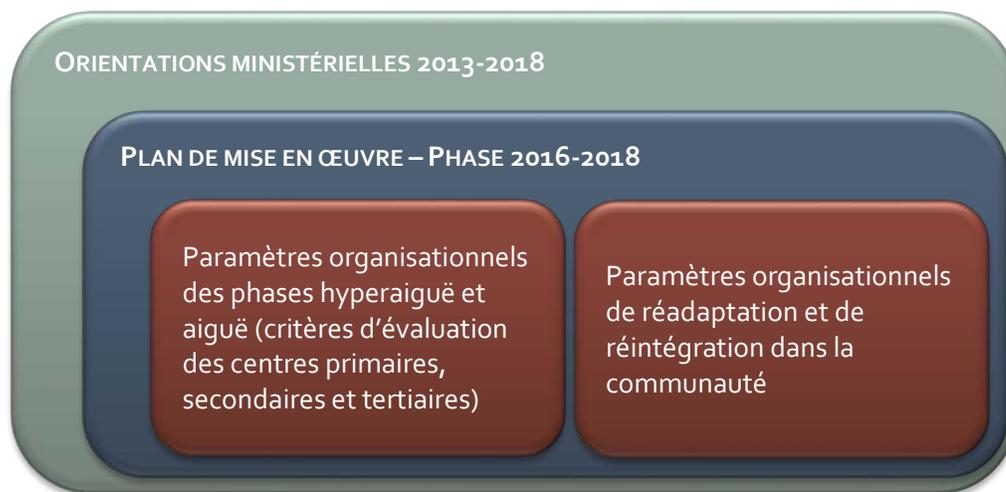


Figure 1 Quatre ouvrages ministériels relatifs au Continuum de services AVC

Outil de soutien à l'implantation

Le présent document se veut un outil mis à la disposition des établissements. Il s'adresse en premier lieu aux personnes responsables de l'implantation du Continuum AVC dans son ensemble et aux personnes responsables des services dans les phases qui le constituent.

Le lecteur y trouvera les actions à mener et des moyens préconisés pour atteindre les objectifs provinciaux d'accessibilité, de qualité et d'optimisation des ressources. Il y découvrira également des actions jugées essentielles à la réussite de l'implantation du continuum. À partir de ces balises, le lecteur sera en mesure de déterminer ses priorités selon les particularités de son contexte de travail et de constituer son propre plan d'action.

¹ Les données bibliographiques complètes se trouvent dans la section « Références ».

² Site Web du MSSS sur l'AVC : <http://msss.gouv.qc.ca/professionnels/AVC>.

Le MSSS cherche, par la publication de ce document, à optimiser l'implantation d'un continuum de services efficace et efficient au bénéfice des personnes ayant subi ou à risque de subir un AVC. Il souhaite également assurer la pérennité de l'implantation des changements apportés.

Les actions préconisées dans le Plan de mise en œuvre s'inscrivent étroitement dans les priorités du Plan stratégique 2015-2020 du MSSS, comme le représente la matrice déposée à l'annexe I. Ces actions doivent être considérées en fonction d'une harmonisation étroite avec les Orientations ministérielles sur des sujets connexes. L'approche adaptée à la personne âgée et la gestion des maladies chroniques font partie de celles-là.

Bien que les balises du Plan de mise en œuvre aient été longuement réfléchies et soumises à l'avis de personnes reconnues dans le milieu pour leur expertise, des adaptations et des précisions s'avèrent toujours possibles au regard tant de l'évolution des données probantes que des connaissances acquises lors des expériences d'implantation. Les deux comités nationaux créés par le MSSS, soit le Comité clinique consultatif et le Comité de coordination, assureront alors la diffusion des modifications.

Phase deux des trois phases d'implantation

Le Plan de mise en œuvre présenté ici englobe la phase 2016-2018, soit la deuxième phase du processus d'implantation. La première phase a débuté en 2012. Elle a permis de faire de nombreux progrès, résumés dans le tableau 1. La troisième phase consistera à parfaire l'implantation. Le Plan de mise en œuvre ministériel sera alors revu à la lumière des résultats enregistrés dans les différents établissements, avec le soutien des comités de coordination et consultatif clinique.

Tableau 1 Travaux réalisés lors de la phase initiale du processus d'implantation

TRAVAUX RÉALISÉS EN TOUT OU EN MAJEURE PARTIE
Détermination des orientations ministérielles sur la base des pratiques optimales et mise en place des mesures nécessaires à l'implantation.
Élaboration des critères, puis désignation et suivi des centres secondaires et tertiaires au regard des phases hyperaiguë et aiguë.
Mise en œuvre des services de téléthrombolyse.
Implantation et suivi des pratiques de thrombolyse.
Élaboration d'outils et de contenus de formation.
Mise en ligne du site ministériel regroupant des ouvrages pertinents de référence.
Définition des indicateurs requis de suivi et pilotage de l'élaboration d'une banque de données pour les phases hyperaiguë et aiguë.

2. Mise en contexte, objectifs et défis

Mise en contexte

Depuis de nombreuses années, le MSSS se préoccupe de l'organisation efficiente des services aux personnes à risque ou ayant subi un AVC³. En 2011, le MSSS mandatait un comité consultatif appuyé par l'INESSS pour mettre en évidence les problématiques particulières du continuum de services et les meilleures solutions. Ce comité proposait une organisation des services qui favorise l'accès aux soins en temps opportun, une application des pratiques optimales au quotidien et la prestation de services plus efficaces. En 2013, un comité d'experts, présidé par la docteure Carol Richards, déposait son analyse et ses recommandations sur les trajectoires de services de réadaptation post-AVC. En mai 2016, l'INESSS livrait les résultats d'une évaluation terrain sur le traitement de l'AVC ischémique en phase hyperaiguë⁴. En s'appuyant sur les données de 2013-2014 des 79 centres hospitaliers participants, l'évaluation expose l'état de la question au commencement des travaux ministériels. Ces constats permettront d'apprécier les effets des travaux encouragés dans le Plan de mise en œuvre.

De la participation des experts ont résulté des lignes directrices pour une organisation optimale du continuum de services, soit une « articulation de services offerts par des organismes du domaine sociosanitaire œuvrant à différents niveaux en un réseau intégré qui permet d'assurer une prise en charge continue, sans rupture ou incohérence, des personnes qui ont besoin de ces services⁵ ». L'intention de mettre sur pied un continuum de services intégré et efficace pour l'AVC fait d'ailleurs consensus auprès des acteurs visés, qu'ils soient cliniciens, gestionnaires, chercheurs ou patients partenaires.

Le Plan de mise en œuvre 2016-2018 s'appuie largement sur les avis et les productions des experts, en plus des recommandations formulées par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC ainsi que de l'American Stroke Association. Il regroupe, dans un format opérationnel, les pratiques optimales reconnues au plus grand bénéfice des personnes à risque ou ayant subi un AVC.

Objectifs contenus dans les Orientations ministérielles

Le MSSS a formulé en 2013 ses orientations quinquennales sur le continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un AVC. Cinq objectifs généraux reflètent les attentes ministérielles, mentionnées plus bas, objectifs dont découle le Plan de mise en œuvre⁶ :

1. « Améliorer l'état de santé de la population à risque de subir ou ayant subi un AVC (diminuer l'incidence de l'AVC, réduire les séquelles d'un AVC, améliorer l'autonomie fonctionnelle, réduire le recours à l'hébergement);
2. Offrir des soins et des services centrés sur les besoins et les attentes des personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC ainsi que sur les besoins et les attentes de leurs proches (approche populationnelle, patients partenaires);
3. Assurer l'accès aux soins et aux services, en temps opportun, à l'ensemble de la population du Québec.

³ C'est le cas, par exemple, de la publication du MSSS en 2003 sur les Orientations ministérielles en déficience physique.

⁴ INESSS, 2016.

⁵ *Grand dictionnaire terminologique*, consulté le 21 avril 2015.

⁶ MSSS, 2013, p. 4.

4. Permettre une flexibilité et une adaptabilité dans l'approche en fonction des besoins particuliers des régions, des données épidémiologiques disponibles, de la recherche, des nouvelles technologies (dossier clinique informatisé, télé-AVC, nouveau traitement);
5. Améliorer la performance du système de santé pour la clientèle ciblée (coût-efficience, productivité, soins et services appropriés) ».

Défis liés à l'instauration du Plan de mise en œuvre

Les experts, les patients et leurs proches consultés ont nommé des difficultés auxquelles la révision de l'organisation des services devrait s'attacher. Ils observent notamment des délais pour la prestation de services en temps opportun et l'insuffisance, voire l'absence, de certains services reconnus pour leur efficacité. Une amélioration de la qualité des soins aiderait grandement à la récupération des patients, à l'efficience du réseau lui-même et à l'équité entre les territoires.

Des difficultés soulevées découlent des défis qui nécessiteront des efforts particuliers pour bonifier le continuum de services. Énumérés au tableau 2, les principaux défis sont regroupés au regard de l'accessibilité, de la qualité et de l'optimisation des ressources⁷.

Afin de relever les défis, l'instauration du Plan de mise en œuvre doit pouvoir s'appuyer sur quatre tactiques structurantes :

- Organiser les services en se centrant sur les besoins de la personne et en se basant sur les pratiques optimales, ce qui simplifiera l'expérience de la personne et de ses proches tout au long du continuum de services;
- Adopter des pratiques de gouvernance fondées sur la transversalité au sein des CISSS, des CIUSSS et établissements non fusionnés, sur le réseautage avec tous les acteurs visés et sur le partenariat avec des organismes reconnus, dont la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC;
- Favoriser la mise en place d'une culture de mesure qui encourage l'apprentissage continu, l'organisation apprenante et l'amélioration continue;
- Baser l'implantation des actions sur une méthode dynamique et structurée de gestion de projet.

Tableau 2 Principaux défis pour l'implantation d'un continuum AVC intégré et performant

ACCESSIBILITÉ (ACCÈS, ÉQUITÉ)

1. Le respect de l'équité intraterritoriale quant à l'accessibilité aux services.
2. Une plus grande harmonisation entre les différentes régions quant aux offres de services implantées.
3. L'instauration de trajectoires de services permettant de personnaliser le parcours en fonction des réalités des individus.
4. Une offre de services intégrés répondant aux besoins et aux attentes des personnes en fonction de leur profil clinique et non en fonction d'un programme-service spécifique ou de l'âge.
5. L'admission dans un lit d'hôpital en unité spécialisée pour les AVC (unité AVC) ou, lorsque la masse critique ne le permet pas, l'admission dans une section sur une unité désignée pour la clientèle AVC quelques heures après l'arrivée à l'urgence.

⁷ Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance [...], MSSS, 2012.

6. Une offre de réadaptation propre à l'AVC accessible sans délai en courte durée et qui se poursuit par des services de réadaptation en phase de réadaptation post-AVC, et ce, même pour les AVC sévères avant d'envisager un hébergement permanent.
7. Une optimisation de l'accès aux services de réadaptation, offerts au cours de la phase de réadaptation post-AVC dans l'environnement le plus approprié, notamment en mode externe ou au domicile.
8. La mise en place de services pour des clientèles particulières comme les jeunes adultes, les personnes ayant subi un AVC léger et les personnes requérant des services de récupération lente.
9. L'assurance de proposer une approche de réadaptation de l'AVC aux personnes qui présentent un profil gériatrique.
10. La disponibilité de ressources d'hébergement permanent adaptées à une clientèle ayant subi un AVC.
11. Une accessibilité accrue aux services de prévention secondaire, offerts en temps opportun, avec un suivi complet comprenant une phase d'intégration sociale et communautaire de même qu'une coordination étroite avec les services de première ligne.
12. Une organisation des ressources nécessaires à la prestation de services à proximité du milieu de vie.

QUALITÉ (EFFICACITÉ, SÉCURITÉ, RÉACTIVITÉ, CONTINUITÉ)

13. Une réduction de la durée de séjour en milieu hospitalier et une réduction des délais pour commencer la réadaptation précoce en unité de courte durée.
14. La poursuite des interventions réalisées en réadaptation précoce au cours de la phase de réadaptation post-AVC.
15. Une réduction des délais d'attente d'un service à l'autre pour éviter d'interrompre la fluidité dans le parcours de soins, de réadaptation et de réintégration dans la communauté.
16. Une meilleure coordination aux points de transition entre les services d'une phase à l'autre.
17. Le recours à des outils standardisés et partagés tout au long des différentes phases du continuum.
18. Une fois la réadaptation terminée, lorsque le retour à domicile n'est plus possible, l'instauration de mécanismes plus efficaces pour le transfert et la prise en charge en milieu d'hébergement permanent adapté aux besoins de la personne.
19. Une planification proactive des services tenant compte des changements démographiques actuels et à venir, dont le vieillissement de la population.

OPTIMISATION DES RESSOURCES (EFFICIENCE, VIABILITÉ)

20. Une application étendue des pratiques optimales tout au long des différentes phases du continuum et dans les différents services.
21. Une approche collaborative qui inclut le modèle de patient partenaire, les soins et les services étant centrés sur les besoins et les attentes des personnes.
22. Une organisation de services décentralisée et complète sur le territoire, appropriée et efficiente, avec comme pierre angulaire l'offre à proximité du domicile lorsque cela est possible.
23. Une utilisation optimale des ressources humaines, financières et matérielles accordées aux activités dans chacune des phases du continuum.
24. Une coordination efficiente des ressources en réduisant les barrières dans le continuum de soins, ce qui implique une complémentarité accrue au sein des équipes, entre les établissements et entre les niveaux de services.
25. Une meilleure fluidité du parcours de la personne ayant subi un AVC entre les différents services, ce qui peut impliquer un recentrage des responsabilités pour optimiser l'utilisation des ressources.

3. Population cible

Les personnes à risque ou ayant subi un AVC sont nombreuses. Plusieurs conservent des déficits fonctionnels importants et éprouvent même à long terme des besoins particuliers résultant de l'accident. Des taux élevés de mortalité et de morbidité y sont associés.

Bien que la clientèle ne puisse pas être définie par des statistiques, les données ci-dessous offrent un aperçu de l'ampleur du défi que représente cette maladie pour le réseau de la santé et des services sociaux et la société⁸ :

- On estime qu'environ 62 000 AVC surviennent chaque année au Canada;
- Un AVC se produirait toutes les neuf minutes;
- L'AVC constitue l'une des premières causes de décès au Canada et la troisième au Québec;
- L'AVC représente la principale cause de handicap chez les adultes;
- Au Québec, une personne est hospitalisée toutes les heures à la suite d'un AVC;
- Des 300 000 Canadiens qui vivent avec les séquelles d'un AVC, 60 % rapportent qu'ils ont besoin d'aide et 80 % reconnaissent des restrictions dans leurs activités quotidiennes;
- Sur 100 personnes ayant fait un AVC au Canada :
 - 10 récupèrent entièrement ;
 - 25 récupèrent en conservant une légère invalidité ;
 - 40 présentent une invalidité importante ;
 - 10 conservent des séquelles si sévères qu'elles ont besoin de soins à long terme ;
 - 15 décèdent;
- Moins de 50 % des patients ayant fait un AVC retournent au travail.

Selon les données tirées de MED-ÉCHO, 12 003 personnes ont été hospitalisées au Québec en 2014-2015 à la suite d'un AVC. Les personnes de moins de 65 ans comptaient pour 26,3 % de ce nombre, tandis que 23,2 % se trouvaient dans la tranche d'âge des 65 à 74 ans. La majorité des usagers admis, soit 50,5 %, avaient plus de 75 ans. Du nombre total des personnes hospitalisées, 13 % sont décédées lors du séjour hospitalier.

Les personnes ayant subi un AVC peuvent présenter différents problèmes. Énumérés plus bas, il en résulte des effets négatifs sur leur qualité de vie et sur celle de leurs proches aidants⁹ :

- des déficits moteurs comme la parésie ou la paralysie (membre supérieur ou inférieur, visage);
- des déficits sensoriels ou perceptifs, comme la perte ou la modification des facultés tactiles, proprioceptives, auditives, gustatives;
- des problèmes de communication et d'élocution, des problèmes dans l'expression ou la compréhension du langage parlé ou écrit;
- des atteintes cognitives comme l'altération de la mémoire ou du jugement qui affectent la capacité à résoudre des problèmes;
- des problèmes de déglutition affectant la capacité de se nourrir et pouvant mener à l'étouffement;
- des vertiges, des troubles de l'équilibre et des difficultés à se déplacer de façon autonome et sécuritaire;
- des troubles affectifs tels que l'anxiété, l'apathie ou la dépression;
- de l'isolement social;
- un risque accru d'incidence de démence et de sénilité.

⁸ Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2015.

⁹ Dawson et coll., 2013 ; Comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC, 2013.

La famille porte également le poids des séquelles de l'AVC. De 60 à 70 % des personnes qui retournent à domicile nécessitent en effet le soutien de leurs proches. Par ailleurs, puisque de 20 à 50 % seulement des personnes retournent au travail, la famille subit souvent une baisse de revenus¹⁰.

On estime que, pour chaque AVC symptomatique, se produisent neuf AVC dits « silencieux ». Ils peuvent entraîner des déficits cognitifs, une atteinte de la vision ou des troubles du langage de façon progressive (à bas bruit)¹¹. Selon l'American Stroke Association, une personne qui a subi un accident ischémique transitoire (AIT) présente dix fois plus de risques de faire un AVC par rapport à une autre personne du même sexe et du même âge¹².

Le coût annuel de l'AVC pour l'économie canadienne s'élève à environ 2,7 milliards de dollars en termes de services médicaux, de coûts d'hospitalisation, de perte de salaire et de perte de productivité¹³. Le vieillissement de la population et la prévalence accrue des facteurs de risque d'AVC, comme l'hypertension artérielle, la fibrillation auriculaire, la dyslipidémie et le diabète, laissent présager une croissance du nombre absolu d'AVC au cours des 20 prochaines années¹⁴.

4. Vision et principes directeurs

Vision centrée sur la continuité des soins et des services

La vision préconisée ici s'appuie sur des expériences réussies d'organisation des services, au Québec et ailleurs, ainsi que sur des données probantes¹⁵. Elle correspond à la volonté de mettre en place une approche systémique, intégrée et coordonnée de services sous la forme d'un continuum de services, reconnue pour son effet sur :

- la réduction de la mortalité et de la morbidité liées à l'AVC ;
- l'amélioration de la qualité de vie des personnes et de leurs proches ;
- l'amélioration de la performance du système de santé¹⁶.

Le *Triple Aim*¹⁷, ou cadre du triple objectif, représente une de ces expériences qui ont inspiré le MSSS dans le présent Plan de mise en œuvre. Ce modèle s'appuie sur trois composantes principales : la détermination de la population visée et de la structure requise de gouvernance ; la gestion des services à l'échelle d'une population ; et la construction d'un système d'apprentissage continu pour les équipes de travail. Le continuum québécois de services en traumatologie compte également parmi les sources qui ont influé sur les choix préconisés dans les pages qui suivent.

¹⁰ Comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC, 2013, citant la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.

¹¹ *Ibidem*.

¹² Comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC, 2013.

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ MSSS, 2013.

¹⁶ MSSS, 2013 ; MSSS, 2003.

¹⁷ Whittington et coll., 2015.

Principes directeurs énoncés dans les Orientations ministérielles

La mise en place du continuum s'appuie sur les sept principes suivants¹⁸, soit des règles pour guider la conduite des activités de révision et d'optimisation du continuum AVC :

1. « être centré sur les besoins des patients et sur ceux de leurs proches (accessibilité-continuité-qualité);
2. être établi selon une approche systémique basée sur les données probantes;
3. suivre un processus d'amélioration continue (outils, collaboration, mesure);
4. favoriser la collaboration interdisciplinaire et entre les territoires (synergie);
5. intégrer des volets d'enseignements, de recherche et d'évaluation des terminologies ainsi que des modes d'intervention;
6. être ouvert à l'innovation, à la flexibilité, à l'adaptabilité et à l'équité;
7. s'arrimer avec les orientations ministérielles :
 - approche populationnelle;
 - hiérarchisation des soins;
 - adaptation des soins et des services aux besoins des aînés;
 - technologies de l'information ».

Responsabilités partagées entre le MSSS et les établissements

Le Plan de mise en œuvre énonce les objectifs prioritaires en fonction du niveau de responsabilité, à l'échelle provinciale ou régionale. Ces précisions respectent les rôles et les responsabilités revus dans le contexte de la récente réorganisation du réseau.

Ainsi, le MSSS voit notamment « [à définir] les priorités et les orientations nationales ainsi qu'[à] établir les politiques ; [à] planifier et [à] coordonner les services nationaux qui doivent être offerts dans l'ensemble du Québec¹⁹ ».

De leur côté, les CISSS et les CIUSSS assument les responsabilités suivantes²⁰ :

- « Planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers.
- Garantir une planification régionale des ressources humaines.
- Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes.
- Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables.
- Assurer une gestion de l'accès simplifié aux services.
- Établir des ententes et des modalités en précisant les responsabilités réciproques et complémentaires avec les partenaires de son réseau territorial de services (RTS) comme les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies

¹⁸ MSSS, 2013, p. 4.

¹⁹ Site ministériel – Réorganisation du réseau : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait>, consulté le 22 décembre 2015.

²⁰ *Ibidem*.

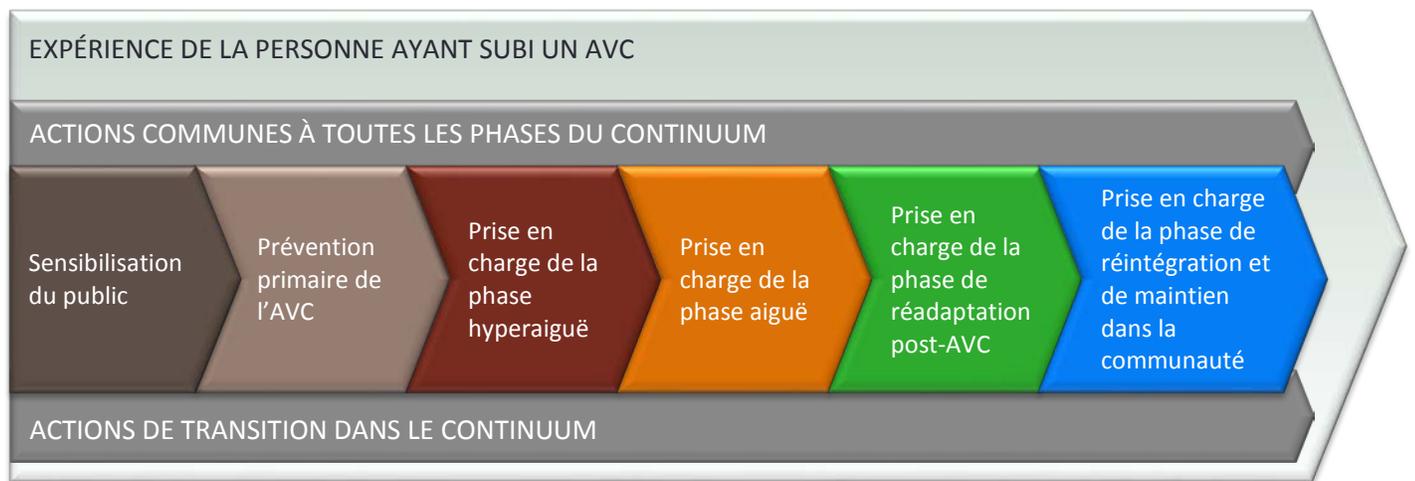
et les autres ressources privées, ainsi qu'avec d'autres établissements du réseau. Intégrer les réseaux locaux de services (RLS) établis au profit du RTS. »

5. Actions par phases du continuum de services

Continuum de services

Le continuum propre à l'AVC se compose de six principales phases, l'ensemble étant lié par des actions communes et des modalités de transitions d'une phase à l'autre. Il repose sur l'expérience de la personne ayant subi un AVC, première préoccupation des gestionnaires et des cliniciens. La figure 2 expose le continuum préconisé par le MSSS.

Figure 2 Continuum de services²¹



L'intensité de l'investissement des différents professionnels de l'équipe AVC varie selon les phases du continuum, en fonction de leurs champs respectifs de pratique, de leur expertise et des besoins de la clientèle. La personne ayant subi un AVC et ses proches sont partie prenante de cette équipe et représentent même la seule constante de l'équipe tout au long des différentes phases. Les professionnels qui forment l'équipe adoptent donc une pratique collaborative autour de l'expérience du patient.

En outre, le continuum s'insère dans l'offre de service des soins de première ligne et des services donnés par les organismes communautaires. L'intégration du continuum AVC aux soins et aux services généraux contribue à assurer le meilleur suivi possible pour les personnes à risque ou ayant subi un AVC.

²¹ Contenu reproduit et adapté avec l'autorisation de M.P. Lindsay et coll., 2010.

Mode d'emploi pour les tableaux du Plan de mise en œuvre

Les prochaines pages mettent en évidence les actions, les objectifs, les moyens, les indicateurs et les cibles privilégiés pour chacune des phases du continuum. Les actions communes à toutes les phases et celles qui sont associées aux transitions sont présentées par la suite. Le lecteur y trouvera les actions à accomplir pour répondre aux objectifs attendus d'accessibilité, de qualité et d'optimisation des ressources.

Le lecteur est invité à prêter attention aux nuances suivantes dans l'interprétation des tableaux :

- La colonne des moyens fait référence à des moyens jugés incontournables dont la plupart ont été élaborés dans le contexte des travaux ministériels. Chaque organisation verra à les compléter par les moyens qu'elle jugera les plus pertinents en fonction de sa réalité.
- La colonne des indicateurs énumère ce qui est apparu important à suivre au regard du souhait d'une large implantation des meilleures pratiques. Ils représentent ainsi presque exclusivement des indicateurs de processus et de structures. Les établissements verront à bonifier cette liste afin de pouvoir apprécier la performance de leur organisation et d'instaurer un processus d'amélioration continue.
- La colonne des cibles liste généralement les attentes pour la fin du Plan de mise en œuvre, soit le 31 mars 2018. Toutefois, si l'atteinte d'une cible pour un indicateur de processus ou de structure est jugée préalable, une date spécifique est alors indiquée. L'annexe II présente sous forme d'échéancier les indicateurs de processus et de structures dont les cibles sont attendues au plus tard pour le 31 mars 2017.

Sensibilisation du public et prévention primaire de l'AVC

Les deux premières phases du Continuum ont pour objet de sensibiliser la population sur les signes de l'AVC et à prévenir l'accident dans la mesure du possible, bien que l'AVC soit avant tout une urgence médicale.

Il s'avère primordial d'informer la population sur les signes de l'AVC qui, une fois reconnus, incitent à composer le 911. La sensibilisation du public contribue à accélérer la prise en charge par le système de santé de la personne ayant subi un tel événement. Cela accroît les chances de réduire les effets néfastes consécutifs à l'AVC.

Selon un sondage mené en 2015 par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC²², un tiers seulement des Canadiens peuvent décrire ce qu'est un AVC. Le recours à l'acronyme « VITE » représente un moyen simple et efficace pour sensibiliser la population. Trois signes importants de l'AVC y sont indiqués²³. Pourtant, près de 50 % des répondants au sondage de la Fondation ont déclaré ne connaître aucun de ces trois signes.

Tous les membres de l'équipe clinique se doivent d'être attentifs à la prévention primaire de l'AVC. La reconnaissance en première ligne des facteurs de risque, suivie par une prise en charge selon le modèle de gestion des maladies chroniques, contribue efficacement à la réduction de l'incidence et de la prévalence des AVC. L'hypertension artérielle, le diabète, la fibrillation auriculaire, la dyslipidémie, les maladies cardiaques athérosclérotiques et les maladies vasculaires périphériques sont des facteurs de risque associés aux maladies vasculaires cérébrales. La mise en œuvre de programmes de santé publique, la précision des rôles et des responsabilités des divers acteurs en matière de prévention primaire ainsi qu'une coordination fluide et efficace entre les services de première et de deuxième ligne s'avèrent des moyens efficaces de prévention.

Au cours de cette phase, l'équipe clinique vise particulièrement les objectifs suivants :

- Collaborer avec des partenaires comme la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, dans le but d'éduquer la population sur l'AVC, tout spécialement sur la reconnaissance des signes ;
- Consolider les liens entre les services de première ligne et la santé publique pour que l'évaluation du risque soit intégrée dans les programmes existants.

²² Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2015.

²³ Fondation des maladies du cœur et de l'AVC,

http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kplQKVOxFoG/b.3669881/k.D70/AVC__Signes_de_l8217AVC.htm, consulté le 22 décembre 2015.

Tableau 3 Sensibilisation du public et prévention primaire de l'AVC

SENSIBILISATION DU PUBLIC ET PRÉVENTION PRIMAIRE DE L'AVC					
ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
1. Sensibilisation du grand public.	Identifier les mesures de sensibilisation les plus efficaces avec le soutien d'experts.	1.1. S'assurer de la diffusion des mesures de sensibilisation sur le territoire. 1.2. Faire connaître l'offre de service à la population et s'assurer que cette information soit diffusée au sein des équipes de première ligne, y compris les médecins de famille.	<input type="checkbox"/> Acronyme VITE. <input type="checkbox"/> Affiche de sensibilisation conçue selon les critères de la stratégie canadienne de l'AVC. <input type="checkbox"/> Partenariat avec la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC où le CISSS ou le CIUSSS peut servir de courroie de transmission aux messages de la Fondation. <input type="checkbox"/> Arrimage entre la santé publique et la première ligne. <input type="checkbox"/> Sondage auprès de la population.	(S1) Rédaction d'une stratégie de sensibilisation qui précise les rôles de la première ligne et de la santé publique, pour la population et les cliniciens. (S2) Proportion de la population pouvant reconnaître les trois signes décrits dans l'acronyme VITE.	Présent (mars 2017) 50 %
2. Mise en place des activités de prévention primaire jugées efficaces.	Identifier les facteurs de risque les plus fortement associés aux maladies vasculaires cérébrales avec le soutien d'experts.	2.1. Introduire le volet de prévention primaire de l'AVC dans les programmes de gestion des maladies chroniques (HTA, FA, diabète). 2.2. Élaborer une trajectoire de services pour une évaluation en temps opportun des facteurs de risque associés aux maladies vasculaires cérébrales. 2.3. S'assurer de la diffusion des facteurs de risque de l'AVC et de la reconnaissance de ces derniers au même titre que pour les maladies cardiaques.	<input type="checkbox"/> Énumération des facteurs de risque les plus fortement associés aux maladies vasculaires. <input type="checkbox"/> Protocole de référence pour l'évaluation en temps opportun de la clientèle à risque d'un AVC.	(P1) Développement d'un plan d'action régional de prévention primaire qui intègre de manière cohérente les services de première ligne et la santé publique. (P2) Mise en place d'un protocole de référence pour l'évaluation en temps opportun de la clientèle à risque d'un AVC.	Présent Mise en place complétée

Prise en charge de la phase hyperaiguë (de 0 à 24 heures)

La phase hyperaiguë comprend le temps qui s'écoule entre le moment où survient l'AVC, soit le début des symptômes, et les premières 24 heures qui suivent. Cette étape est cruciale dans l'évolution de l'AVC. Plusieurs actions importantes doivent alors être accomplies, dont la reconnaissance des symptômes par la personne ou ses proches, le transport vers un milieu ayant la capacité de faire le diagnostic 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (24/7), les premières décisions thérapeutiques, la prévention des complications et la prise de décision quant à l'environnement thérapeutique le plus approprié. Les interventions doivent respecter les responsabilités entendues dans le contexte de la désignation des centres en vertu du principe de la hiérarchisation des soins et des services. Elles doivent être bien coordonnées par l'équipe clinique, y compris les services préhospitaliers, de sorte que les décisions seront prises rapidement.

La trajectoire hospitalière pour une personne ayant subi un AVC ischémique, y compris les phases hyperaiguë et aiguë, est représentée à la figure 3. Bien qu'il n'y ait pas de trajectoire spécifique en réadaptation au cours des premières 24 heures, l'expertise des professionnels peut être sollicitée et décrite dans les protocoles cliniques de cette phase, tout particulièrement au regard du repérage²⁴ de la dysphagie, du positionnement, de l'évaluation du risque de chutes et de la gestion de la douleur. Considérant que les personnes qui subissent un AVC ont majoritairement plus de 65 ans, l'approche adaptée à la personne âgée²⁵ est intégrée aux protocoles de soins.

Au cours de cette phase, l'équipe clinique vise les objectifs suivants :

- Établir un diagnostic ;
- Prendre les décisions concernant les options thérapeutiques ;
- Admettre, dès que c'est possible, la personne à l'unité AVC lorsqu'une hospitalisation est indiquée, la cible étant de 4 heures depuis le triage à l'urgence ;
- Dépister, évaluer et surveiller étroitement les risques fréquents associés à l'AVC pour éviter les complications à court terme, soit principalement : la dysphagie, la reconnaissance de la fibrillation auriculaire et le contrôle de la tension artérielle ;
- Avoir accès en temps opportun à des services d'évaluation et de prévention secondaire selon la condition clinique.

Les actions listées à la figure 3 doivent être considérées à la lumière des exigences inhérentes à la désignation des centres primaires, secondaires et tertiaires. En vertu de cette désignation, les établissements s'assurent de mettre en place ou de bonifier les services au regard des critères entendus. À moins d'indications contraires, les actions concernent tant les centres primaires que les centres secondaires ou tertiaires.

²⁴ Bien que le terme « dépistage » soit généralement employé dans la pratique courante, il n'est pas question ici de faire une « recherche systématique, chez un sujet [...] apparemment en bonne santé, d'une affection ou d'une anomalie latente, jusque-là passée inaperçue » (Grand dictionnaire terminologique de l'OQLF, consulté le 22 décembre 2015), mais bien d'estimer la pertinence de procéder à une évaluation plus poussée devant des symptômes et des manifestations cliniques, soit un repérage.

²⁵ MSSS, 2011.

TRAJECTOIRE HOSPITALIÈRE POUR UNE PERSONNE ADMISE AYANT SUBI UN AVC ISCHÉMIQUE

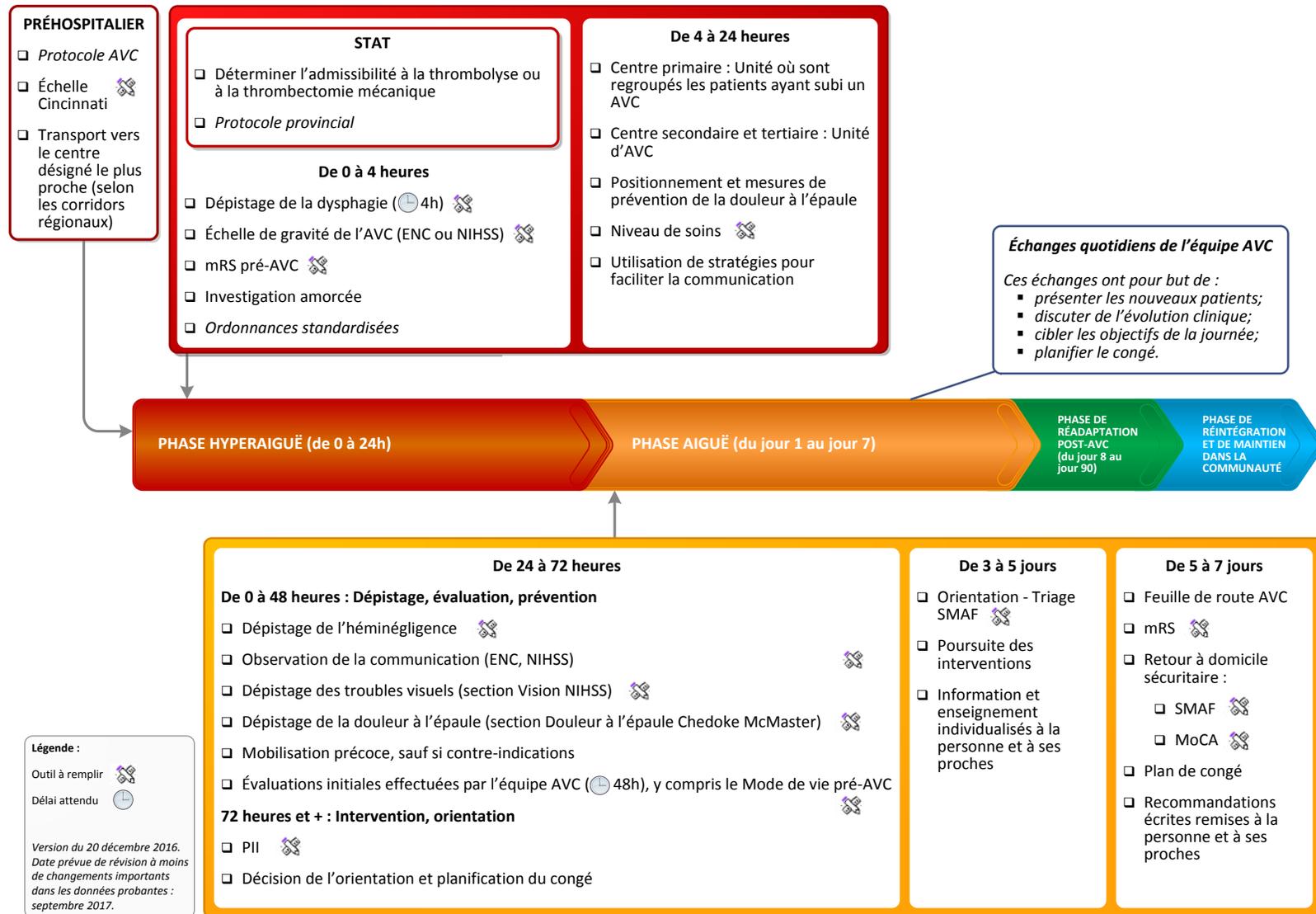


Figure 3 Trajectoire hospitalière pour une personne admise ayant subi un AVC ischémique

Tableau 4 Phase Hyperaiguë

PHASE HYPERAIGUË					
ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
1. Détermination et mise en place d'une trajectoire optimale de services.	Élaborer avec le soutien d'experts une trajectoire optimale de services pour la phase hyperaiguë en vue d'une fluidité et d'une coordination étroite entre les services préhospitaliers et les services d'urgence.	1.1. Adapter la trajectoire nationale aux réalités locales en impliquant les différents partenaires.	<input type="checkbox"/> Protocole de soins AVC préhospitalier. <input type="checkbox"/> Paramètres organisationnels des phases hyperaiguë et aiguë. <input type="checkbox"/> Protocole de transport interétablissement propre à l'AVC. <input type="checkbox"/> Protocole de rapatriement propre à l'AVC. <input type="checkbox"/> Protocole de transferts inter-établissements.	(H1) Conception d'une trajectoire écrite qui comporte l'essentiel des éléments recommandés dans la trajectoire nationale.	Présent (mars 2017)
		1.2. Implanter la trajectoire. 1.3. Établir des protocoles spécifiques de soins AVC pour les services préhospitaliers, incluant l'utilisation de l'outil Cincinnati. 1.4. Établir des protocoles spécifiques de transport et de communication entre les services préhospitaliers et l'urgence ayant la capacité de poser le diagnostic 24/7. 1.5. Établir une trajectoire standardisée pour les soins dans le service d'urgence, spécifique à l'AVC. 1.6. Établir un protocole de transfert entre centres selon la condition clinique.		(H2) Proportion des patients avec une évaluation de la gravité de l'AVC au moyen d'une échelle normalisée à l'arrivée au centre hospitalier.	90 %
2. Implantation des outils cliniques recommandés.	Déterminer par consensus auprès d'experts les outils standardisés les plus pertinents et le moment où ils devraient être administrés.	2.1. Implanter dans la trajectoire de services les outils recommandés, en temps opportun.	<input type="checkbox"/> Échelle neurologique canadienne (ENC). <input type="checkbox"/> National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS). <input type="checkbox"/> Protocole de repérage de la dysphagie. <input type="checkbox"/> Échelle de niveaux de soins.	(H4) Acquisition d'une trousse d'outils accessible qui contient les outils recommandés.	Trousse acquise (mars 2017)
				(H5) Proportion des patients dont le dossier indique une évaluation de la gravité de l'AVC au moyen de l'ENC ou du NIHSS.	100 %
				(H6) Proportion des patients dont le dossier clinique documente un repérage de la dysphagie dans un délai de 4 heures à la	75 %

PHASE HYPERAIGUË					
ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
			<input type="checkbox"/> Trousse d'outils. <input type="checkbox"/> Arguments ayant conduit à la sélection des outils.	suite de l'inscription à l'urgence.	
3. Prise en charge à l'urgence par une équipe AVC.	Déterminer le rôle et la composition attendus d'une équipe urgence AVC.	3.1. Instaurer une équipe « urgence AVC », dont la composition diffère selon le niveau de désignation.	<input type="checkbox"/> Critères d'évaluation pour la désignation d'un centre primaire, secondaire et tertiaire (volet Équipe urgence AVC).	(H7) Disponibilité d'une équipe AVC à l'urgence 24/7.	Présent (mars 2017)
4. Implantation du programme suprarégional de téléthrombolyse .	Définir les besoins et soutenir la mise en place d'un service de téléthrombolyse.	4.1. Déployer et maintenir les services de téléthrombolyse selon les critères établis. 4.2. Identifier les centres primaires participant à la téléthrombolyse.	<input type="checkbox"/> Programme détaillé de téléthrombolyse rédigé avec la participation d'experts. <input type="checkbox"/> Grille de suivi de la qualité des services. <input type="checkbox"/> Soutien et leadership du centre d'excellence.	(H8) Proportion des appels qui ont conduit à une thrombolyse.	65 %
5. Implantation du programme suprarégional de thrombectomie.	Définir les besoins et soutenir la mise en place d'un service de thrombectomie.	5.1. Déployer et maintenir les services de thrombectomie selon les critères établis.	<input type="checkbox"/> Programme détaillé de thrombectomie, dont les balises relatives à la clientèle visée. <input type="checkbox"/> Grille de suivi de la qualité des services.	(H9) Rédaction d'une entente officielle avec un centre tertiaire désigné pour la thrombectomie.	Présent (mars 2017)

PHASE HYPERAIGUË

ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
6. Mise en place de services ambulatoires pour l'évaluation et le traitement des personnes ayant subi un AVC léger ou un AIT, qui ne nécessitent pas une hospitalisation (centres secondaires et tertiaires).	Préciser les paramètres attendus de services offerts en mode ambulatoire pour les personnes ayant subi un AVC léger ou un AIT.	<p>6.1. Rendre accessible une offre de service ambulatoire, y compris la référence au besoin vers des services de réadaptation (aspects cognitifs, moteurs, langagiers, de communication, fatigue et douleur) et psychosociaux (anxiété et dépression).</p> <p>6.2. Préciser les modalités de coordination entre l'urgence et les services ambulatoires.</p> <p>6.3. Rédiger la procédure d'accessibilité en temps opportun aux services ambulatoires.</p> <p>6.4. Compléter la mise en place des accueils cliniques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Paramètres organisationnels des phases hyperaiguë et aiguë (Soins et services en mode ambulatoire ; Accessibilité aux soins et services en mode externe). <input type="checkbox"/> Partage des expériences réussies au sein du Comité national de coordination. 	<p>(H10) Conception d'un protocole de référence pour les services en ambulatoire AVC, y compris les délais attendus de prise en charge selon des critères cliniques.</p> <p>(H11) Proportion des cas vus à la clinique ambulatoire AIT pour une investigation complémentaire dans les délais attendus prévus dans le protocole.</p>	<p>Présent</p> <p>75 %</p>

Prise en charge de la phase aiguë (de 1 à 7 jours)

Cette phase concerne l'étape de l'hospitalisation en milieu de soins aigus, préférablement en unité AVC ou dans une unité où sont regroupées toutes les personnes hospitalisés ayant subi un AVC, en fonction des exigences associées à la désignation de centres primaires, secondaires et tertiaires. La réadaptation commence précocément durant cette phase. Elle s'inscrit dans un plan d'intervention interdisciplinaire.

Au cours de la phase aiguë, il est important que l'équipe clinique évalue la gravité de l'AVC et les déficits fonctionnels dans le but de planifier les soins et les services requis dans la phase de réadaptation post-AVC. L'orientation de la personne ayant subi un AVC se fait en temps opportun vers le service de réadaptation le plus approprié à sa condition, que ce soit en unité ou dans le milieu de vie de la personne, au moyen d'un guichet unique d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence.

Au cours de cette phase, l'équipe clinique vise les objectifs suivants :

- Évaluer les différents aspects associés à l'AVC (médicaux, de réadaptation et psychosociaux) et à ses conséquences grâce aux outils standardisés reconnus dans les pratiques optimales;
- Évaluer l'état nutritionnel;
- Évaluer la dysphagie si le repérage est positif;
- Définir les objectifs et le plan d'intervention avec la participation de la personne ayant subi un AVC et ses proches;
- Prévenir les complications médicales (thrombophlébite, augmentation ou baisse de la tension artérielle et infections principalement);
- Prévenir les chutes;
- Gérer la douleur et prévenir l'installation d'une douleur invalidante;
- Commencer la réadaptation précoce, assurer un bon positionnement et entamer la mobilisation précoce;
- Procéder au triage-SMAF pour décider de l'orientation²⁶.

Les actions listées au tableau 5 doivent être considérées à la lumière des exigences inhérentes à la désignation de centres primaires, secondaires et tertiaires. En vertu de cette désignation, les établissements s'assureront de mettre en place ou de bonifier les services au regard des critères entendus. À moins d'indications contraires, les actions concernent tant les centres primaires que les centres secondaires ou tertiaires.

²⁶ Le triage-SMAF étant en cours de validation, si les résultats sont concluants, son utilisation devrait être possible à compter du printemps 2017. Autrement, d'autres directives seront transmises aux établissements.

Tableau 5 Phase aiguë

PHASE AIGUË					
ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
1. Détermination et mise en place d'une trajectoire optimale de services.	Élaborer avec le soutien d'experts une trajectoire optimale de services pour la phase aiguë.	1.1. Adapter la trajectoire nationale aux réalités locales en impliquant les différents partenaires. 1.2. Implanter la trajectoire. 1.3. Préciser les protocoles spécifiques.	<input type="checkbox"/> Paramètres organisationnels des phases hyperaiguë et aiguë. <input type="checkbox"/> Cheminement clinique d'un patient ayant subi un AVC. <input type="checkbox"/> Consultation de la documentation de référence.	(A1) Réalisation d'un cheminement clinique écrit spécifique à la phase aiguë. (A2) Délai moyen d'admission dans une unité AVC depuis le triage à l'urgence. (A3) Durées moyenne et médiane des épisodes de soins en courte durée, y compris le séjour à l'urgence. (A4) Proportion des patients dont le délai entre le triage à l'urgence et la première évaluation en réadaptation est égal ou inférieur à 48 heures. (A5) Proportion des patients dont le délai entre le triage à l'urgence et la première rencontre avec les proches est égal ou inférieur à 24 heures. (A6) Proportion des patients dont le délai entre le triage à l'urgence et la rédaction d'un PII est inférieur à 3 jours.	Présent (mars 2017) Amélioration annuelle de 20 % du délai moyen enregistré, la cible ultime étant 4 heures Moyenne ≤ 10 jours Médiane = 7 jours 90 % 90 % 90 %

PHASE AIGUË					
ACTION	OBJECTIF	RÉSEAU RÉGIONAL	MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL				
2. Adoption de pratiques cliniques optimales.	Indiquer les pratiques optimales à implanter sur la base de consensus d'experts.	2.1. Préciser les protocoles de soins relatifs au traitement et à la prévention des complications.	<input type="checkbox"/> Paramètres organisationnels des phases hyperaiguë et aiguë. <input type="checkbox"/> Partage des outils entre les membres du Comité national de coordination.	(A7) Présence d'un protocole de soins relatif au traitement et à la prévention des complications.	Présent (mars 2017)
3. Mise en place d'une unité AVC en centre secondaire ou tertiaire ou d'une section dans une unité où sont regroupés les usagers ayant subi un AVC en centre primaire.	Définir les attentes en matière d'unité AVC en termes de volume minimal d'activité, de services attendus, de ressources et d'organisation de travail.	3.1. Instaurer une unité distincte dédiée aux personnes ayant subi un AVC (centres secondaires et tertiaires) ou une unité où elles seront regroupées (centre primaire). 3.2. Rédiger les protocoles de soins sur une trajectoire de 7 jours.	<input type="checkbox"/> Paramètres organisationnels des phases hyperaiguë et aiguë (section Unité AVC). <input type="checkbox"/> Paramètres organisationnels des phases hyperaiguë et aiguë (section Accessibilité à l'unité AVC). <input type="checkbox"/> Soutien à la réflexion concernant le regroupement des lits AVC sur le territoire.	(A8) Présence de protocoles de soins pour l'unité AVC en centre secondaire ou tertiaire ou pour une section réservée en centre primaire. (A9) Proportion des patients admis avec un diagnostic d'AVC ischémique pris en charge dans une unité d'AVC, à n'importe quel moment durant leur hospitalisation (centres secondaires et tertiaires).	Présent (mars 2017) 100 %
4. Offre de service en réadaptation précoce disponible dès la phase aiguë.	Élaborer et diffuser les paramètres organisationnels en matière de réadaptation sur la base des pratiques optimales.	4.1. Préciser l'offre de service de réadaptation en fonction des paramètres organisationnels. 4.2. Mettre en place les services de réadaptation précoce.	<input type="checkbox"/> Paramètres organisationnels de réadaptation et de réintégration. <input type="checkbox"/> Ententes de service.	(A10) Offre de service écrite et disponible en réadaptation. (A4) Proportion des patients dont le délai entre le triage à l'urgence et la première évaluation en réadaptation est égal ou inférieur à 48 heures. (A11) Proportion des patients ayant reçu une première intervention de mobilisation dans un délai de 24 à 48 heures à la suite du début de l'AVC.	Présent (mars 2017) 90 % 80 %

PHASE AIGUË					
ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
5. Implantation des outils recommandés pour le repérage et l'évaluation précoce.	Déterminer par consensus auprès d'experts les outils standardisés les plus pertinents et le moment où ils devraient être administrés.	5.1. Implanter dans la trajectoire de services les outils recommandés en temps opportun.	<input type="checkbox"/> Chedoke-McMaster Stroke Assessment (section Douleur à l'épaule). <input type="checkbox"/> NIHSS ou ENC (section Langage). <input type="checkbox"/> NIHSS (section Vision). <input type="checkbox"/> Triage-SMAF ²⁷ . <input type="checkbox"/> Questionnaire : Mode de vie pré-AVC. <input type="checkbox"/> Échelle modifiée de Rankin (MRS). <input type="checkbox"/> Montréal Cognitive Assessment (MoCA), lorsqu'une orientation vers le domicile est envisagée. <input type="checkbox"/> SMAF, lorsqu'une orientation à domicile est planifiée.	(A12) Acquisition d'une trousse d'outils facilement accessible pour l'équipe dans l'unité de soins. (A13) Proportion des dossiers cliniques comprenant des résultats d'évaluation tirés du Chedoke, du NIHSS ou de l'ENC, de l'outil de triage-SMAF, du Mode de vie pré-AVC et de l'échelle modifiée de Rankin. (A14) Proportion des dossiers cliniques comprenant des résultats d'évaluation tirés du MoCA et du SMAF lorsqu'une orientation au domicile est envisagée ou planifiée.	Trousse acquise (mars 2017) 90 % 90 %
6. Instauration d'un processus proactif de planification de l'orientation de	Déterminer les balises et les critères d'orientation relatifs à la	6.1. Établir les mécanismes de référence aux services appropriés et les mécanismes de retour vers le milieu de vie, le cas échéant.	<input type="checkbox"/> Prévion de la durée de séjour dès l'admission. <input type="checkbox"/> PII. <input type="checkbox"/> Partage des pratiques réussies au sein du Comité national de	(A15) Mécanismes établis pour les références et l'orientation de la clientèle, incluant l'utilisation de l'outil de triage-SMAF (dès que cet outil sera prêt).	Présent (octobre 2017)

²⁷ Ce moyen sera accessible dès que la validation de l'outil sera achevée.

PHASE AIGUË

ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
la personne dès son admission en milieu hospitalier.	transition vers la phase post-AVC.	<p>6.2. Définir et implanter un algorithme décisionnel sur la base de l'outil de triage-SMAF et de critères cliniques, en favorisant l'orientation en phase post-AVC vers une réadaptation au domicile lorsque c'est possible.</p> <p>6.3. Identifier au jour 5 post-AVC l'orientation probable.</p>	coordination.	(A16) Proportion des dossiers cliniques comprenant un PII.	100 %

Prise en charge de la phase de réadaptation post-AVC (du jour 8 au jour 90 post-AVC)

Cette phase « est un processus progressif, dynamique et ciblé axé sur l'atteinte par le patient de son niveau fonctionnel optimal autant physique que cognitif, émotionnel, communicatif ou social²⁸ ». Elle conduit ultimement le patient à la réintégration dans la communauté. L'intensité des services donnés est déterminée en fonction des capacités et du profil de la personne. En effet, ses déficits, ses aptitudes, son environnement physique et son environnement psychosocial jouent un rôle déterminant dans le choix du service de réadaptation à préconiser. En vertu des résultats des évaluations, notamment ceux de l'outil de triage-SMAF, la personne est dirigée soit vers des services de réadaptation en mode externe avec ou sans suivi au domicile, soit vers des services de réadaptation offerts dans une unité, à partir d'un guichet unique.

L'orientation peut suivre cinq trajectoires. Trois proposent une offre de service propre à l'AVC : en réadaptation fonctionnelle intensive à domicile du type congé précoce assisté (CPA) ; en réadaptation fonctionnelle intensive en mode externe ; et en réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne. Deux autres procurent un service de réadaptation aux personnes dont le potentiel de récupération propre au déficit AVC se révèle plus faible ou insuffisant. Dans toutes les trajectoires, lorsque la personne retourne à domicile, des services dans le milieu de vie peuvent compléter la réadaptation ou le suivi. La figure 4 présente la trajectoire générale de services en matière de réadaptation. Les détails sont consultables dans les *Paramètres organisationnels de réadaptation et de réintégration dans la communauté*.

La transition entre la phase aiguë et la phase de réadaptation post-AVC est particulièrement importante. Les effets supérieurs d'une réadaptation précoce sur la récupération de l'autonomie fonctionnelle sont en effet démontrés. Il faut alors assurer un transfert des informations pertinentes et éviter le chevauchement des examens dans le contexte d'une nouvelle évaluation. La transition doit être vue comme la continuité du plan d'intervention.

Le plan d'intervention concerne les aspects suivants :

- la récupération des capacités motrices, cognitives, langagières et de communication;
- le développement d'habiletés compensatoires pour les déficits permanents;
- l'apprentissage de l'utilisation d'aides techniques ou technologiques;
- la valorisation personnelle;
- le développement des habiletés permettant à la personne d'être autonome dans son milieu de vie;
- l'acquisition chez la personne des compétences utiles au développement et à la poursuite de relations humaines valorisantes, à sa santé, à ses affaires financières et à son emploi du temps;
- l'indépendance psychosociale;
- le suivi médical et la poursuite de la prévention secondaire.

²⁸ Dawson et coll., 2013, p. 3.

TRAJECTOIRE DE SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT SUBI UN AVC

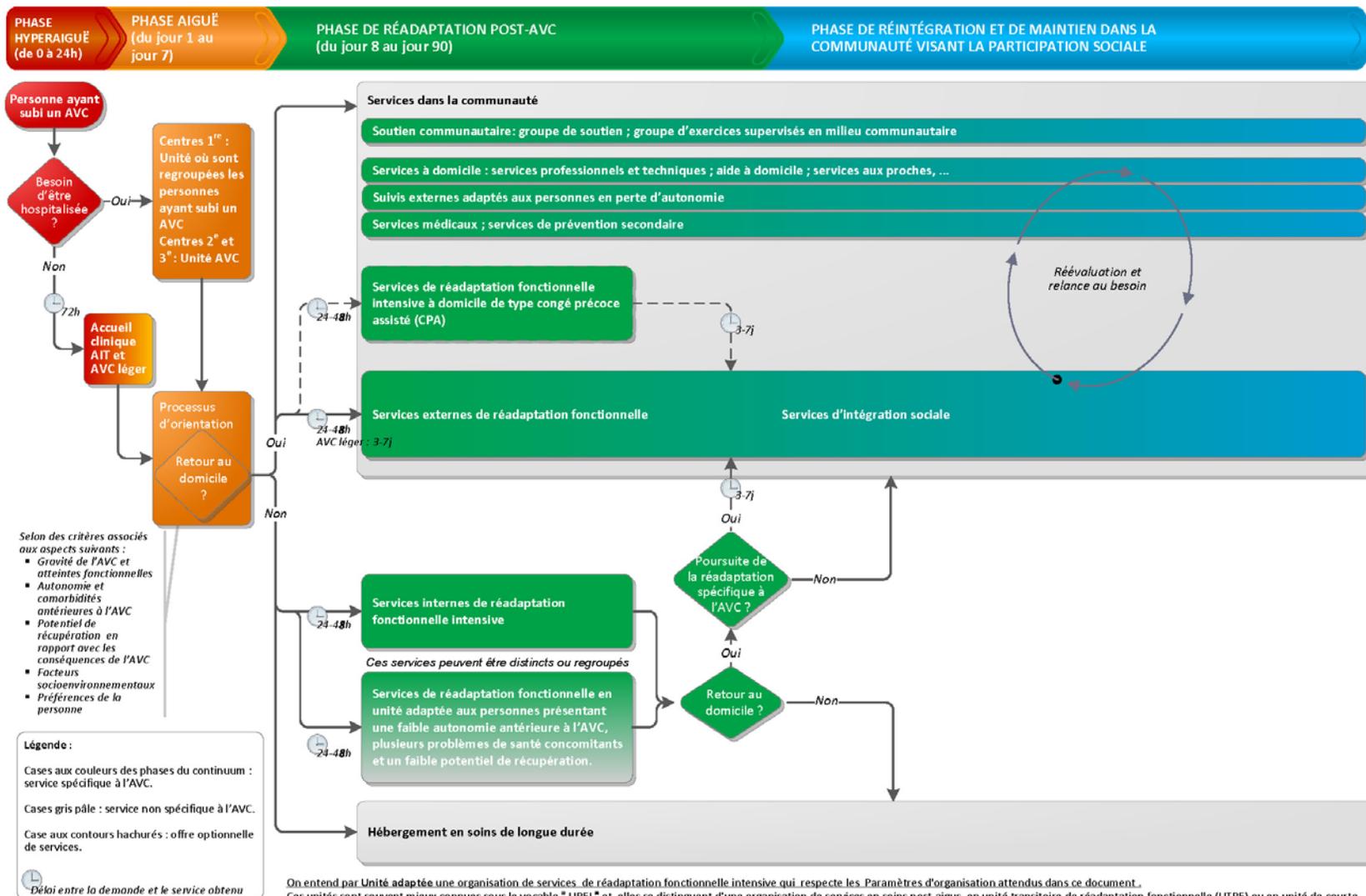


Figure 4 Trajectoire générale de services en réadaptation

Tableau 6 Phase de réadaptation post-AVC

PHASE DE RÉADAPTATION POST-AVC					
ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
1. Détermination et mise en place d'une trajectoire optimale de l'ensemble des services de réadaptation liée aux profils cliniques pour assurer une organisation intégrée et continue des services ²⁹ .	<p>Élaborer avec le soutien d'experts une trajectoire optimale de services pour la phase de réadaptation post-AVC.</p> <p>Préciser les critères d'admission et les paramètres pour chacune des trajectoires spécifiques.</p> <p>Définir les profils de clientèle sur la base de l'outil de triage-SMAF pour les personnes qui ont subi un AVC et qui ont été admises en milieu hospitalier.</p>	1.1. Adapter la trajectoire nationale aux réalités locales en impliquant les différents partenaires, y compris les organismes communautaires et les programmes offerts par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Paramètres organisationnels de réadaptation et de réintégration dans la communauté. <input type="checkbox"/> Consultation de la documentation de référence. <input type="checkbox"/> Balises sur la mise en place efficace de la télé-réadaptation. 	(RÉA1) Présence des offres de service requises énumérées dans la trajectoire.	Présent (octobre 2017)
		1.2. Préciser les trajectoires spécifiques en fonction des profils de clientèle.		(RÉA2) Rédaction d'ententes avec les services de transport adaptés ou les services de transport en commun.	Présent
		1.3. Développer une offre de service en réadaptation pour les personnes ayant subi un AVC léger avec déficits.		(RÉA3) Proportion des usagers dont le délai entre le congé des soins aigus et la première intervention dans un service interne de réadaptation est égale ou inférieur à 48 heures.	80 %
		1.4. Implanter les trajectoires.		(RÉA4) Proportion des usagers, excluant les personnes ayant eu un AVC léger, ayant eu un délai d'attente inférieur ou égal à 48h entre la fin de l'épisode en interne (phase aiguë) et le début des services en externe.	80 %
		1.5. Préciser les procédures liées aux transitions.		(RÉA5) Durée moyenne de la phase de réadaptation post-AVC en fonction du profil AVC.	Profil AVC modéré : de 6 à 8 semaines Profil AVC sévère : de 10 à 12 semaines
		1.6. Établir des ententes avec les services de transport adaptés ou les services de transport en commun.		(RÉA6) Répartition de la destination des usagers au congé des services de réadaptation en fonction du profil AVC.	À déterminer
		1.7. Assurer une capacité d'admission en unité 7 jours sur 7 au sortir du milieu hospitalier.			
		1.8. À l'interne, assurer un délai			

²⁹ Les trajectoires spécifiques s'inscrivent dans la trajectoire générale du continuum AVC. Elles s'intègrent ainsi étroitement aux phases précédentes et à la phase suivante.

PHASE DE RÉADAPTATION POST-AVC

ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
		<p>maximal de 48 heures entre la sortie de l'hôpital et une première intervention par un professionnel de la réadaptation.</p> <p>1.9. <i>Préciser la trajectoire spécifique de réadaptation fonctionnelle intensive à domicile du type congé précoce assisté (CPA)³⁰.</i></p>		(RÉA7) Rédaction des paramètres spécifiques relatifs aux services de réadaptation post-AVC pour les personnes ayant subi un AVC léger.	Présent
2. Développement d'une offre de service de réadaptation en mode externe.	Établir les lignes directrices pour le développement d'équipes de réadaptation en mode externe.	<p>2.1. Définir une offre de service de réadaptation en mode externe précisément destinée aux personnes ayant subi un AVC léger ou de léger à modéré, y compris la possibilité d'accéder à des services pour la récupération des troubles cognitifs et du langage.</p> <p>2.2. Définir une offre de service de réadaptation en mode externe pour prendre le relais de la réadaptation amorcée à l'interne.</p> <p>2.3. Désigner une équipe d'intervenants formés, qui se consacrera exclusivement ou non au suivi des personnes ayant subi un AVC léger.</p> <p>2.4. Pour tous les niveaux de gravité d'AVC, lorsque c'est pertinent, implanter une réévaluation</p>	<p>□ Paramètres organisationnels de réadaptation et de réintégration dans la communauté.</p>	<p>(RÉA8) Proportion des usagers qui ne sont pas passés par un service interne de réadaptation ayant eu un délai d'attente inférieur ou égal à 48 heures entre l'évaluation du besoin et l'accès à des services externes de réadaptation.</p> <p>(RÉA9) Intervenants dédiés au suivi des personnes ayant subi un AVC léger.</p> <p>(RÉA10) Proportion des personnes ayant été réévaluées dans un délai maximal de 6 mois post-AVC en suivi externe.</p> <p>(RÉA11) Proportion des personnes ayant subi un AVC léger ou de léger à modéré référés en réadaptation, ayant reçu au moins un des services suivants en temps opportun : suivi psychologique ; récupération des troubles cognitifs ; récupération des troubles du langage.</p>	<p>90 %</p> <p>Présents</p> <p>80 % des personnes dont l'évaluation est jugée pertinente</p> <p>50 %</p>

³⁰ Les contenus en italique représentent des actions ou des objectifs dont la mise en place est souhaitée pour l'actuelle phase de mise en œuvre. Bien qu'ils soient considérés probants pour améliorer l'efficacité des services, ces contenus sont ainsi qualifiés vu la difficulté appréhendée de les implanter dans un horizon de deux ans.

PHASE DE RÉADAPTATION POST-AVC

ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
		<p>minimalement au 6^e mois post-AVC en suivi externe.</p> <p>2.5. Pour tous les niveaux de gravité d'AVC, lorsque c'est pertinent, implanter les services complémentaires suivants : services d'aides techniques à la mobilité et à la motricité ; services d'aides technologiques à la communication ; cliniques de gestion de la spasticité ; physiothérapie vestibulaire ; centre d'expertise en douleur chronique.</p>			
3. Implantation des outils d'évaluation recommandés.	Indiquer les outils d'évaluation préconisés par un consensus d'experts.	<p>3.1. Poursuivre l'évaluation de la personne en mettant à jour ou en complétant les informations reçues des services aigus.</p> <p>3.2. Employer les outils d'évaluation standardisés préconisés en temps opportun.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Outils standardisés recommandés. <input type="checkbox"/> Consultation de la documentation de référence. 	<p>(RÉA12) Acquisition par les établissements des outils recommandés.</p> <p>(RÉA13) Proportion des usagers évalués à l'aide du SMAF dans un délai de 72 heures suite à l'admission aux services internes de réadaptation post-AVC³¹.</p>	<p>Outils recommandés disponibles (mars 2017)</p> <p>90 %</p>
4. Gestion optimale de l'épisode et planification de l'orientation vers une autre équipe.	Cibler des moyens favorables à une gestion optimale de l'épisode de soins et de services.	<p>4.1. Assurer une coordination clinique pour l'épisode de services de chaque usager.</p> <p>4.2. Implanter des mesures de planification précoce de l'orientation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formulaire de PII. <input type="checkbox"/> Intervenant assumant un rôle de coordination. 	<p>(RÉA14) Proportion des dossiers où une personne qui assure la coordination clinique est mentionnée.</p> <p>(RÉA15) Proportion des dossiers qui contiennent un formulaire de PII complété.</p> <p>(RÉA16) Proportion des dossiers indiquant des interventions relatives : aux aides techniques et aux équipements ; aux</p>	<p>90 %</p> <p>100 %</p> <p>90 %</p>

³¹ L'évaluation avec le SMAF en phase aiguë pour les usagers qui quittent vers le domicile doit être également réalisée (indicateur A14).

PHASE DE RÉADAPTATION POST-AVC

ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
5. Arrimage entre les services de réadaptation fonctionnelle intensive de l'AVC et les services de soutien à domicile, d'hébergement permanent et de prévention secondaire.	Préciser les facteurs favorables pour assurer une fluidité dans le parcours de l'utilisateur.	<p>5.1. Assurer le relais sans délai aux services favorisant le retour au domicile ou en milieu de vie substitut (ressource intermédiaire ou soins de longue durée).</p> <p>5.2. Inviter les intervenants-pivots du SAD aux rencontres de PII dès que le pronostic de réadaptation est suffisamment arrêté.</p> <p>5.3. S'assurer de la référence en prévention secondaire.</p>	<p><input type="checkbox"/> Concertation étroite et précoce entre les milieux offrant la réadaptation fonctionnelle intensive et les services à domicile (SAD).</p> <p><input type="checkbox"/> Concertation étroite et précoce entre les milieux offrant la réadaptation fonctionnelle intensive et les offres de services en hébergement permanent.</p> <p><input type="checkbox"/> Intervenant assumant un rôle de coordination.</p>	<p>informations transmises à la personne, à ses proches et à sa famille pour qu'ils aient une bonne compréhension de la situation ; et aux interventions de formation réalisées auprès de la personne, de ses proches et de sa famille.</p> <p>(RÉA17) Proportion des dossiers contenant une indication de la participation d'un intervenant du SAD au moment du PII initial ou révisé, pour les personnes chez qui un retour au domicile ou en ressource intermédiaire est envisagé.</p>	90 %
6. Développement d'une offre de service de réadaptation fonctionnelle intensive au	Établir les lignes directrices pour le développement de services de réadaptation intensive au	6.1. Définir une offre de service de réadaptation intensive au domicile destinée aux personnes ayant subi un AVC léger ou modéré, avec l'appui des services de soutien à domicile et	<input type="checkbox"/> Paramètres organisationnels de réadaptation et de réintégration dans la communauté.	(RÉA18) Rédaction d'une offre de service en réadaptation intensive au domicile incluant le soutien à domicile et la participation du milieu communautaire.	Présent

PHASE DE RÉADAPTATION POST-AVC

ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
<i>domicile du type CPA³².</i>	<i>domicile du type CPA.</i>	<i>l'assistance du milieu communautaire.</i>			

³² Les contenus en italique représentent des actions dont la mise en place est souhaitée pour l'actuelle phase de mise en œuvre. Bien qu'elles soient considérées probantes pour améliorer l'efficacité des services, ces contenus sont ainsi qualifiés vu la difficulté appréhendée de les implanter dans un horizon de deux ans.

Prise en charge de la phase de réintégration et de maintien dans la communauté

La planification de la réintégration sociocommunautaire débute dès l'élaboration du plan d'intervention dans la phase aiguë. Elle se poursuit et s'affine dans la phase de réadaptation post-AVC, en collaboration étroite avec la personne et ses proches aidants. Elle revêt toutefois une importance considérable à la fin de la réadaptation post-AVC. L'équipe vise alors un retour sécuritaire qui réponde aux attentes et aux aspirations de la personne.

La phase de réintégration et de maintien dans la communauté est partie prenante de l'offre de service des CISSS et des CIUSSS. L'établissement assure un accompagnement à la personne pour lui permettre de développer pleinement son autonomie, de répondre à ses aspirations au regard de ses capacités et déficits et, enfin, de préserver ses capacités. L'équipe clinique emploie des outils standardisés pour apprécier la progression et la qualité de vie. La personne accède alors à des ressources dans son environnement qui favorisent son intégration et le maintien de son autonomie à long terme. Pour ce faire, des points de contact doivent être maintenus dans le temps entre la personne et ces ressources.

Les interventions portent sur les aspects suivants :

- Reprendre de manière sécuritaire, lorsque c'est possible, les habitudes de vie antérieures significatives comme la conduite automobile, le loisir, les activités sportives, le travail et les études;
- Assurer un suivi par les services de première ligne et les services de soutien à domicile lorsque cela est requis;
- Assurer un suivi dans le contexte des activités de prévention secondaire en recourant à la *Liste de contrôle post-AVC*³³;
- Assurer un accès à l'expertise de l'équipe AVC en présence de signes de décompensation évalués à l'aide de l'échelle modifiée de Rankin;
- Mesurer la qualité de vie un an post-AVC;
- Maintenir les habiletés.

³³ On peut se procurer cet ouvrage auprès de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC; la liste de contrôle a été conçue par le Global Stroke Community Advisory Panel (2012).

Tableau 7 Phase de réintégration et de maintien dans la communauté

PHASE DE RÉINTÉGRATION ET DE MAINTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ					
ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
1. Déterminer et implanter des services continus et intégrés de prise en charge à la suite de la réadaptation fonctionnelle.	Fournir les outils nécessaires aux instances responsables du suivi à plus long terme (par exemple, les médecins de famille et les groupes de médecine familiale (GMF)).	1.1. Assurer la coordination des services avec les partenaires communautaires.	<input type="checkbox"/> Paramètres organisationnels de réadaptation et de réintégration dans la communauté. <input type="checkbox"/> Consultation de la documentation de référence. <input type="checkbox"/> Réévaluation par des professionnels tout particulièrement des problématiques susceptibles de se développer à plus long terme : problèmes cognitifs, langagiers ; fatigabilité ; douleur ; spasticité ; anxiété et dépression. <input type="checkbox"/> Outils destinés précisément aux cliniciens en GMF et aux médecins en cabinet.	(RÉ1) Entente de service conclue avec les partenaires communautaires.	Présent
		1.2. S'assurer de relayer les informations pertinentes aux équipes de première ligne, y compris aux médecins de famille, tout particulièrement au regard des problématiques potentielles mises en évidence à l'aide de la liste de contrôle.		(RÉ2) Rédaction d'une offre de service spécifique à la phase de réintégration et de maintien dans la communauté, incluant des services évaluation et entraînement à la conduite automobile ; reprise des rôles sociaux ; gestion de la douleur chronique ; spasticité ; santé mentale.	Présent (mars 2017)
		1.3. Assurer de la part des équipes spécifiques en AVC un soutien aux équipes de première ligne.		(RÉ3) Rédaction des modalités d'accès pour les équipes de première ligne à des évaluations au besoin pour des patients qui présentent des problèmes cognitifs, langagiers, de fatigabilité, de douleur, de spasticité, d'anxiété ou de dépression.	Présent
		1.4. Assurer le suivi à plus long terme de la clientèle, y compris les besoins psychosociaux et le soutien de la famille, des proches et des proches aidants.		(RÉ4) Proportion des dossiers contenant une spécification de l'envoi de la note de congé et des informations pertinentes aux cliniciens visés en première ligne.	90 %
		1.5. Offrir des services d'intégration sociale : évaluation et entraînement quant à la conduite automobile ; reprise des rôles sociaux ; gestion de la douleur chronique ; spasticité ; santé mentale.		(RÉ5) Proportion des personnes référées en première ligne ayant été réévaluées de 3 à 6 mois post-AVC en suivi externe, pour qui une telle évaluation s'était avérée pertinente en présence de problèmes cognitifs, langagiers, de fatigabilité, de douleur, de spasticité, d'anxiété ou de dépression.	80 %
		1.6. Adapter l'offre de service afin d'assurer le suivi et le		(RÉ6) Diffusion des outils aux GMF et aux médecins en cabinet.	Diffusion réalisée

PHASE DE RÉINTÉGRATION ET DE MAINTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ

ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
		<p>repérage requis des problématiques pouvant survenir à plus long terme.</p> <p>1.7. Instaurer une réévaluation de 3 à 6 mois post-AVC en suivi externe lorsque cela est pertinent³⁴.</p> <p>1.8. Préciser et instaurer les modalités d'accès à des évaluations spécifiques pour les médecins traitants et les intervenants de première ligne.</p> <p>1.9. En milieu d'hébergement permanent, assurer la mise en place d'interventions et de services pertinents pour favoriser le maintien des capacités.</p>			

³⁴ Une réévaluation sera pertinente pour le patient s'il présente des conditions à risque relativement à la détérioration de son état de santé et de son autonomie fonctionnelle et s'il y a une bonne probabilité que la réévaluation et l'intervention conséquente lui soient favorables.

PHASE DE RÉINTÉGRATION ET DE MAINTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ

ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
2. Évaluation des effets des interventions à moyen terme.	Indiquer les outils les plus pertinents pour mesurer les effets à moyen terme en matière de qualité de vie, de participation sociale et d'incapacité. Évaluer les effets sur le plan national avec la participation de l'INESSS.	2.1. Mettre en place les moyens pour évaluer les effets des interventions à moyen terme alors que l'utilisateur est retourné dans son milieu de vie.	<input type="checkbox"/> Outil d'évaluation de l'incapacité (échelle modifiée de Rankin). <input type="checkbox"/> <i>Outils à déterminer.</i>	(RÉ17) Proportion des dossiers comprenant une évaluation de la participation sociale à l'étape de la réintégration sociale et communautaire pour les usagers dont une telle évaluation s'est avérée pertinente.	80 %
		2.2. Intégrer la collecte des données dans une démarche intégrée d'amélioration continue de la qualité.		(RÉ18) Proportion des dossiers comprenant une évaluation de l'incapacité lorsqu'une telle évaluation s'est avérée pertinente.	80 %
3. Introduction du programme La vie après un AVC.	Indiquer un programme reconnu.	3.1. S'assurer de la mise en place de groupes en fonction du programme La vie après un AVC. 3.2. Contribuer à la publicisation du programme La vie après un AVC.	<input type="checkbox"/> Consultation de la documentation de référence sur le site Web de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC ³⁵ .	(RÉ19) Disponibilité du programme La vie après un AVC sur le territoire.	Présent
4. Soutien aux ressources et aux services communautaires.	Contribuer à la désignation des ressources nationales.	4.1. S'assurer de la présence sur le territoire d'organismes de soutien aux personnes ayant subi un AVC ainsi qu'à la famille, aux proches et aux proches aidants.	<input type="checkbox"/> Groupes de soutien aux personnes atteintes. <input type="checkbox"/> Groupes de soutien à la famille, aux proches et aux proches	(RÉ10) Présence sur le territoire de groupes de soutien aux personnes atteintes, de soutien aux familles, proches et proches aidants.	Présent (mars 2017)
				(RÉ11) Présence sur le territoire de groupes d'exercices.	Présent

³⁵ Voir le contenu du programme La vie après un AVC sur le site Web de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC : http://www.fmcoeur.com/site/c.njXJ8MMIqE/b.3936683/k.DD8A/AVC__Le_programme_La_vie_apr232s_un_AVC.htm .

PHASE DE RÉINTÉGRATION ET DE MAINTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ

ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
		4.2. Soutenir les partenaires communautaires grâce à de la formation.	aidants. <input type="checkbox"/> Groupes d'exercices destinés à la clientèle ayant subi un AVC. <input type="checkbox"/> Répertoire des ressources nationales et régionales.	(RÉ112) Existence d'un répertoire de ressources nationales et régionales qui s'adressent précisément aux personnes ayant subi un AVC.	Présent

6. Actions communes à toutes les phases du continuum

Centration sur les besoins de la personne et de ses proches aidants

La raison d'être du continuum AVC consiste à offrir des soins et des services coordonnés, centrés sur les besoins et les attentes de la personne. L'adoption du modèle de soins « patient partenaire » contribue efficacement à cette intention. Ce modèle cherche à bonifier l'expérience de la personne qui reçoit les services avec le souci ultime d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes ayant subi un AVC.

Les pratiques centrées sur les besoins de la personne, de la famille, des proches et des proches aidants reposent sur les éléments suivants :

- Développer une philosophie et une façon de faire en vue de répondre aux besoins et aux attentes des personnes ;
- Promouvoir la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et assurer son intégration dans le modèle de services à chaque phase du continuum ;
- Reconnaître que la personne ayant subi un AVC est un partenaire actif dans la prise de décision tout au long du cheminement clinique, ce qui se traduit par une prise de décision partagée entre l'équipe clinique, la personne, sa famille, ses proches et ses proches aidants.

Tableau 8 Centration sur les besoins de la personne

CENTRATION SUR LES BESOINS DE LA PERSONNE					
ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
1. Organisation des services centrée sur les besoins de la personne.	Préciser l'orientation et les principes associés à la centration sur les besoins de la personne.	1.1. Adopter l'approche collaborative comme modèle d'organisation du travail d'équipe et réviser les rôles en conséquence. 1.2. Adopter le modèle de patient partenaire. 1.3. Développer et utiliser des outils d'aide à la décision clinique spécifique pour les patients. 1.4. Utiliser un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) mis au point avec la participation de l'utilisateur et de ses proches tout au long du continuum. 1.5. Préciser la fréquence des interactions interdisciplinaires, une fréquence qui assurera une cohérence et des objectifs communs. 1.6. Rendre accessibles à la personne et à ses proches des informations pertinentes par rapport à sa condition et aux services offerts.	<input type="checkbox"/> Paramètres organisationnels des phases hyperaiguë et aiguë (section Participation active des patients et des proches). <input type="checkbox"/> Paramètres organisationnels de réadaptation et de réintégration dans la communauté. <input type="checkbox"/> Site d'information consultable sur le Web.	(AC1) Participation de patients partenaires aux comités locaux. (AC2) Présence d'outils d'aide à la décision clinique pour les personnes ayant subi un AVC. (AC3) Taux de satisfaction de la clientèle au regard de son expérience patient. (AC4) Proportion des PII réalisés en présence de la personne ayant subi un AVC ou encore de sa famille ou d'un proche.	Présence d'un patient partenaire Présent (mars 2017) 90 % 90 %

CENTRATION SUR LES BESOINS DE LA PERSONNE					
ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
2. Participation active de la famille, des proches et des aidants.	Préciser les orientations et les principes associés à l'importance de la participation des proches.	2.1. Instaurer une pratique où les familles, proches et aidants sont partie prenante de l'intervention en fonction de leur capacité.	<input type="checkbox"/> Paramètres organisationnels des phases hyperaiguë et aiguë (section Participation active des patients et des proches). <input type="checkbox"/> Paramètres organisationnels de réadaptation et de réintégration dans la communauté.	(AC5) Proportion des dossiers où une invitation formelle est faite aux familles, proches et aidants relative à leur participation aux différentes phases du Continuum.	90 %

Organisation des services et des interventions basée sur les pratiques optimales

Pour assurer l'harmonisation, la qualité et la pertinence des services sur l'ensemble du territoire, une standardisation des services et des interventions basée sur les pratiques optimales s'avère incontournable. Un comité clinique consultatif ministériel se penchera sur les orientations visées et des outils cliniques ainsi que sur les approches et les modalités d'amélioration continue, au regard des meilleures pratiques et des données probantes.

Tableau 9 Organisation des services et des interventions basée sur les pratiques optimales

ORGANISATION DES SERVICES ET INTERVENTIONS APPUYÉES SUR LES PRATIQUES OPTIMALES					
ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
3. Développement des soins et des services en fonction des pratiques optimales.	<p>Identifier, puis garder à jour, les connaissances relatives aux pratiques optimales à l'aide des données probantes et de l'avis d'experts nationaux.</p> <p>Rendre accessibles les pratiques optimales.</p> <p>Élaborer et mettre à jour, grâce au Comité consultatif clinique, un programme de développement et de maintien des compétences.</p>	<p>3.1. Recourir à des protocoles de soins interdisciplinaires basés sur les pratiques optimales.</p> <p>3.2. Réviser au moins annuellement les protocoles de soins.</p> <p>3.3. Assurer la diffusion des pratiques optimales dans un plan de formation et de diffusion.</p> <p>3.4. Offrir minimalement aux membres de l'équipe AVC une formation annuelle de mise à niveau.</p> <p>3.5. Offrir une formation appropriée sur le diagnostic et le traitement de l'AVC au personnel engagé auprès des personnes ayant subi ou à risque de subir un AVC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Groupe consultatif d'experts nationaux. <input type="checkbox"/> Stratégies diversifiées de diffusion des pratiques optimales. <input type="checkbox"/> Modules de formation sur les outils. <input type="checkbox"/> Partage des pratiques réussies entre les membres du Comité national de coordination. 	<p>(AC6) Proportion des membres permanents du service d'urgence ayant reçu une formation sur le diagnostic et le traitement de l'AVC.</p> <p>(AC7) Proportion des membres de l'unité AVC ayant reçu au moins une formation au cours de l'année.</p> <p>(AC8) Proportion des membres des services internes ou externes de réadaptation ayant reçu au moins une formation au cours de l'année.</p> <p>(AC9) Révision des protocoles de soins.</p>	<p>100 % (mars 2017)</p> <p>80 %</p> <p>80 %</p> <p>Révision bisannuelle prévue</p>
		<p>4.1. Utiliser le service de téléthrombolyse lorsque l'expertise n'est pas disponible sur place.</p> <p>4.2. Évaluer la pertinence d'un service de téléadaptation et, le cas échéant, le mettre en place.</p> <p>4.3. Évaluer la pertinence d'un service de téléprévention</p>			

ORGANISATION DES SERVICES ET INTERVENTIONS APPUYÉES SUR LES PRATIQUES OPTIMALES

ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
		secondaire et, le cas échéant, le mettre en place.		(AC14) Mise en place d'un service de téléprévention secondaire.	Présent
5. Établissement d'un corridor de services comprenant des services spécialisés et surspécialisés hors région.	---	5.1. Déterminer les besoins du territoire en matière de services spécialisés et surspécialisés. 5.2. Établir un corridor de services auprès d'un centre spécialisé ou surspécialisé pour les besoins auxquels on ne peut pas répondre dans la région, en raison de diagnostics rares (ex. : <i>locked-in syndrome</i> ; douleur centrale post-AVC) ou de la rareté de ressources professionnelles.	<input type="checkbox"/> Ententes de services.	(AC15) Rédaction d'une entente formelle avec un centre spécialisé ou surspécialisé selon les besoins déterminés des territoires.	Présent (mars 2017)

Implantation formalisée et amélioration continue

L'envergure des changements proposés nécessite de déterminer une démarche formalisée d'implantation à laquelle des moyens concrets sont associés. Une fois les changements amorcés, différentes activités d'amélioration continue et systématique viennent accroître l'intégration et l'efficacité du continuum de services AVC. Ces activités soutiennent l'instauration d'une culture de mesure. Les données recueillies tant sur les processus que sur les effets alimentent les travaux de révision des stratégies, des priorités et des pratiques menés par les gestionnaires et les professionnels. Ces travaux s'appuient également sur les besoins des personnes ayant subi un AVC et sur les pratiques optimales. Il en résulte une adaptation continue des pratiques cliniques et administratives.

Tableau 10 Implantation formalisée et amélioration continue

IMPLANTATION FORMALISÉE ET AMÉLIORATION CONTINUE					
ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
6. Mise en place d'une instance pour l'implantation des trajectoires et des pratiques optimales.	Assurer la cohérence, la coordination et la mise en œuvre des orientations ministérielles en matière d'AVC.	6.1. Constituer une table régionale de concertation AVC dont feront partie les partenaires concernés. 6.2. Mettre en place un comité de pilotage CISSS ou CIUSSS pour l'implantation des changements. 6.3. Sélectionner un modèle de gestion de projet (ex. : cycle de Deming) ³⁶ . 6.4. Produire un plan d'action territorial sur la base des actions énoncées dans le présent document. 6.5. Mettre en place un comité local de pilotage dans chacune des installations pour l'implantation des changements recommandés.	<input type="checkbox"/> Groupe d'experts. <input type="checkbox"/> Concertation des partenaires visés. <input type="checkbox"/> Recommandations des comités nationaux (Comité clinique consultatif et Comité de coordination réseau. <input type="checkbox"/> Processus régional et local de monitoring de l'orientation des personnes et des trajectoires.	(AC16) Constitution d'un comité de pilotage CISSS ou CIUSSS. (AC17) Utilisation d'outils de gestion de projet. (AC18) Production d'un plan d'action bisannuel. (AC19) Plan d'action révisé annuellement avec identification des priorités, des livrables et des échéanciers.	Présent (juin 2016)
	Constituer un comité national de coordination réseau.				
7. Mise en place d'un processus	Achever la désignation des	7.1. Instaurer un modèle de gouvernance clinique :	<input type="checkbox"/> Critères de services attendus au regard	(AC20) Identification d'un médecin et d'un gestionnaire responsables du dossier.	Personnes identifiées (juin 2016)

³⁶ Par exemple : Chardonnet et Thibaudon, 2014.

IMPLANTATION FORMALISÉE ET AMÉLIORATION CONTINUE

ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
d'amélioration continue basé sur les principes et les objectifs ministériels.	<p>sites ayant un programme AVC (centres tertiaires, secondaires et primaires).</p> <p>Définir la fréquence des visites de révision des désignations.</p> <p>Constituer et animer un comité de coordination réseau ainsi qu'un comité consultatif.</p> <p>Proposer des outils de suivi de l'implantation du continuum et des pratiques optimales.</p>	<p>désigner deux coresponsables du dossier pour le CISSS ou le CIUSSS, soit un médecin et un gestionnaire.</p> <p>7.2. Participer au Comité national de coordination.</p> <p>7.3. Rédiger un programme AVC-AIT.</p> <p>7.4. Inscrire le programme AVC dans la structure organisationnelle.</p> <p>7.5. Intégrer les outils de suivi de l'implantation du continuum.</p> <p>7.6. Produire les rapports de suivi à la fréquence recommandée.</p> <p>7.7. Évaluer régulièrement les écarts entre les pratiques de l'établissement et les pratiques optimales.</p> <p>7.8. Utiliser les rapports de visite de désignation pour optimiser les pratiques.</p>	<p>des niveaux de désignation (centre primaire, secondaire et tertiaire).</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Normes nationales établies. <input type="checkbox"/> Liste d'indicateurs de performance relatifs à l'accessibilité, à la qualité et à l'optimisation des ressources. <input type="checkbox"/> Cellule AVC au MSSS en soutien à l'implantation. <input type="checkbox"/> Matrices d'évaluation. <input type="checkbox"/> Visites ministérielles dans les établissements. <input type="checkbox"/> Processus régional et local de monitoring de l'orientation des personnes et des trajectoires. 	(AC21) Rédaction d'un programme AVC-AIT.	Présent (mars 2017)
8. Enregistrement des données utiles à l'appréciation de la performance.	Lister les indicateurs privilégiés d'accessibilité, de qualité et d'optimisation des ressources sur la base des avis d'experts.	8.1. Instaurer une banque de données par établissement.	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Système de données locales. <input type="checkbox"/> Indicateurs harmonisés. <input type="checkbox"/> Tableaux de bord uniformisés. 	(AC22) Mise en place d'un système de données locales à partir des systèmes existants.	Présent (mars 2017)

IMPLANTATION FORMALISÉE ET AMÉLIORATION CONTINUE					
ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
9. Développement d'une culture d'évaluation et d'amélioration continue dans l'équipe.	Soutenir le développement de la culture d'évaluation et d'amélioration continue.	9.1. Instaurer dans les équipes et les milieux une culture d'évaluation et d'amélioration continue.	<input type="checkbox"/> Consultation de la documentation de référence sur le site Web AVC.	(AC23) Diffusion semestrielle puis annuelle des résultats des indicateurs aux équipes.	Première diffusion : octobre 2017 Seconde diffusion : avril 2018

Transfert de connaissances et recherche

Le transfert de connaissances en santé se définit en général comme un ensemble de moyens pour s'assurer que les personnes, les professionnels, les gestionnaires et les décideurs connaissent et utilisent les meilleures pratiques pour améliorer tant l'état de santé que l'organisation des soins et des services³⁷. Ces moyens s'inscrivent dans une stratégie globale et cohérente pour optimiser l'accès et l'utilisation réelle des meilleures connaissances.

Il est recommandé de promouvoir l'intégration des activités de recherche en fonction des priorités inspirées par les besoins observés dans le contexte des services cliniques. En ce sens, les établissements participent aux activités de recherche clinique et aux activités d'évaluation des modèles d'organisation de services.

À la différence des tableaux précédents, le tableau 11 ne contient pas d'indicateurs. Il reflète des pratiques exemplaires à adopter, mais qui ne sont pas propres à l'AVC.

³⁷ Grimshaw et coll., 2012.

Tableau 11 Transfert de connaissances et recherche

TRANSFERT DE CONNAISSANCES ET RECHERCHE			
ACTION	OBJECTIF		MOYEN
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL	
10. Mise en place d'un continuum Apprenant.	<p>Soutenir la mise en place de lieu d'échanges de connaissances.</p> <p>Sensibiliser les établissements d'enseignement aux changements dans la prise en charge de l'AVC.</p>	<p>10.1. Favoriser le développement des compétences en recourant à des expériences réelles du quotidien.</p> <p>10.2. Rendre explicites les pratiques jugées les meilleures au sein de l'établissement et réviser les pratiques courantes qui s'en éloignent.</p> <p>10.3. Encourager les pratiques innovantes.</p> <p>10.4. S'assurer d'élaborer les plans de formation sur la base des besoins des cliniciens et selon des stratégies gagnantes d'accompagnement professionnel (<i>coaching</i>) ou de mentorat.</p> <p>10.5. Recourir aux résultats des indicateurs pour canaliser les efforts de révision des pratiques sur la base des données probantes et de l'avis des experts du milieu.</p>	<p><input type="checkbox"/> Soutien des centres tertiaires.</p>
11. Partage d'expertise.		<p>11.1. Mettre en place des moyens pour favoriser le partage d'expertise.</p> <p>11.2. Instaurer la possibilité pour les équipes locales d'obtenir du soutien sur demande de la part d'équipes de réadaptation plus expérimentées de leur région ou d'une autre région.</p>	<p><input type="checkbox"/> Communauté de pratiques.</p> <p><input type="checkbox"/> Forums de discussion.</p> <p><input type="checkbox"/> Partage des expériences réussies au sein du Comité national de coordination.</p>
12. Stimulation de la recherche dans le domaine de l'AVC pour permettre l'avancement des connaissances.	Encourager et soutenir les initiatives en matière de recherche.	12.1. Introduire des projets de recherche appliquée où les intervenants sont engagés dans le processus dès la définition du problème.	
13. Arrimage entre la recherche et le milieu clinique.		13.1. Favoriser la dissémination des résultats de recherche ayant un potentiel important d'amélioration chez la clientèle.	<p><input type="checkbox"/> Rencontres de diffusion des résultats (colloque, midi-conférence, etc.).</p>

7. Actions spécifiques aux points de transition dans le continuum

Lorsque la personne ayant subi un AVC chemine d'une phase vers une autre, cela implique souvent un changement dans l'équipe et dans l'environnement soignant. Le transfert des informations pertinentes en temps opportun se révèle alors critique pour assurer une continuité sans heurt en matière de soins et de services. Une communication efficace est considérée comme incontournable dans le contexte de la stratégie d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services. C'est la raison pour laquelle la communication des informations doit être standardisée. Ainsi, les informations doivent être spécifiques, utiles et explicites pour l'équipe qui prend la relève.

La participation active de la personne ayant subi un AVC et de ses proches à l'atteinte des objectifs facilite l'expérience de cette transition.

Tableau 12 Aspects propres aux points de transition

ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
14. Identification de mesures concrètes pour assurer la fluidité entre les phases du continuum.	Définir les paramètres relatifs aux pratiques optimales de transition entre les phases du continuum.	14.1. Identifier une modalité de coordination aux points de transition entre les services.	<input type="checkbox"/> Paramètres organisationnels des phases hyperaiguë et aiguë.	(T1) Présence d'une modalité de coordination entre la phase aiguë et la phase de réadaptation post-AVC.	Présent
		14.2. Assurer le suivi et l'accompagnement de l'utilisateur tout au long du continuum ³⁸ .	<input type="checkbox"/> Paramètres organisationnels de réadaptation et de réintégration dans la communauté.	(T2) Présence d'une modalité de coordination entre la phase de réadaptation post-AVC et la phase de réintégration dans la communauté.	Présent
		14.3. Procéder à un examen pour circonscrire et réduire les duplications entre chaque phase.	<input type="checkbox"/> Partage des pratiques réussies entre les membres du Comité national de coordination.	(T3) Proportion des outils d'évaluation remplis dans le contexte du congé de la phase aiguë et recommencés dans le contexte de l'admission lors de la phase de réadaptation post-AVC.	≤ 10 %
		14.4. Établir les rôles et les responsabilités des équipes qui demandent, reçoivent et assurent le transport.	<input type="checkbox"/> Coordination assumée par un intervenant.	(T4) Proportion des outils d'évaluation remplis dans le contexte du congé des	≤ 10 %
		14.5. Produire un protocole de transport entre l'installation			

³⁸ Comité d'experts sur l'offre de service de réadaptation post-AVC, 2013.

ACTION	OBJECTIF		MOYEN	INDICATEUR	CIBLE
	PROVINCIAL	RÉSEAU RÉGIONAL			
		<p>et l'organisme assurant le transport, y compris les besoins en termes de ressources humaines.</p> <p>14.6. Établir des mesures formelles pour permettre la rétroaction entre les acteurs visés au moment des transferts.</p>		<p>services internes et recommencés dans le contexte de l'admission en services externes.</p> <p>(T5) Fréquence des rencontres entre les acteurs impliqués lors des transferts.</p>	Deux rencontres par an
15. Transfert d'informations cliniques pertinentes.	Assurer la circulation sans délai de toute l'information pertinente entre les divers paliers de services et de manière bidirectionnelle, en garantissant le relais avec les services de première ligne et les intervenants pertinents dans la trajectoire.	<p>15.1. Implanter la transmission électronique des informations entre les services.</p> <p>15.2. Diffusion du plan d'intervention interdisciplinaire (PII).</p> <p>15.3. Compléter les évaluations et les examens diagnostiques avant le transfert.</p> <p>15.4. Produire un protocole de communication entre l'équipe urgence AVC du centre demandeur et l'équipe urgence AVC du centre référent.</p>	<p><input type="checkbox"/> Paramètres organisationnels des phases hyperaiguë et aiguë.</p> <p><input type="checkbox"/> Paramètres organisationnels de réadaptation et de réintégration dans la communauté.</p>	---	
16. Évaluation de la progression clinique.	Déterminer un outil standardisé pour évaluer la progression clinique et favoriser une démarche d'amélioration de la qualité sur la base des résultats de cet outil.	16.1. Implanter l'outil recommandé entre chacune des phases et de 3 à 6 mois post-AVC.	<p><input type="checkbox"/> Échelle de Rankin modifiée.</p> <p><input type="checkbox"/> Outil à déterminer.</p>	---	

Conclusion

Les pratiques actuelles soulèvent des défis en termes d'accessibilité, de qualité et d'optimisation des ressources. Les actions proposées dans les pages qui précèdent ont donc pour objet de réduire les écarts par rapport aux pratiques optimales et, par conséquent, d'améliorer l'expérience de la personne atteinte, d'assurer son accès aux soins en temps opportun et de manière équitable partout au Québec, d'accroître ses chances de récupération et de maintien dans sa communauté et, enfin, d'améliorer la performance du système de santé.

Le Plan de mise en œuvre se veut un outil pour les personnes qui auront la responsabilité, dans chaque établissement, de réviser puis d'implanter les pratiques jugées optimales. Ce plan regroupe les actions essentielles à accomplir à chacune des phases du continuum et les actions partagées entre les phases. Cela reflète l'importance qu'accorde le MSSS au fait de concevoir comme un continuum intégré les services destinés aux personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC.

Afin de parvenir aux buts qu'il s'est fixés, le MSSS insiste dans le Plan de mise en œuvre sur différents aspects de processus et de structures, utiles pour formaliser l'implantation du continuum sur chacun des territoires des CISSS et des CIUSSS. La démarche retenue s'appuie sur la mise en place des moyens requis pour la gestion optimale du projet, dont la production d'un plan de mise en œuvre territorial et la nomination de deux responsables par établissement, soit un gestionnaire et un médecin. En outre, le MSSS a créé deux comités nationaux de soutien à ces efforts, soit le Comité clinique consultatif, focalisé sur les contenus, et le Comité de coordination, centré sur la mise en œuvre et la pérennité du continuum.

La seconde phase des travaux qui s'amorce avec la diffusion de ce plan de mise en œuvre représente le cœur de la stratégie d'implantation des pratiques optimales. Les bénéficiaires enregistrés lors de la première phase, grâce aux efforts de gens de qualité généreux et passionnés, amènent tout naturellement le réseau de la santé et des services sociaux au développement décrit dans le présent document. Le travail commun des responsables et des équipes relativement au paradigme d'un continuum intégré centré sur la personne permettra d'observer des effets concrets d'ici 2018 pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC et pour leurs proches.

Annexes

Annexe I Matrice des orientations AVC en fonction du Plan stratégique 2015-2020³⁹

Les cases colorées de la matrice correspondent aux orientations du continuum AVC qui font écho au Plan stratégique 2015-2020. Les numéros entre parenthèses renvoient aux objectifs du Plan stratégique.

PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020 ⁴⁰							
OBJECTIFS PAR AXE							
ORIENTATIONS AVC OBJECTIFS	HABITUDES DE VIE	PREMIÈRE LIGNE ET URGENCE	SERVICES SPÉCIALISÉS	SÉCURITÉ ET PERTINENCE	PERSONNES ÂGÉES	MOBILISATION DU PERSONNEL	ORGANISATION EFFICIENTE
Améliorer l'état de santé de la population à risque de subir ou ayant subi un AVC (diminuer l'incidence de l'AVC, réduire les séquelles d'un AVC, améliorer l'autonomie fonctionnelle, réduire le recours à l'hébergement).	(1) Favoriser l'adoption de saines habitudes de vie afin d'éviter les maladies chroniques et les cancers.				(11) Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées.		
Offrir des soins et des services centrés sur les besoins et les attentes des personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC ainsi que sur les besoins et les attentes de leurs proches.		(4) Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne.		(8) Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier.	(11) Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées.		

³⁹ Cette matrice est produite à titre de référence pour les membres du Comité national de coordination pour la mise en œuvre du continuum de services pour les personnes à risque ou ayant subi un accident vasculaire cérébral dans le contexte de leurs travaux.

⁴⁰ Les contenus sont tirés des documents suivants : MSSS, *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020*, 2015, 33 p. ; MSSS, *Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral, Orientations ministérielles 2013-2018*, 2013, 19 p.

PLAN STRATÉGIQUE 2015-2020⁴⁰

OBJECTIFS PAR AXE

ORIENTATIONS AVC OBJECTIFS	HABITUDES DE VIE	PREMIÈRE LIGNE ET URGENCE	SERVICES SPÉCIALISÉS	SÉCURITÉ ET PERTINENCE	PERSONNES ÂGÉES	MOBILISATION DU PERSONNEL	ORGANISATION EFFICIENTE
Assurer l'accès aux soins et aux services, en temps opportun, à l'ensemble de la population du Québec.		(5) Réduire le temps d'attente à l'urgence.	(6) Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables.				
Permettre une flexibilité et une adaptabilité dans l'approche en fonction des besoins particuliers des régions, des données épidémiologiques disponibles, de la recherche, des nouvelles technologies (dossier clinique informatisé, télé-AVC, nouveau traitement).						(18) Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau.	(22) Favoriser le partage de l'information concernant les usagers entre les professionnels.
Améliorer la performance du système de santé pour la clientèle ciblée (accessibilité des services, qualité des services et optimisation des ressources).				(9) Favoriser les examens et les traitements les plus appropriés afin d'assurer la qualité des soins et d'éviter des interventions inutiles.		(18) Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau.	(20) Favoriser la mise en place d'une gestion axée sur l'amélioration de la performance. (21) Planter les meilleures pratiques selon le financement axé sur le patient.

Annexe II Échéancier pour les cibles attendues en 2016-2017

PHASE ⁴¹	INDICATEUR	CIBLE	ÉCHÉANCE	N ^{o42}	ACTION
IMPLANTATION FORMALISÉE ET AMÉLIORATION CONTINUE	(AC16) Constitution d'un comité de pilotage CISSS ou CIUSSS.	Présent	Juin 2016	6	Mise en place d'une instance pour l'implantation des trajectoires et des pratiques optimales.
	(AC20) Identification d'un médecin et d'un gestionnaire porteurs du dossier.	Personnes identifiées	Juin 2016	7	Mise en place d'un processus d'amélioration continue appuyé sur les principes et objectifs ministériels.
	(AC17) Utilisation d'outils de gestion de projet, dont un Gantt.	Présent	Octobre 2016	6	Mise en place d'une instance pour l'implantation des trajectoires et des pratiques optimales.
	(AC18) Production d'un plan d'action biannuel.	Présent	Octobre 2016	6	Mise en place d'une instance pour l'implantation des trajectoires et des pratiques optimales.
SENSIBILISATION ET PRÉVENTION	(S1) Rédaction d'une stratégie de sensibilisation qui précise les rôles de la première ligne et de la santé publique, pour la population et les cliniciens.	Présent	Mars 2017	1	Sensibilisation du grand public.
HYPERAIGUË	(H1) Conception d'une trajectoire écrite qui comporte l'essentiel des éléments recommandés dans la trajectoire nationale.	Présent	Mars 2017	1	Détermination et mise en place d'une trajectoire optimale de services.
HYPERAIGUË	(H4) Acquisition d'une trousse d'outils accessible qui contient les outils recommandés.	Trousse acquise	Mars 2017	2	Implantation des outils cliniques recommandés.
HYPERAIGUË	(H7) Disponibilité d'une équipe AVC à l'urgence 24h/24, 7j/7.	Présent	Mars 2017	3	Prise en charge à l'urgence par une équipe AVC.
AIGUË	(A1) Réalisation d'un cheminement clinique écrit spécifique à la phase aiguë.	Présent	Mars 2017	1	Détermination et mise en place d'une trajectoire optimale de services.
AIGUË	(A7) Présence d'un protocole de soins relatifs au traitement et à la prévention des complications.	Présent	Mars 2017	2	Adoption de pratiques cliniques optimales.

⁴¹ Sont ici visées les phases, les actions communes ou les actions spécifiques aux transitions.

⁴² Les numéros correspondent à ceux du tableau détaillé présenté dans le corps du document.

PHASE ⁴¹	INDICATEUR	CIBLE	ÉCHÉANCE	N ^{o42}	ACTION
AIGUË	(A8) Présence de protocoles de soins écrits pour l'Unité AVC [centres secondaires et tertiaires] ou pour une section dédiée pour les centres primaires.	Présent	Mars 2017	3	Mise en place d'une Unité AVC en centres secondaires et tertiaires; ou d'une section sur une unité où sont regroupés les usagers ayant subi un AVC en centre primaire.
AIGUË	(A10) Offre de service écrite et disponible en réadaptation.	Présent	Mars 2017	4	Assure une offre de service en réadaptation précoce dès la phase aiguë.
AIGUË	(A12) Acquisition d'une trousse d'outils facilement accessible pour l'équipe sur l'unité de soins.	Présent	Mars 2017	5	Implantation des outils recommandés pour le repérage et l'évaluation précoce.
AIGUË	(A15) Mécanismes établis pour les références et l'orientation de la clientèle, incluant l'utilisation du triage-SMAF (dès que disponible).	Présent	Octobre 2017	6	Instauration d'un processus proactif de planification de l'orientation de la personne dès l'admission.
RÉADAPTATION POST-AVC	(RÉA1) Présence des offres de services requises énumérées dans la trajectoire.	Présent	Octobre 2017	1	Détermination et mise en place d'une trajectoire optimale de l'ensemble des services de réadaptation liée aux profils cliniques, assurant une organisation intégrée et continue des services.
RÉADAPTATION POST-AVC	(RÉA12) Acquisition par les établissements des outils recommandés.	Outils disponibles	Mars 2017	3	Implantation des outils recommandés d'évaluation.
RÉINTÉGRATION ET MAINTIEN	(RÉI12) Rédaction d'une offre de service spécifique à la phase de réintégration et de maintien dans la communauté, incluant des services de : évaluation et entraînement à la conduite automobile ; reprise des rôles sociaux; gestion de la douleur chronique ; spasticité; santé mentale.	Présent	Mars 2017	1	Déterminer et implanter des services continus et intégrés de prise en charge à la suite de la réadaptation fonctionnelle.
RÉINTÉGRATION ET MAINTIEN	(RÉI10) Présence sur le territoire de groupes de soutien aux personnes atteintes, de soutien aux familles, proches et proches aidants.	Présent	Mars 2017	4	Soutien aux ressources et services communautaires.
CENTRATION SUR LES BESOINS	(AC2) Présence d'outils d'aide à la décision clinique pour les personnes ayant subi un AVC.	Présent	Mars 2017	1	Organisation des services centrée sur les besoins de la personne.
ORGANISATION DES	(AC6) Proportion des membres permanents du département d'urgence ayant reçu une formation sur le diagnostic et le traitement de	100 %	Mars 2017	3	Développement des soins et services en fonction des pratiques optimales.

PHASE ⁴¹	INDICATEUR	CIBLE	ÉCHÉANCE	N ^o 42	ACTION
SERVICES ET DES INTERVENTIONS BASÉE SUR LES PRATIQUES OPTIMALES	l'AVC.				
	(AC10) Proportion des centres primaires disposant d'un service de téléthrombolyse.	100 %	Mars 2017	4	Établissement d'un programme de télésanté.
	(AC15) Rédaction d'une entente formelle avec un centre spécialisé ou surspécialisé selon les besoins déterminés des territoires.	Présent	Mars 2017	5	Corridor de services établis avec des services spécialisés et surspécialisés hors région.
IMPLANTATION DES SERVICES ET DES INTERVENTIONS BASÉE SUR LES PRATIQUE OPTIMALES	(AC21) Rédaction d'un programme AVC-AIT.	Présent	Mars 2017	7	Mise en place d'un processus d'amélioration continue appuyé sur les principes et objectifs ministériels.
	(AC22) Mise en place d'un système de données locales à partir des systèmes existants.	Présent	Mars 2017	8	Enregistrement des données utiles à l'appréciation de la performance.
	(AC23) Diffusion semestrielle puis annuelle des résultats des indicateurs aux équipes.	Première diffusion : octobre 2017	Octobre 2017	9	Développement d'une culture d'évaluation et d'amélioration continue dans l'équipe.

Annexe III Gabarit proposé pour la rédaction du plan d'action biennal⁴³

SENSIBILISATION DU PUBLIC ET PRÉVENTION PRIMAIRE DE L'AVC							
ACTION	STRATÉGIE/MOYEN	RESPONSABLE	RÉSULTAT/LIVRABLE	ÉCHÉANCIER	INDICATEUR	CIBLE VISÉE	CIBLE ATTEINTE
1. Sensibilisation du grand public.							
1.1. S'assurer de la diffusion des mesures de sensibilisation sur le territoire.					(S1) Rédaction d'une stratégie de sensibilisation qui précise les rôles de la première ligne et de la santé publique, pour la population et les cliniciens.	Présent (mars 2017).	
1.2. Faire connaître l'offre de services à la population et s'assurer que cette information soit diffusée au sein des équipes de 1 ^{re} ligne, incluant les médecins de famille.					(S2) Proportion de la population pouvant reconnaître les trois signes décrits dans l'acronyme VITE.	50%.	
2. Mise en place des activités de prévention primaire jugées efficaces.							
2.1. Introduire le volet prévention primaire de l'AVC dans les programmes de gestion des maladies chroniques (HTA, FA, diabète).					(P1) Développement d'un plan d'action régional de prévention primaire qui intègre de manière cohérente les services de première ligne et la santé publique.	Présent.	
2.2. Élaborer une trajectoire de services pour une évaluation en temps opportun des facteurs de risque associés aux maladies vasculaires cérébrales.					(P2) Mise en place d'un protocole de référence pour l'évaluation en temps opportun de la clientèle à risque d'un AVC.	Mise en place complétée.	
2.3. S'assurer de la diffusion des facteurs de risque de l'AVC et de la reconnaissance de ces derniers au même titre que pour les maladies cardiaques.							

⁴³ Pour consulter la version électronique complète, s'adresser à M. France Charles Fleury, à M^{me} Danie Lavoie ou à la docteure Louise Clément.

Glossaire

Algorithme

« Ensemble des règles opératoires qui permettent la résolution d'un problème par l'application d'un nombre fini d'opérations [...] à exécuter en séquence. [...] toute procédure, tout programme opératoire, et même tout ensemble de règles » (GDT, consulté le 21 avril 2015).

Continuum de services

« Articulation de services offerts par des organismes du domaine sociosanitaire œuvrant à différents niveaux en un réseau intégré qui permet d'assurer une prise en charge continue, sans rupture ou incohérence, des personnes (patients ou usagers) qui ont besoin de ces services. Il peut s'agir, par exemple, de services de prévention, de promotion de la santé physique ou mentale, d'intervention d'urgence, d'adaptation ou d'intégration sociale » (GDT, consulté le 21 avril 2015).

Continuum de soins

« Gamme complète de soins et de services de santé polyvalents, interreliés efficacement et assurés en établissement, en milieu communautaire ou à domicile ». Le terme peut faire référence à « continuum des soins et services » (GDT, consulté le 21 avril 2015).

Patient partenaire

« Personne progressivement habilitée, au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées avec l'aide des intervenants de l'équipe. Respecté dans tous les aspects de son humanité, le patient partenaire est membre à part entière de cette équipe en ce qui concerne les soins et services qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant et en respectant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de ses besoins et de son projet de vie » (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle – RUIS Université de Montréal, 10 février 2014, p. 11).

Pratique collaborative

« Processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'information, d'éducation et de prises de décisions. Pratique qui interpelle toute équipe clinique engagée dans une intervention concertée à travers une offre de soins et de services personnalisée, intégrée et continue, dont les objectifs sont : d'orienter l'organisation des soins et des services autour du projet de vie du patient et de favoriser l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé » (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle – RUIS Université de Montréal, 10 février 2014, p. 10-11, citant le programme Partenaires de soins et Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire, Faculté de médecine, Université de Montréal, 2012).

Processus

« Ensemble d'activités logiquement interreliées qui produisent un résultat déterminé. Il ne faut pas confondre le processus avec la procédure, qui décrit l'ensemble des étapes à franchir, des moyens à prendre et des méthodes à suivre dans l'exécution d'une tâche » (GDT, consulté le 21 avril 2015).

Trajectoire de services

« Cheminement clinique le plus efficace et le plus efficient permettant aux personnes d'avoir accès rapidement aux services dont elles ont besoin d'une manière coordonnée. Les trajectoires de services s'apparentent à la notion de continuum de services, qui implique une reconnaissance implicite d'une responsabilité commune des établissements ou organismes à l'endroit d'une clientèle. Les trajectoires doivent respecter les standards d'accès et de continuité » (MSSS, 2008, p. 25-26).

Références

AMERICAN STROKE ASSOCIATION, <http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/>.

ASSS DE MONTRÉAL, *Cheminement clinique d'un patient ayant subi un AVC*, 2015.

CHARDONNET, A., et D. THIBAUDON, *PDCA et performance durable, 60 fiches pratiques de mise en œuvre*, 2014, Paris : éditions Eyrolles, 326 p.

COMITÉ D'EXPERTS SUR L'OFFRE DE SERVICES DE RÉADAPTATION POST-AVC, PRÉSIDÉ PAR C.L. RICHARDS, *Trajectoires de services de réadaptation post-AVC, Un continuum centré sur la personne*, 1^{er} mai 2013, 285 p.

COMITÉ D'EXPERTS SUR L'OFFRE DE SERVICES DE RÉADAPTATION POST-AVC, L. CLÉMENT, C.L. RICHARDS ET H. CORRIVEAU, *Trousse d'outils cliniques pour l'évaluation des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC), Phases hyper-aiguë et aiguë de l'AVC*, mars 2015, 15 p.

COMITÉ RÉGIONAL NEUROVASCULAIRE DE MONTRÉAL, *Protocole AVC aigu (moins de 3,5 h depuis l'apparition des symptômes)*, ASSS de Montréal, 2015, 1 p.

COMITÉ RÉGIONAL NEUROVASCULAIRE DE MONTRÉAL, *Trajectoire hospitalière d'un patient ayant subi un AVC*, ASSS de Montréal, 2015, 1 p.

COMITÉ SUR LES PRATIQUES COLLABORATIVES ET LA FORMATION INTERPROFESSIONNELLE – RUIS UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services – Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*, 10 février 2014, 66 p.

DAWSON, A.D., J. KNOX, A. MCCLURE, N. FOLEY et R. TEASELL, « Chapitre 5 : Réadaptation post-AVC », dans M.P. Lindsay, G. Gubitza, M. Bayley et S. Philipps (rédacteurs), *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, 4^e édition*. Mise à jour de juillet 2013. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 103 p.

FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC,
<http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562033/k.B98E/Accueil.htm>

FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC, *L'accès aux soins de l'AVC : les premières heures critiques*, Bulletin sur l'AVC 2015, 17 p.

GRIMSHAW, J.M., ET COLL., « Knowledge translation of research finding », *Implementation Science*, 2012, 7 (50), p. 1-29.

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. Rapport préparé par Brigitte Côté et Annie Tessier*, ETMIS 2011, 7 (4), 141 p.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS), *Portrait du traitement de l'accident vasculaire cérébral ischémique en phase hyperaiguë au Québec en 2013-2014*, 26 p.

LINDSAY, M.P., G. GUBITZ, M. BAYLEY, M.D. HILL, S. SINGH et S. PHILLIPS, *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (mise à jour de 2010). Au nom du Groupe de rédaction des pratiques optimales et des normes de la Stratégie canadienne de l'AVC*, 2010, Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires.

MSSS, *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Cadre de référence*, 2011, 205 p.

MSSS, *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, 2012, 25 p.

MSSS, *Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral, Orientations ministérielles 2013-2018*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, 19 p.

MSSS, *Critères d'évaluation : Programme AVC-AIT (phase hyperaiguë – aiguë – prévention secondaire), maladies vasculaires cérébrales ischémiques – Définition d'un centre primaire, à venir*.

MSSS, *Critères d'évaluation : Programme AVC-AIT (phase hyperaiguë – aiguë – prévention secondaire), maladies vasculaires cérébrales ischémiques – Définition d'un centre secondaire*, octobre 2012, 11 p.

MSSS, *Critères d'évaluation : Programme AVC-AIT (phase hyperaiguë – aiguë – prévention secondaire), maladies vasculaires cérébrales ischémiques – Définition d'un centre tertiaire*, octobre 2012, 11 p. MSSS, *Orientations ministérielles en déficience physique, Objectifs 2004-2009*, 2003.

MSSS, *Paramètres organisationnels de réadaptation et de réintégration dans la communauté – Sommaire 2016-2018*, 2016.

MSSS, *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience – Afin de faire mieux ensemble*, 2008.

MSSS, RUIS DES UNIVERSITÉS DE MONTRÉAL, DE SHERBROOKE, LAVAL ET MCGILL, *Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral, Analyse des indicateurs – Banque de données AVC Qc*, 12 février 2014, 8 p.

WHITTINGTON, J.W., K. NOLAN, N. LEWIS et T. TORRES, « Pursuing the Triple Aim : the first 7 years », *The Milbank Quarterly*, 2015, 93 (2), p. 263-300.