

L'ACCÈS AUX SOINS DE L'AVC :

LES PREMIÈRES HEURES CRITIQUES





L'AVC* est un grave problème de santé qui nécessite une attention médicale immédiate. Le cheminement vers le rétablissement peut prendre des mois ou des années, mais les premières heures après un AVC sont cruciales. La rapidité avec laquelle une personne victime d'un AVC arrive à un établissement hospitalier offrant des services de soins de l'AVC aigu et reçoit un traitement est déterminante pour ses chances de survie, avec peu ou pas d'incapacités. Aujourd'hui, la majorité des gens au pays qui se rendent à l'hôpital survivent à l'AVC, et la rapidité à laquelle ils y arrivent est un facteur déterminant pour l'efficacité du traitement et le rétablissement.

La **Fondation des maladies du cœur et de l'AVC** (la « Fondation ») a étudié les premières heures critiques dans les soins de l'AVC, à partir du moment où apparaissent les premiers signes d'un AVC et à travers les étapes importantes et immédiates qui doivent se succéder pour maximiser la qualité et la rapidité des soins ainsi que les résultats des personnes victimes de cette affection.

Pour ce bulletin, nous avons analysé des données sur l'hospitalisation et les services d'urgence de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)**, ainsi que des services paramédicaux à travers le pays***. Nous avons également sondé**** la population pour savoir ce qu'elle connaît sur l'AVC, les signes et les premières étapes de soins.

LE VISAGE CHANGEANT DE L'AVC AU PAYS

Compte tenu du vieillissement de la population, le nombre d'AVC est à la hausse. Il y a également eu une augmentation des cas d'AVC chez les personnes de moins de 65 ans et de tous les facteurs de risque d'AVC chez les jeunes adultes. La pression sur les familles, le système de soins de santé et l'économie va croître en conséquence.

Actuellement, on estime qu'environ 62 000 AVC surviennent au pays chaque année, soit un toutes les neuf minutes, et des centaines de milliers de personnes vivent avec ses séquelles.

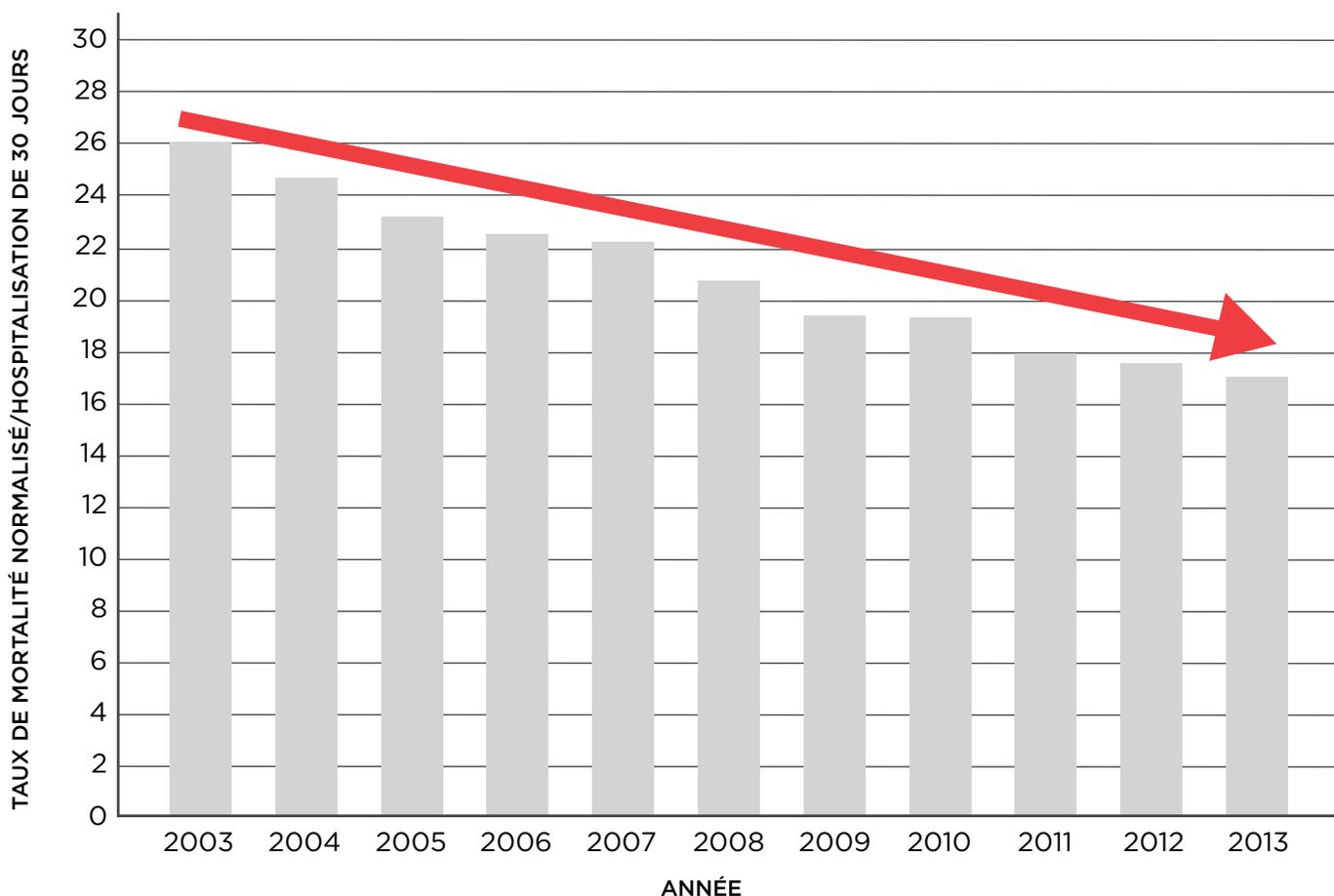
Néanmoins, nous avons vu d'énormes progrès dans les soins de l'AVC grâce à l'amélioration du système de santé et aux percées dans les traitements. Plus de gens survivent à un AVC : selon les données d'hospitalisation les plus récentes de l'ICIS (2013-2014), seulement 17 % des personnes victimes d'un AVC qui sont admises à l'hôpital en meurent, ce qui représente une diminution relative de 5 % par rapport aux deux années précédentes. Autrement dit, plus de 83 % des victimes d'un AVC qui se rendent à l'hôpital survivent.



AU PAYS, UN AVC SURVIENT TOUTES LES 9 MINUTES

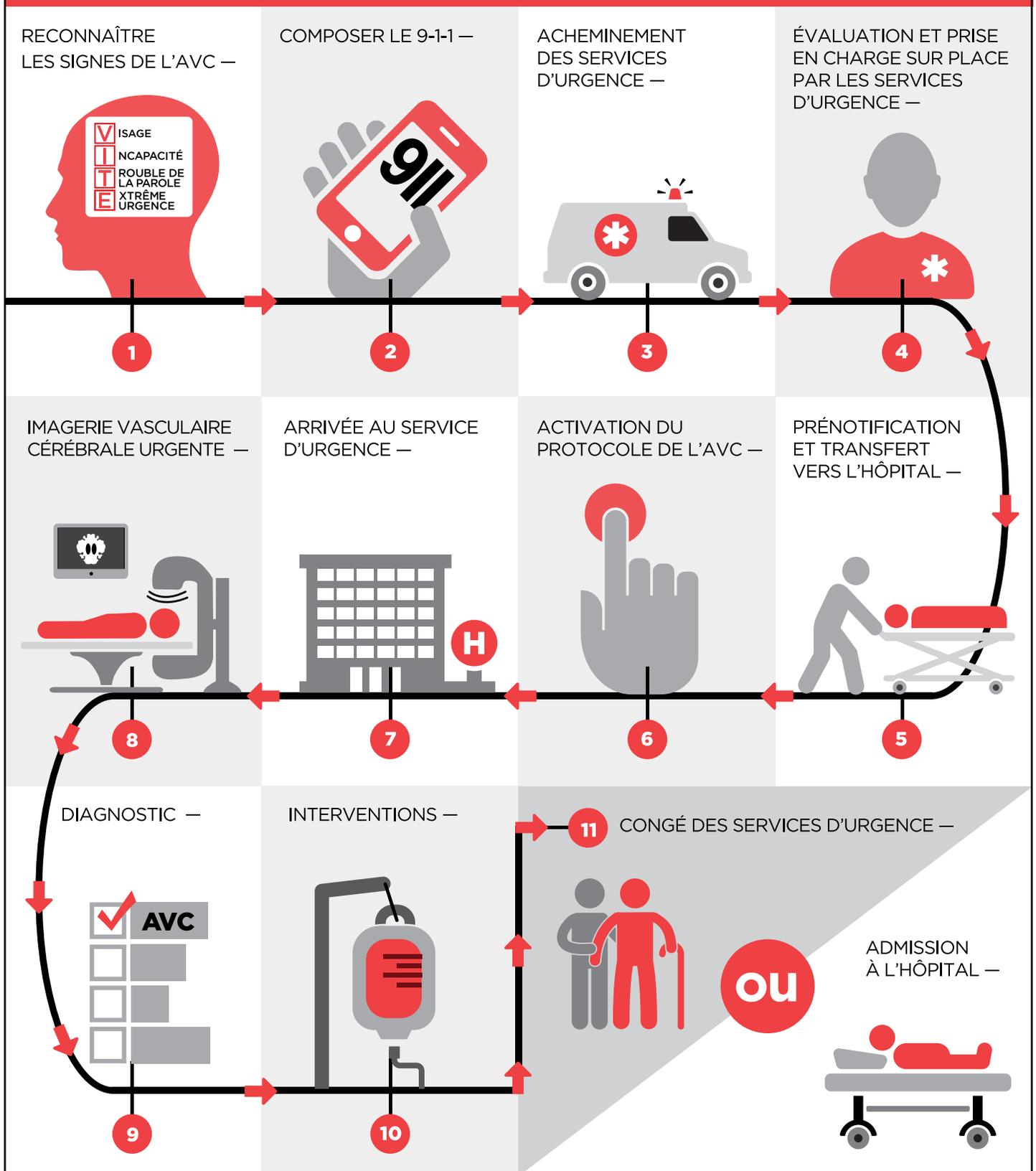
« Nous avons considérablement augmenté les chances de survivre à un AVC dans ce pays, déclare le Dr Robert Côté, neurologue à l'Hôpital général de Montréal du Centre universitaire de santé McGill, et porte-parole de la Fondation. Nous l'avons fait par l'application continue des résultats de recherche sur l'AVC aux soins cliniques dispensés quotidiennement. La Fondation a joué un rôle de premier plan dans l'amélioration de la coordination et de l'intégration des services de l'AVC à travers le pays. »

Diminution du taux de mortalité dans les hôpitaux après un AVC (par 100 000 personnes)



ÉTAPES CRITIQUES

DANS LA GESTION PRÉCOCE DE L'AVC



1,9

MILLION
DE CELLULES
CÉRÉBRALES
MEURENT TOUTES
LES MINUTES APRÈS
UN AVC



10

minutes



1

heure



6

heures

QUE SAIT LA POPULATION AU SUJET DE L'AVC?

L'AVC est une perte soudaine des fonctions cérébrales. La plupart des cas résultent de l'interruption de la circulation sanguine dans certaines parties du cerveau, causée par un caillot (AVC ischémique). Les autres résultent de la rupture d'un vaisseau sanguin, causant un saignement cérébral (AVC hémorragique). L'accident ischémique transitoire (AIT), ou « mini-AVC », présente les mêmes symptômes que l'AVC ischémique, mais est une forme plus bénigne de l'AVC. Il se résorbe rapidement, mais avertit qu'un AVC plus sévère pourrait survenir dans l'avenir. Il requiert aussi des soins médicaux urgents. Chaque AVC est unique et aura un impact différent sur chaque personne.

Malheureusement, selon notre sondage, seulement un tiers des personnes au pays sont en mesure de décrire ce qu'est un AVC.

RECONNAÎTRE
LES SIGNES DE L'AVC —



1

AIDER LA POPULATION À RECONNAÎTRE L'AVC

L'AVC est une urgence médicale. La première étape critique dans la gestion de l'AVC est de savoir en reconnaître les signes. Étant donné qu'en général, 1,9 million de cellules cérébrales meurent chaque minute après un AVC, plus vite la circulation sanguine peut être rétablie, plus grande est la probabilité d'un bon rétablissement. Les AVC

surviennent dans de nombreux contextes où les gens sont à l'extérieur des milieux hospitaliers.

La plupart des personnes victimes de cette affection ne seront pas en mesure d'obtenir de l'aide eux-mêmes, ce qui explique pourquoi il est si important que tous apprennent les signes de l'AVC et sachent qu'il est crucial de composer le 9-1-1 ou le numéro local des services médicaux d'urgence (SMU) immédiatement. Certaines communautés ne disposent pas du service 9-1-1. Il

est donc crucial que tous les résidents de ces régions connaissent le numéro local des SMU.

La Fondation a lancé une nouvelle campagne de sensibilisation basée sur l'acronyme VITE, un moyen simple pour aider la population à reconnaître les signes de l'AVC et à prendre les mesures appropriées (la campagne a été lancée en Ontario en décembre 2014 et est en cours de déploiement dans les autres provinces). Les signes de l'AVC

peuvent varier d'une personne à l'autre, mais les trois principaux, énoncés dans VITE, sont typiques et présents dans la plupart des cas, ce qui n'est pas toujours le cas d'autres problèmes de santé. La sensibilisation à ces signes, ainsi qu'à l'importance de composer le 9-1-1, aidera à réduire l'incidence de l'AVC.

VISAGE

Est-il affaissé?

INCAPACITÉ

Pouvez-vous lever les deux bras normalement?

TROUBLE DE LA PAROLE

Trouble de prononciation?

EXTRÊME URGENCE

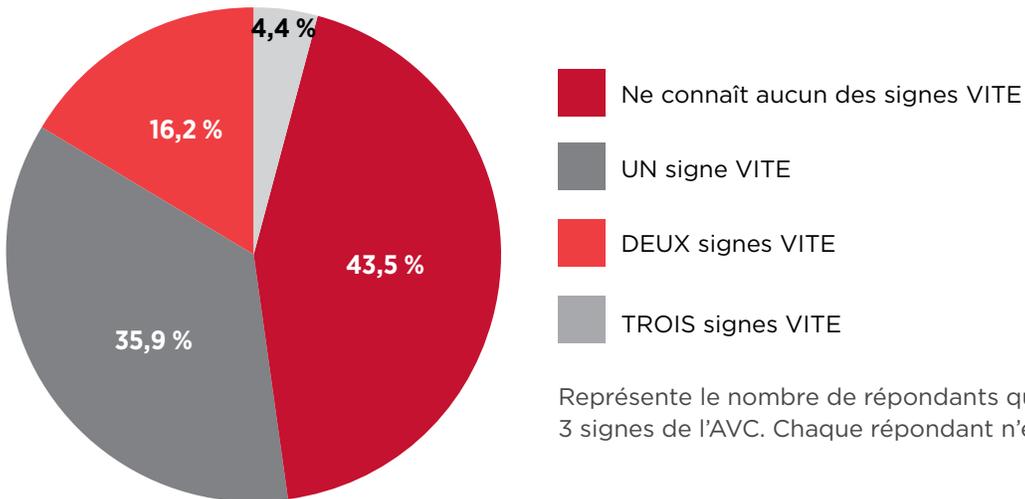
Composez le 9-1-1.

APPRENEZ À RECONNAÎTRE LES SIGNES. PLUS **VITE** VOUS RÉAGISSEZ, PLUS **VITE** VOUS SAUVEZ LA PERSONNE.

© Fondation des maladies du cœur et de l'AVC 2014

Notre sondage a révélé qu'il y a encore beaucoup de travail à faire pour aider les gens à reconnaître ces signes et à savoir quoi faire s'ils en sont témoins ou victimes. Près de la moitié de tous les répondants ne connaissait aucun des trois signes VITE de l'AVC; seulement un tiers a pu en nommer un; alors que un cinquième était en mesure d'en nommer deux ou trois. Le sondage a également révélé que les problèmes d'élocution sont le signe le plus fréquemment reconnu.

Connaissance des trois signes VITE de l'AVC



Représente le nombre de répondants qui connaissaient 0, 1, 2 ou les 3 signes de l'AVC. Chaque répondant n'est compté qu'une seule fois.

Variation de la connaissance des trois signes VITE de l'AVC selon la province

Signes VITE*	Canada	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.**	Qc	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
VISAGE (Est-il affaissé?)	21 %	19 %	23 %	27 %	15 %	26 %	14 %	11 %	15 %	16 %	19 %
INCAPACITÉ (Pouvez-vous lever les deux bras normalement?)	13 %	9 %	8 %	10 %	11 %	19 %	11 %	7 %	6 %	13 %	7 %
TROUBLE DE LA PAROLE (Trouble de prononciation?)	47 %	46 %	42 %	48 %	48 %	61 %	26 %	49 %	52 %	58 %	42 %

Remarques : *Les répondants peuvent avoir fourni plus de un signe; par conséquent, ces chiffres sont associés aux réponses, et non aux gens. **Le sondage a été mené deux mois après le lancement de la campagne VITE en Ontario.

L'HISTOIRE DE BLANCHE : « Heureusement que j'ai vu cette publicité... »

Blanche Gray adore parler à tout le monde de la publicité télévisée qui lui a sauvé la vie.

C'était en janvier 2015; Blanche venait d'allumer la télévision pour regarder les nouvelles du soir dans son salon, à Mississauga, en Ontario. Le bulletin de nouvelles n'avait pas commencé; la grand-mère de 10 petits-enfants regardait donc les publicités commerciales, y compris un message sur les signes de l'AVC conçu par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.

Le téléphone a sonné pendant le bulletin de nouvelles. C'était sa fille Lynn. Elles discutaient quand, subitement, la voix de Blanche a commencé à vaciller. Quelque chose d'horrible se passait. Ses paroles étaient devenues complètement inintelligibles.

« Maman, qu'est-ce qui t'arrive? » Blanche lui a répondu : « Je pense que je fais un AVC. »

Lynn a composé le 9-1-1, et les ambulanciers sont arrivés rapidement. Ils ont transporté Blanche à l'hôpital, où on lui a diagnostiqué un AIT, ou mini-AVC.

Quand elle y repense, Blanche se rend compte de sa chance. « Pendant ces quelques minutes, je me suis rendu compte que ce dont ils parlaient à la télévision était en train de m'arriver. Portez attention aux signes que votre corps vous donne. C'est ce que j'ai fait et c'est la raison pour laquelle je m'en suis si bien sortie. Si je n'avais pas vu cette publicité, je n'aurais probablement pas pu su que je subissais un AVC. »



Blanche Gray et ses filles



2

COMPOSER LE 9-1-1 EST UNE ÉTAPE CRUCIALE

Selon notre sondage, environ 77 % des gens déclarent que s'ils étaient témoins d'un AVC, la première chose qu'ils feraient serait de composer le 9-1-1. Cependant, en réalité, selon la base de données sur les services d'urgence de l'ICIS, seulement 59 % de toutes les personnes ayant subi un AVC arrivent à l'hôpital en ambulance après

avoir signalé le 9-1-1 ou le numéro local des SMU.

Cela signifie que quatre personnes sur dix qui sont victimes d'un AVC n'arrivent pas à l'hôpital en ambulance, qui est le moyen le plus sûr et le plus efficace pour se rendre à l'établissement approprié et recevoir les meilleurs soins. Parmi les répondants au sondage qui ont déclaré qu'ils ne composeraient pas le 9-1-1 immédiatement :

- 20 % ont dit qu'ils pourraient faire face à la situation eux-mêmes;
- 15 % ont dit qu'ils n'y penseraient pas;
- 14 % ont dit qu'ils ne voudraient pas en faire un drame au cas où ça ne serait pas grave;
- 12 % ont dit qu'ils reconduiraient la personne eux-mêmes.

L'HISTOIRE DE NATHALIE :

« J'étais prête à montrer à la maladie que j'étais plus forte qu'elle. »

En 1992, Nathalie Parisien est une jeune femme de 23 ans qui profite pleinement de la vie et qui prend soin de sa santé, puisqu'elle veut plus tard être une « belle p'tite vieille en santé »!

Malgré tout, le lendemain du cinquantième anniversaire de mariage de ses grands-parents, elle est prise de vomissements et de maux de tête sévères. Elle met ceci sur le compte de la poutine de la veille, puisqu'elle n'a pas l'habitude de manger de la nourriture aussi grasse. En rentrant du travail, le conjoint de Nathalie a la mauvaise surprise de la retrouver avec une partie du visage paralysée. Il constate l'urgence médicale et réagit rapidement.

À l'hôpital, le diagnostic tombe. Nathalie a été victime d'un AVC. Les médicaments font lentement leur effet, et Nathalie reprend peu à peu connaissance. Elle qui n'avait aucun réflexe depuis quelques jours est en mesure de bouger ses membres et de parler.

Deux semaines après son accident, Nathalie retourne à la maison sur ses deux pieds, mais elle constate rapidement que sa santé s'est détériorée. Elle a perdu de la force et une partie de sa mémoire, et elle a des problèmes de motricité. Elle sent que son AVC lui a imposé certaines limites. « À un certain moment, j'en voulais à la vie, mais je me suis vite retroussé les manches, prête à foncer et à montrer à la maladie que j'étais plus forte qu'elle. »

Aujourd'hui complètement remise de son AVC et sans séquelles, Nathalie souhaite que les victimes d'un AVC n'ignorent pas les signes, réagissent vite et n'abandonnent pas. La partie n'est jamais terminée : « La vie est un combat de boxe et c'est à nous de gagner la prochaine ronde. » Elle croit aussi que son excellente santé avant l'incident, sa grande détermination et le soutien de ses proches lui ont permis de s'en tirer presque indemne.



Nathalie Parisien

Ce ne sont pas toutes les victimes de l'AVC qui sont admises au service des urgences de l'hôpital, mais plutôt celles qui semblent avoir subi un AVC plus sévère. Selon les données d'hospitalisation de l'ICIS, seuls 69 % de tous les patients victimes d'un AVC qui sont admis à l'hôpital sont arrivés en ambulance.

Personnes admises à l'hôpital pour un AVC et arrivées en ambulance :

La moyenne nationale est de 69 %; les taux provinciaux sont les suivants :

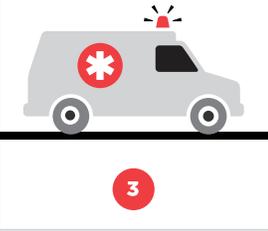
C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc*	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
67 %	75 %	64 %	65 %	69 %	- %	62 %	73 %	64 %	68 %

*Non disponible dans le système de collecte de données du Québec.

« Vous ou un membre de votre famille serez touchés par l'AVC au cours de votre vie, explique le Dr Côté. En en reconnaissant les signes et en composant immédiatement le 9-1-1, vous pourriez éviter à un proche de vivre avec une incapacité. »

Bien qu'un système de soins de santé puisse être mis en place pour offrir un service optimal, les personnes qui en ont besoin jouent également un rôle clé. Les gens doivent connaître les mesures à prendre pour assurer les meilleurs résultats pour eux-mêmes et leur famille. Il y a encore beaucoup de travail à faire pour que tous comprennent ce qu'est un AVC, en reconnaissant les signes et sachent qu'ils doivent signaler le 9-1-1 immédiatement s'ils en sont victimes ou témoins.

ACHEMINEMENT
DES SERVICES
D'URGENCE —



LE RÔLE ESSENTIEL DES AMBULANCIERS

La compréhension et le traitement de l'AVC ont considérablement changé au cours des dernières décennies. Grâce à une meilleure compréhension de l'AVC, nous sommes en mesure de procéder à l'évaluation et au diagnostic de façon plus rapide et plus précise. Une large gamme de soins de première

ligne et d'options de réadaptation sont accessibles grâce aux progrès de la recherche et de l'éducation.

Le rôle des ambulanciers dans les soins de l'AVC a également changé, et l'éducation ambulancière intègre maintenant une formation spécifique à la reconnaissance et au traitement des AVC.

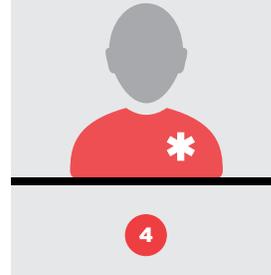
« Au cours des dix dernières années, plus de travaux de recherche ont été menés sur la façon dont les services paramédicaux peuvent aider à l'identification précoce des personnes victimes d'un AVC, et mobiliser d'autres professionnels de la santé, dit Paul Charbonneau, président, Chefs Paramédics du Canada. Les services paramédicaux représentent un énorme effectif de personnes hautement qualifiées qui sont maintenant intervenants actifs dans le soutien des équipes de l'AVC, pour fournir des évaluations cliniques rapides et aider à déterminer quel hôpital est approprié pour la victime en fonction de ses besoins immédiats. »

Cependant, selon notre sondage, les gens du pays ne comprennent pas clairement le rôle essentiel que jouent les ambulanciers dans les soins et le traitement de l'AVC. Lorsqu'on leur a demandé pourquoi il est important d'obtenir une ambulance lorsqu'on présume un AVC, seulement un tiers des répondants ont déclaré que c'est parce que l'AVC est un problème médical urgent qui nécessite une action immédiate. Encore moins, soit un quart seulement, ont répondu que les ambulances peuvent se rendre à l'hôpital plus rapidement, alors qu'un autre quart des répondants savaient que les ambulanciers peuvent commencer l'évaluation clinique, le traitement et les soins sur place. Plus inquiétant encore, très peu (5 %) ont dit qu'ils constatent que les

techniciens ambulanciers savent quels hôpitaux sont équipés pour fournir les soins appropriés.

Les gens doivent être plus conscients de l'expertise que les ambulanciers apportent lors des premières heures critiques des soins de l'AVC, afin de comprendre l'importance de composer le 9-1-1 lorsqu'ils présument un AVC.

ÉVALUATION ET PRISE
EN CHARGE SUR PLACE
PAR LES SERVICES
D'URGENCE —



LORSQUE L'AMBULANCE ARRIVE

En tant que premiers répondants, les ambulanciers jouent un rôle clé dans les premières heures critiques de soins de l'AVC. Parmi les provinces, le temps médian entre la réception de l'appel au 9-1-1 et l'arrivée des ambulanciers paramédicaux sur les lieux varie de sept à dix minutes. Des délais plus courts

sont constatés dans des endroits plus urbains selon les données paramédicales.

Les données montrent que, dans la plupart des provinces, de 81 % à 97 % de la population est en mesure d'atteindre un centre de soins de l'AVC par ambulance terrestre dans les six heures suivant l'appel au 9-1-1. Dès leur arrivée, le but des ambulanciers est de répondre aux besoins de santé urgents et ensuite de transporter la personne le plus rapidement possible à l'hôpital approprié.

Reconnaître et mobiliser

Partout au pays, les ambulanciers sont formés pour reconnaître les signes d'un AVC. Dès qu'ils arrivent sur place, leur objectif est d'abord de « reconnaître et mobiliser » en déterminant s'il s'agit d'un cas d'AVC en utilisant un outil ou une échelle pour évaluer l'état de la victime, dont les signes VITE de l'AVC. D'autres signes, tels que des problèmes de vision, la paralysie ou l'engourdissement, l'incapacité de marcher et la diminution de la vigilance, peuvent également faire partie du protocole d'évaluation. Une fois qu'ils ont déterminé qu'une personne a probablement subi un AVC, les ambulanciers surveillent les signes vitaux (pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, niveaux d'oxygène) et vérifient les niveaux de sucre dans le sang.

LES SERVICES PARAMÉDICAUX À TRAVERS LE PAYS

La responsabilité des services paramédicaux, qui comprennent des services d'ambulance terrestre et aérienne, varie d'un bout à l'autre du pays. Les services paramédicaux peuvent être provinciaux, municipaux, privés ou contractuels. Ils sont réglementés dans toutes les régions du pays, et l'Association des Paramédics du Canada, qui représente plus de 17 000 praticiens paramédicaux, a développé le profil national des compétences professionnelles, qui définit les compétences des diplômés paramédicaux. Les coûts des services d'ambulance varient à travers le pays.

Certains services paramédicaux ont établi un point de référence de moins de 20 minutes passées sur place. Les données montrent que de nombreux services rejoignent cet objectif, avec le temps médian passé sur les lieux, allant de 15 à 24 minutes à travers le pays, dans les cas présumés d'AVC.

Aller à l'hôpital le plus approprié

Une fois le protocole d'AVC des services ambulanciers activé, les techniciens paramédicaux peuvent être avertis de contourner un petit hôpital proche et d'amener le patient chez qui l'on présume un AVC à l'hôpital le plus approprié pour fournir des soins de l'AVC d'urgence, y compris un traitement thrombolytique (relatif à la résorption d'un caillot dans un vaisseau sanguin) comme le médicament t-PA.

Les données de l'Alberta et de l'Ontario montrent qu'environ 38 % des personnes présumées victimes d'un AVC contournent un hôpital proche pour arriver à un centre fournissant des services spécialisés de l'AVC. Les autres provinces ne recueillent pas systématiquement ces données. Malheureusement, ce ne sont pas toutes les régions qui ont des protocoles de dérivation en place. Un temps précieux est perdu si une victime d'un AVC est reconduite à l'hôpital, puis transférée dans un établissement plus approprié. Pire encore, les patients qui ne sont pas transférés ne pourront pas recevoir des soins optimaux.

Selon notre sondage, seulement un tiers des personnes au pays savent que seuls certains hôpitaux possèdent des unités de soins de l'AVC et sont équipés pour fournir les meilleurs services possible. Il est donc crucial que les gens comprennent l'importance de composer le

9-1-1, car il s'agit du meilleur moyen d'accéder rapidement à l'hôpital le plus approprié.

Recueillir l'information

Une autre fonction importante de l'équipe paramédicale est la communication. Les ambulanciers paramédicaux parleront à la personne ayant subi un AVC, à sa famille, aux amis et aux témoins afin de déterminer le moment où les premiers signes sont apparus (c'est-à-dire la dernière fois où la victime avait l'air bien). Les techniciens ambulanciers poseront également des questions sur les conditions de santé existantes, les médicaments actuels et les allergies. Ils encourageront un membre de la famille ou autre d'accompagner la personne à l'hôpital ou d'être joignable par téléphone pour prendre des décisions et fournir tout autre renseignement nécessaire.

La rapidité est cruciale

Établir le moment où l'AVC est survenu a des conséquences critiques pour le traitement. Les patients qui sont admissibles à un traitement thrombolytique (un médicament tel que le t-PA IV) doivent le recevoir aussi tôt que possible, idéalement dans les quatre heures et demie après le début des symptômes, afin de freiner ou même d'annuler les effets de l'AVC. Dans certains établissements hautement spécialisés, de nouvelles procédures endovasculaires (qui sont conduites à l'intérieur des vaisseaux sanguins), où les caillots sanguins sont résorbés à l'aide d'un dispositif mécanique, permettent un temps d'intervention légèrement plus long, mais généralement de moins de six heures (jusqu'à 12 heures dans certains cas). Toutefois, le temps est toujours critique, et plus vite le traitement est administré, meilleurs sont les résultats et le rétablissement.

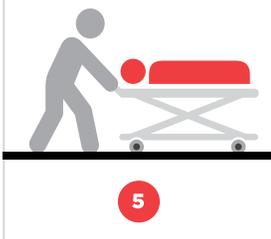
SUCCÈS DES SOINS CANADIENS DE L'AVC

L'INITIATIVE DE T.-N.-L. PERMET AUX GENS DE SE RENDRE PLUS VITE À L'HÔPITAL APPROPRIÉ

Depuis avril 2014, Terre-Neuve-et-Labrador a mis en place un système qui permettra aux ambulanciers de contourner l'hôpital à proximité et se rendre directement au centre spécialisé en soins de l'AVC le plus proche, lequel est équipé d'un tomodensitomètre et est en mesure d'offrir un traitement ciblant les caillots sanguins, tel que le t-PA par voie intraveineuse. Les ambulanciers ont reçu une formation avant la mise en place du nouveau système. T.-N.-L. est une province aux caractéristiques géographiques particulières comptant de nombreuses collectivités éloignées. Un système de transport direct permet d'améliorer l'accès aux soins les mieux adaptés aux besoins des personnes qui ont subi un AVC, pendant les premières heures cruciales.

Les prochaines étapes pour renforcer le système de soins de l'AVC partout dans la province consistent à sensibiliser davantage la population aux signes de l'AVC et à l'importance d'appeler rapidement les SMU; à mettre en place un système centralisé et coordonné de répartition afin de déterminer quelle ambulance se trouve le plus près des lieux et ainsi de réduire le temps d'intervention; à normaliser la prise d'appels pour s'assurer de reconnaître les signes de l'AVC et d'activer les protocoles pertinents; à s'assurer qu'il y a des ambulanciers dans chaque collectivité pour que tous puissent bénéficier d'une expertise en matière d'AVC; et à collecter et examiner des données d'une manière uniforme à l'échelle de la province afin de faciliter le contrôle de la qualité et d'améliorer les mesures en place.

PRÉNOTIFICATION
ET TRANSFERT
VERS L'HÔPITAL —



AMENER LES GENS À L'HÔPITAL PLUS RAPIDEMENT ET EFFICACEMENT

Non seulement les techniciens paramédicaux sont en mesure d'amener les personnes victimes d'un AVC à l'hôpital le plus approprié, ils peuvent aussi s'y rendre de façon plus sécuritaire et plus efficace. Selon les données des services ambulanciers, le temps médian entre le départ pour l'hôpital et

l'arrivée varie de 10 à 29 minutes selon les provinces.

Le délai entre le moment où une personne présente les premiers signes d'un AVC et celui où elle arrive à l'hôpital influe directement sur le rétablissement, et l'objectif est qu'il soit aussi court que possible.

SUCCÈS DES SOINS CANADIENS DE L'AVC

UN NOUVEAU MÉDICAMENT NEUROPROTECTEUR DONNE DES RÉSULTATS PROMETTEURS POUR FREINER L'AVC

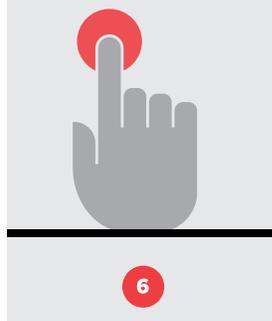
Un nouveau médicament neuroprotecteur, le NA-1, obtient des résultats prometteurs lorsqu'il s'agit de limiter les dommages au cerveau découlant d'un AVC aigu. La phase III de l'essai FRONTIER a commencé en mars 2015. Dans le Grand Toronto, dans la région de Peel et à Vancouver, les ambulanciers peuvent administrer le médicament aux patients avant même d'arriver à l'hôpital, trois heures ou moins après l'apparition des symptômes. Le but voulu du NA-1, comme l'indique le Dr Mike Tymianski, neurochirurgien torontois qui en a dirigé le développement, est « d'empêcher l'AVC de prendre de l'étendue. Le cerveau peut retenir sa respiration, pour ainsi dire. »

Les trois sites ont été choisis à cause de la présence d'un système ambulancier de réorientation en cas d'AVC, c'est-à-dire que l'ambulance ne se dirige pas systématiquement vers l'hôpital le plus près, mais plutôt vers celui qui offre des services spécialisés en soins de l'AVC. Les ambulanciers paramédicaux des sites en question ont des flacons de NA-1. Ils peuvent ainsi discuter à distance avec un médecin et déterminer si la personne présentant des signes de l'AVC devrait recevoir le médicament avant son arrivée à l'hôpital.

Si les connaissances des gens au sujet de l'AVC et du rôle essentiel que jouent les ambulanciers paramédicaux dans les premières heures critiques s'améliorent, ils comprendront mieux pourquoi ils doivent signaler le 9-1-1 plutôt que reconduire la victime à l'hôpital – et plus important encore, pourquoi une personne présumée victime d'un AVC ne devrait jamais conduire elle-même pour se rendre à l'hôpital.

En résumé, plus rapidement les signes de l'AVC sont reconnus et le traitement commencé, plus grandes sont les chances d'obtenir de meilleurs résultats. En constatant les étapes qui doivent se produire entre le début de l'AVC et le meilleur traitement, il existe de nombreuses possibilités d'amélioration, y compris la sensibilisation du public, une meilleure coordination des services et une réduction des temps de réponse des ambulanciers et des services d'urgence.

ACTIVATION DU
PROTOCOLE DE L'AVC —



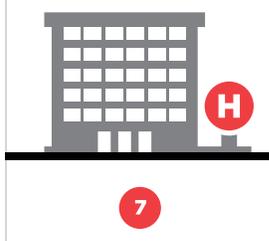
AVERTIR L'HÔPITAL QUE VOUS ARRIVEZ

Selon les meilleures pratiques, les ambulanciers paramédicaux doivent aviser le service des urgences de l'hôpital lorsqu'ils s'y dirigent avec une personne présumée victime d'un AVC. Idéalement, ce signal active alors un « code AVC » dans les hôpitaux où les protocoles en cas d'AVC aigu sont en place, c'est-à-dire que le personnel

hospitalier et les membres de l'équipe de soins de l'AVC seront prêts à commencer le diagnostic et le traitement d'un AVC présumé dès que le patient arrive à l'urgence.

Selon l'inventaire des services de l'AVC que nous avons effectué en 2013, environ la moitié des hôpitaux à travers le pays offrant ces services ont un tel système en place. Les systèmes de préavis pour les patients victimes d'un AVC font partie du protocole standard dans certaines provinces, comme l'Ontario et la Nouvelle-Écosse. Toutes les provinces devraient suivre cet exemple et inclure le préavis dans la procédure en cas d'AVC pour les ambulanciers paramédicaux.

ARRIVÉE AU SERVICE
D'URGENCE —



SE RENDRE AUX SERVICES D'URGENCE

Lorsque l'ambulance arrive à l'hôpital, le transfert des soins des ambulanciers paramédicaux au personnel de l'établissement doit avoir lieu sans délai et inclure un rapport complet, y compris : le moment où les premiers signes sont apparus ou le dernier moment où le patient d'AVC allait

LA FORMATION AIDE LE PERSONNEL INFIRMIER AU QUÉBEC À FAIRE LE TRIAGE DES PERSONNES AYANT SUBI UN AVC LORSQUE CEUX-CI ARRIVENT AUTREMENT QUE PAR AMBULANCE

Les infirmiers du Centre universitaire de santé McGill ont reçu une formation leur permettant de reconnaître les signes de l'AVC chez les personnes qui arrivent à l'hôpital autrement que par ambulance. Ils les évaluent à leur arrivée afin de déterminer si elles présentent n'importe lequel des signes de l'AVC, comme une difficulté soudaine d'élocution, le visage affaissé, une faiblesse soudaine du bras ou de la jambe, un manque d'équilibre, des étourdissements, etc. L'Échelle neurologique canadienne est utilisée afin d'évaluer la gravité de l'AVC.

À l'issue de ce triage, un médecin est avisé, s'il y a lieu. Selon le moment où les signes sont apparus, un « code AVC » est activé afin d'avertir rapidement la neurologie et la radiologie. Des protocoles ont été mis en place pour tous les patients qui ont subi un AVC, y compris ceux qui sont admissibles aux traitements en cas d'AVC aigu (comme le t-PA et le traitement endovasculaire). Ils ont ainsi un accès rapide à la meilleure prise en charge possible en cas d'AVC. Le dépistage comprend aussi un outil afin de s'assurer que le patient peut avaler de façon sécuritaire avant qu'un médicament ne lui soit administré par voie orale.

La formation est le fruit d'une collaboration entre le service des urgences et le service des neurosciences. En plus d'un encadrement individuel, les infirmiers ont reçu une formation en classe axée sur l'importance des protocoles normalisés et des données probantes qui appuient les soins optimaux, conformément aux *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*. Les médecins ont également reçu une formation en la matière. La qualité des communications et le renforcement des relations entre les infirmiers et les autres professionnels du service des urgences ont grandement favorisé la réussite et la viabilité de l'initiative. Les différentes professions utilisent le même langage et les mêmes outils dans le but de prodiguer des soins optimaux aux patients.

encore bien, la durée totale des symptômes, une description des signes de l'AVC observés, ainsi que l'âge et les antécédents médicaux de la personne, y compris les médicaments et les allergies. Les patients ayant subi un AVC aigu présumé qui sont potentiellement admissibles aux traitements en cas d'AVC aigu, tels que le t-PA ou le traitement endovasculaire, devraient être hautement priorisés lors du triage à l'urgence.

Malheureusement, selon les données de l'ICIS, de nombreuses victimes d'un AVC n'arrivent pas à l'hôpital assez tôt pour bénéficier de traitements sensibles au facteur temps. Seulement la moitié arrive moins de six heures après l'apparition des symptômes et moins de 40 % arrivent dans la fenêtre critique de quatre heures et demie, pendant laquelle le t-PA peut être administré. De plus, les victimes de l'AVC dans la vingtaine et la trentaine prennent plus de temps pour se rendre à l'hôpital, ce qui pourrait refléter le fait que plusieurs n'ont pas conscience que l'AVC peut survenir à tout âge, ainsi que le déni des signes de l'AVC.



COMPRENDRE CE QUI SE PASSE

Les personnes présumées victimes d'un AVC doivent être évaluées par tomodensitométrie cérébrale aussi rapidement que possible, dès leur arrivée à l'hôpital. Une analyse permettra de déterminer le type d'AVC (causé par un caillot ou un saignement) et de révéler si

le patient peut recevoir un traitement thrombolytique dans la fenêtre de quatre heures et demie. Les personnes souffrant d'un AVC grave causé par de plus gros caillots sanguins peuvent également être admissibles à de nouveaux traitements endovasculaires pour résorber les caillots, lesquels doivent être administrés dans les six heures après le début de l'AVC pour la plupart des patients.

Le tomodensitomètre permet de créer une image du cerveau à l'ordinateur, et les décisions de traitement importantes sont prises en fonction de ces résultats. Selon les meilleures pratiques, tous les patients doivent passer cet examen dès que possible après leur arrivée et dans les 24 heures. Les données de l'ICIS montrent que 94 % des personnes admises passent cet examen d'imagerie dans les 24 heures suivant leur arrivée à l'hôpital; celles qui arrivent par ambulance ont plus de chances de l'obtenir dans les 24 heures que celles qui ne sont pas reconduites en ambulance.

SUCCÈS DES SOINS CANADIENS DE L'AVC

UN PROJET PILOTE AIDE LES PERSONNES ÂGÉES À RÉDUIRE LEUR RISQUE DE SUBIR UN AVC À LA MAISON

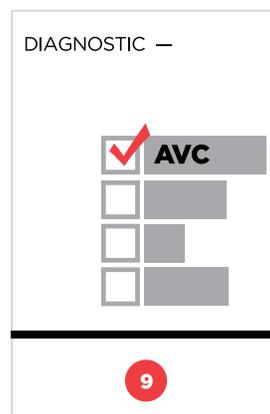
Les personnes âgées sont exposées à un risque accru de chutes, de maladies cardiovasculaires et de diabète, ce qui peut entraîner un nombre élevé d'appels aux SMU et de visites coûteuses au service des urgences. Prenant acte de cette lacune, l'Université McMaster, le service de santé publique d'Hamilton et des ambulanciers ont lancé le programme d'évaluation de la santé dans la collectivité par les SMU (CHAP-EMS). Ce projet pilote fournit des services communautaires de dépistage dans un groupe d'immeubles d'habitation où résident de nombreuses personnes âgées faisant souvent appel aux SMU.

Des ambulanciers spécialement formés dont les tâches habituelles sont modifiées pour cause de grossesse ou d'accident fournissent des séances hebdomadaires sans inscription, mesurent la pression artérielle et évaluent le risque de diabète, en plus de parler de prévention, y compris d'activités liées au mieux-être. Avec l'autorisation du patient, les renseignements recueillis sont transmis au médecin de famille. Une base de données portative personnalisée permet de recueillir des données sur la pression artérielle, le mode de vie et le niveau de risque cardiovasculaire.

Les résultats du projet pilote comprennent une diminution des appels aux SMU, des améliorations en matière de pression artérielle, une diminution du risque de diabète, ainsi que des changements positifs relatifs aux facteurs de risque modifiables, y compris sur le plan du régime alimentaire, du niveau d'activité physique, de la cessation du tabac et de la consommation d'alcool. Les chercheurs ont constaté que le programme a également eu des effets secondaires imprévus, mais souhaitables, comme le développement de la conscience communautaire et sociale.

Le projet est actuellement mis en œuvre dans huit sites (quatre d'intervention et quatre de contrôle) comptant une forte population de personnes de 65 ans et plus. Il est également question d'introduire d'autres régions de l'Ontario. La collecte de données cible notamment les résultats suivants : visites à l'hôpital, mortalité, crise cardiaque et AVC.

La réussite du programme découlerait de plusieurs facteurs : l'accessibilité, la fréquence des séances, la motivation et la participation des médecins de famille, et l'accessibilité des ambulanciers.



DIAGNOSTIC : AVC

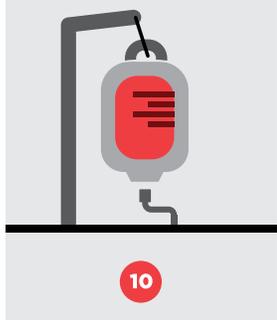
Selon les données des services d'urgence de l'ICIS, de toutes les personnes qui arrivent à l'hôpital en raison d'un AVC, 54 % des cas étaient ischémiques, 35 % étaient des AIT, et 11 % étaient hémorragiques.

La télé-AVC amène l'expertise au chevet des personnes des régions éloignées

Lorsque les spécialistes de l'AVC ne sont pas disponibles dans un établissement, les patients peuvent profiter de leurs connaissances par l'entremise de la télé-AVC, qui utilise divers moyens technologiques pour relier des établissements de santé et offrir aux victimes d'un AVC, peu importe où celles-ci se trouvent, un diagnostic et des recommandations ainsi que des services pour le traitement. Actuellement, la télé-AVC est surtout utilisée pour les cas urgents afin d'augmenter l'accès aux médicaments qui résorbent les caillots par la consultation avec des neurologues, une stratégie qui a démontré son efficacité jusqu'à présent. Il existe cependant d'excellentes possibilités d'utilisation à n'importe quel point dans le continuum de soins de l'AVC, y compris la prévention secondaire de l'AVC et la réadaptation. En outre, cette technologie permet l'accès à d'autres spécialistes, comme les orthophonistes.

La télé-AVC offre de nombreux bienfaits tant aux patients victimes d'un AVC qu'au système de santé, notamment la diminution des séquelles. Elle peut remédier aux inégalités régionales dans l'accès aux services spécialisés de l'AVC, ainsi que dans les normes de ces soins. Selon notre sondage, il s'agit d'un sujet de préoccupation important pour la population, et la plupart des répondants (80 %) croient que les habitants des centres urbains ont un meilleur accès aux soins de l'AVC que les habitants des régions plus rurales à travers le pays.

La télé-AVC peut également réduire les coûts des soins de santé et du soutien social à long terme. Bien qu'elle continue à se développer à travers le pays, il y a encore beaucoup de possibilités pour en optimiser l'utilisation afin d'accroître l'accès à des soins spécialisés de l'AVC pour tous les résidents.



UN TRAITEMENT EN TEMPS OPPORTUN PEUT SAUVER DES VIES

Il y a eu des petites et grandes améliorations dans les interventions de l'AVC au cours des dernières années. Les médicaments thrombolytiques tels que le t-PA, qui résorbent les caillots provoquant les AVC ischémiques, étaient révolutionnaires quand ils ont été introduits et ont grandement

amélioré les résultats pour les victimes de l'AVC. Bien qu'il soit possible d'améliorer l'accès au t-PA par l'entremise de la télé-AVC et d'autres initiatives, des progrès sont réalisés. Les données de l'ICIS révèlent que le nombre de patients

qui reçoivent ce médicament a connu une augmentation relative de 5 % au cours des deux dernières années.

Le délai entre l'arrivée à l'hôpital et l'injection des agents thrombolytiques

Malheureusement, trop peu de gens reçoivent un traitement à l'intérieur de la période recommandée, décrite comme le délai « entre l'arrivée et l'injection », c'est-à-dire entre l'arrivée à l'hôpital et le début du traitement avec le t-PA IV. Les données de l'ICIS révèlent que le temps médian de l'arrivée à l'injection est de 104 minutes, ce qui est trop long : la cible est de 30 minutes et le délai maximal recommandé est de 60 minutes après l'arrivée à l'hôpital pour les patients admissibles au t-PA IV. En utilisant une approche systématique d'amélioration de la qualité, cet objectif peut être atteint, comme cela a été réalisé à Calgary.

SUCCÈS DES SOINS CANADIENS DE L'AVC

Travailler ensemble afin de prodiguer des soins après un AVC partout au Nouveau-Brunswick

Depuis décembre 2014, les dix installations de la province équipées d'un tomodensitomètre ont mis en œuvre des services de télé-AVC offerts en tout temps. Les gens de partout dans la province ont ainsi accès à des soins d'urgence en cas d'AVC. La technologie de télésanté permet aux médecins du service des urgences de communiquer avec un neurologue à toute heure du jour. Il est ainsi possible d'amorcer rapidement le processus d'évaluation, de diagnostic et de traitement chez les patients ayant subi un AVC. Les protocoles sont offerts en anglais et en français, y compris les signes VITE de l'AVC (visage, incapacité, trouble de la parole, extrême urgence) dans le cadre des protocoles des SMU.

Afin de favoriser la réussite de la mise en œuvre du projet, plusieurs partenaires y ont participé depuis le début, notamment Ambulance Nouveau-Brunswick, le Réseau de santé Horizon, le Réseau de santé Vitalité, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (Nouveau-Brunswick), le ministère de la Santé et la Société médicale du Nouveau-Brunswick. La collaboration de différents partenaires, notamment le personnel médical, les techniciens informatiques et les gestionnaires, impliquait tout un travail de communication, de mobilisation, et surtout de compréhension des priorités de chacun. L'excellent niveau de coordination entre les services des urgences et l'imagerie médicale a permis de réduire le délai entre l'arrivée de l'ambulance et la tomodensitométrie cérébrale.

Enfin des soins d'urgence en cas d'AVC dans le nord du Manitoba

Un programme de télé-AVC a amélioré l'accès aux soins d'urgence en cas d'AVC dans le nord du Manitoba. Grâce à une technologie de télésanté, l'Hôpital général de Thompson est le premier site de télé-AVC et le quatrième emplacement prodiguant des soins de l'AVC dans la province, s'ajoutant ainsi au Centre des sciences médicales, à l'Hôpital général de Saint-Boniface, à Winnipeg, ainsi qu'à l'Hôpital général de Brandon.

Plusieurs comités ont été formés pendant l'étape de la planification, ce qui a permis de réaliser d'importants travaux préparatoires. L'équipe multidisciplinaire comprenait des partenaires représentant les SMU, des sites communautaires, le personnel des services des urgences, des technologues en tomodensitométrie cérébrale, des techniciens de laboratoire, des neurologues et la direction des établissements. Les travaux à l'échelon préhospitalier comprenaient l'élaboration d'un protocole relatif à l'AVC pour les SMU, incluant l'envoi d'un préavis au centre de traitement de l'AVC, ainsi qu'une carte des soins de l'AVC aigu visant à aider le personnel à dépister rapidement les patients présentant des signes de l'AVC, à les évaluer et à les transporter à l'Hôpital général de Thompson. Un protocole en cas d'AVC axé sur la rapidité d'intervention a été conçu pour le service des urgences de l'établissement. Il permet d'assurer une évaluation et un diagnostic rapides des patients. La mise en place de la technologie de télésanté (offerte en tout temps) permet, quant à elle, de communiquer en temps réel avec un neurologue de télé-AVC de Winnipeg lorsqu'un cas est pris en charge. Leadership in the North et Santé Manitoba ont également été des partenaires essentiels de la planification et de la mise en œuvre réussie du projet pilote.

Dans le cadre de la stratégie provinciale en matière d'AVC, la télé-AVC sera mise en place dans les hôpitaux équipés de tomodensitomètres de tous les offices régionaux de la santé de la province d'ici 2016.

UNE PERCÉE RÉVOLUTIONNAIRE DANS LE TRAITEMENT DE L'AVC

Le traitement endovasculaire est une procédure invasive minimale qui donne accès à plusieurs régions du corps à travers un grand vaisseau, et ce, en utilisant un dispositif spécial. Il s'agit d'un domaine qui a été en constante évolution dans le traitement de l'AVC ischémique au cours des dernières années, le Canada en étant l'une des forces dirigeantes.

Les résultats spectaculaires de l'essai ESCAPE, cofinancé par la Fondation, pourraient bien transformer la façon dont plusieurs AVC sont traités au pays et partout dans le monde. En effet, le nouveau traitement réduit de moitié le taux de mortalité attribuable à un AVC ischémique grave en plus d'améliorer de 30 % le taux de résultats positifs. Lors de l'essai, le caillot était localisé et retiré grâce à des techniques d'imagerie et de l'équipement de haute technologie, rétablissant ainsi le flux sanguin au cerveau.

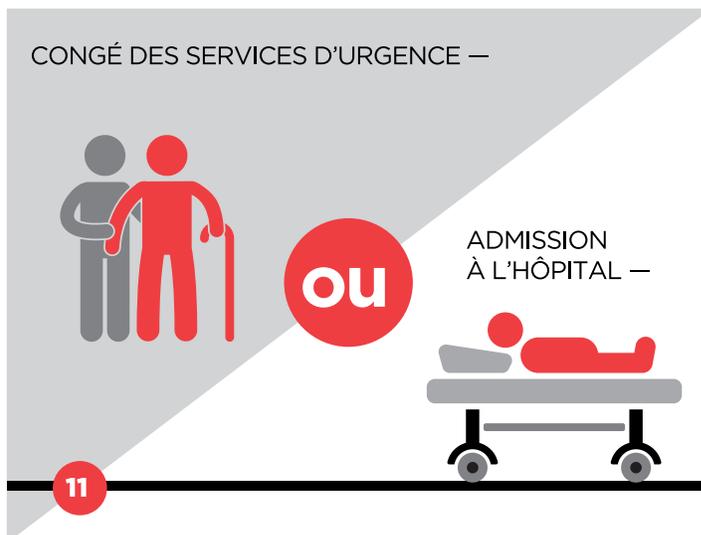
« La vitesse du traitement et le travail d'équipe ont contribué au succès de l'essai ESCAPE. Nous mettons l'accent sur ces deux facteurs majeurs afin de s'assurer que les patients sont traités rapidement et que les artères sont dégagés le plutôt possible », affirme le Dr Michael Hill.

La procédure utilisée par les médecins, appelée thrombectomie endovasculaire (TE), consiste à insérer un petit tube dans l'artère fémorale du patient et à l'amener jusqu'aux vaisseaux du cerveau en recourant aux rayons X pour le visualiser. Une endoprothèse récupérable est ensuite utilisée pour enlever le caillot. Même si la TE n'est pas une nouvelle intervention, l'essai clinique ESCAPE a testé son efficacité dans un nouveau modèle de soins basé sur :

- **Le diagnostic par imagerie** — des techniques d'imagerie novatrices ont été utilisées pour déterminer quels patients pouvaient bénéficier de la TE.
- **La rapidité** — une prise en charge bien coordonnée et le travail d'équipe ont joué un rôle essentiel pour assurer un traitement rapide.
- **Une technologie novatrice** — les rayons X sont utilisés pour amener l'endoprothèse au site de la lésion.

La Fondation a travaillé fort afin de faciliter la mise en application de ces résultats. Le traitement endovasculaire est maintenant intégré dans les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* avec une fenêtre de traitement de six heures dès l'apparition de l'AVC et pour la plupart des patients, faisant ainsi du Canada l'un des premiers pays à intégrer ce traitement dans son système de santé.

Les unités de soins de l'AVC complets de Montréal et d'Ottawa ont également amélioré leur temps de l'arrivée à l'injection. La réduction de ce délai est possible lorsque les dispensateurs de soins de santé reconnaissent que les soins de l'AVC sont urgents et mettent les processus appropriés en place; cela exige que les ambulanciers, les services d'urgence et les équipes de soins de l'AVC travaillent en collaboration et de façon parfaitement coordonnée.



APRÈS LE SERVICE D'URGENCE

Les hospitalisations en raison d'un AVC ont diminué dans certaines provinces, en partie parce que plus de services sont disponibles dans la collectivité pour les personnes ayant subi un AVC léger. Selon les dernières données de l'ICIS, un tiers des patients victimes de l'AVC sont renvoyés chez eux du service d'urgence et les deux autres tiers sont admis à l'hôpital. Tous ceux qui obtiennent leur congé directement au service des urgences (par exemple, ceux qui ne sont pas admis à l'hôpital) doivent être orientés vers une clinique de prévention de l'AVC afin de recevoir un suivi, d'être évalués de nouveau et d'être pris en charge, ce qui comprend la réadaptation, si nécessaire.

Même si les personnes qui ne sont pas admises à l'hôpital devraient être envoyées dans un service de prévention de l'AVC, moins de la moitié le sont. Recevoir un plan individualisé et un suivi coordonné aide les victimes à gérer leurs facteurs de risque et réduit le risque de récurrence. Cela est particulièrement important, puisque les 90 premiers jours représentent une période à haut risque de récurrence, en particulier les deux premières semaines, au cours desquelles le risque est le plus élevé. Ce manque de suivi de tous les patients dans la collectivité est une lacune importante dans les soins de l'AVC.

QUE SAIT LA POPULATION AU SUJET DES FACTEURS DE RISQUE D'AVC?

Lorsqu'on a demandé aux répondants de notre sondage de déterminer les principaux facteurs de risque d'AVC, étonnamment, seulement un tiers a indiqué le tabagisme, un quart l'alimentation, un autre quart la sédentarité et un cinquième l'obésité. Bien que l'ensemble de ces résultats montre que les gens ne sont généralement pas conscients des facteurs de risque d'AVC, il est particulièrement préoccupant que seulement un cinquième a noté l'hypertension comme principal facteur de risque, ce qui est le cas.

Lorsqu'on leur a demandé la chose la plus importante qu'ils peuvent faire personnellement pour aider à réduire leur risque d'AVC, les trois premières réponses étaient : faire plus d'exercice, manger mieux et cesser de fumer.

Au pays, neuf personnes sur dix ont au moins un facteur de risque d'AVC. **Voici les mesures à prendre pour les facteurs que vous pouvez contrôler :**

- Connaissez et maîtrisez votre pression artérielle.
- Ayez un régime alimentaire sain. Mangez de cinq à dix portions de légumes et fruits chaque jour.
- Atteignez et conservez un poids sain, et surveillez votre tour de taille. Selon les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, le tour de taille doit être inférieur à 88 centimètres pour les femmes et à 102 centimètres pour les hommes.

- Faites de l'activité physique. Essayez de faire au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse chaque semaine par périodes de dix minutes ou plus.
- Si vous choisissez de consommer de l'alcool, faites-le avec modération. Les femmes ne doivent pas prendre plus de deux consommations par jour, pour un maximum hebdomadaire de dix. Les hommes ne doivent pas prendre plus de trois consommations par jour, pour un maximum hebdomadaire de quinze.
- Vivez sans fumée.
- Surveillez votre diabète si vous en souffrez.
- Maîtrisez votre cholestérol sanguin.
- Faites attention à votre pouls. Renseignez-vous sur la fibrillation auriculaire auprès de votre médecin.
- Réduisez votre stress. Trouvez ce qui le cause, parlez-en à vos amis et à votre famille, et n'oubliez pas de prendre du temps pour vous.

Voici les facteurs de risque que vous ne pouvez pas maîtriser :

- Âge;
- Sexe;
- Antécédents familiaux;
- Origine ethnique;
- Antécédents d'AVC ou d'AIT.

SUCCÈS DES SOINS CANADIENS DE L'AVC

LA FORCE DES CHIFFRES : L'UTILISATION DES DONNÉES POUR AMÉLIORER LES SOINS DE L'AVC PARTOUT AU QUÉBEC

Une initiative novatrice de collaboration est en cours au Québec afin d'aider les patients ayant subi un AVC ischémique à être traités plus vite et à améliorer leur rétablissement. Elle fait appel à une méthodologie de collecte de données et d'analyse comparative, déjà utilisée dans un projet sur les personnes ayant subi une crise cardiaque, visant à favoriser les pratiques exemplaires en matière de soins de l'AVC.

Dix bibliothécaires préposés aux dossiers médicaux, travaillant de manière autonome, examinent les dossiers pertinents provenant de tous les centres hospitaliers de la province qui ont compté au moins 20 admissions liées à l'AVC en une année. Les résultats sont compilés dans un site Web central sécurisé. Les données des dossiers médicaux seront liées à de l'information provenant de bases de données administratives sur la préhospitalisation et l'hospitalisation. Grâce au couplage des données, les chercheurs sont à même de mesurer différents délais tout au long du processus de soins, comme le délai entre l'appel au 9-1-1 et l'arrivée à l'hôpital, le triage au service des urgences, la tomodensitométrie cérébrale et la thrombolyse. Les chercheurs examinent aussi les réadmissions à l'hôpital, les services médicaux facturés, et les décès après un AVC.

En tout, la collecte rassemble des données provenant de 79 hôpitaux sur 3 500 patients ayant obtenu leur congé après un AVC ischémique pendant une période de six mois (octobre 2013 à mars 2014). Les chercheurs préparent actuellement un rapport préliminaire basé sur des renseignements provenant des quatre hôpitaux de soins tertiaires que compte la province. Le rapport final fournira une image détaillée et impartiale du système de soins de l'AVC ischémique au Québec et comportera des recommandations d'amélioration à l'échelon du système.

L'IMPACT CONCRET DE LA RECHERCHE FINANCÉE PAR LA FONDATION

<p>2015</p> <p>L'essai clinique international ESCAPE, dirigé au pays et cofinancé par la Fondation, a mis en lumière des résultats remarquables dans le traitement des AVC graves causés par des caillots sanguins. Cette percée représente l'un des progrès les plus importants réalisés dans le domaine du traitement de l'AVC depuis vingt ans.</p>	<p>2015</p> <p>La Fondation a cofinancé les travaux du Dr Michael Tymianski, qui ont débouché sur la découverte du NA-1, un médicament neuroprotecteur prometteur pouvant limiter les dommages au cerveau liés à un AVC aigu. Le médicament de l'essai FRONTIER a commencé à être testé en mars 2015.</p>	<p>2014</p> <p>La Fondation a appuyé des projets de recherche qui ont permis d'améliorer la surveillance cardiaque et ainsi de mieux détecter la fibrillation auriculaire, un facteur de risque d'AVC.</p>	<p>2011</p> <p>Un rapport se basant sur le contrôle de l'AVC partout au pays et sur un sondage portant sur la disponibilité de services de l'AVC, <i>La qualité de soins de l'AVC au Canada</i>, qui est dirigé en collaboration avec la Fondation, a été publié. La Fondation produit des rapports annuels sur l'AVC en se basant sur des sources de données afin de surveiller l'offre de soins de l'AVC.</p>
<p>2010</p> <p>L'étude INTERSTROKE, cofinancée par la Fondation, a déterminé les dix facteurs de risque auxquels 90 % des AVC ischémiques et hémorragiques intracérébraux sont attribuables à l'échelle mondiale.</p>	<p>2006</p> <p>La Fondation a codirigé l'élaboration des <i>Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC</i> afin d'augmenter le niveau de consistance et de normalisation des soins de l'AVC au pays.</p>	<p>2003</p> <p>La Fondation a dirigé l'élaboration de la Stratégie canadienne de lutte contre l'AVC, qui a révolutionné la prévention, le traitement et les soins de l'AVC.</p>	<p>2000</p> <p>Un projet financé par la Fondation démontre pour la première fois que les inhibiteurs de l'ECA réduisent considérablement le risque de crise cardiaque et d'AVC.</p>
<p>1999</p> <p>Des chercheurs de la Fondation militent avec succès en faveur de l'accès au t-PA, médicament qui dissout les caillots et peut annuler les effets d'un AVC.</p>	<p>1997</p> <p>Des travaux financés par la Fondation permettent de cartographier le génome humain et de déceler plus de 84 000 séquences d'ADN liées aux maladies du cœur et à l'AVC.</p>	<p>1983</p> <p>Le Dr Robert Côté, chercheur subventionné par la Fondation, met au point l'Échelle neurologique canadienne, un outil clinique permettant de mesurer le déficit neurologique à la suite d'un AVC aigu. L'échelle est désormais utilisée au Canada et partout dans le monde.</p>	<p>1976</p> <p>Le Dr Henry Barnett a dirigé le premier essai clinique portant sur l'utilisation de l'aspirine dans la prévention de l'AVC. Il a joué un rôle essentiel dans l'augmentation du financement consacré à la recherche sur l'AVC.</p>

RENFORCEMENT DES SOINS DE L'AVC À TRAVERS LE PAYS

Qu'est-ce que la population peut faire?

Sachez reconnaître les signes de l'AVC et agissez VITE. Vous pouvez obtenir de l'information au sujet de la campagne de sensibilisation VITE sur le [site Web](#) de la Fondation, ou encore commander ou télécharger [en ligne](#) des ressources pour votre famille, vos amis ou vos patients.

Informez-vous et agissez.

- **Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral : Un guide à l'intention des survivants de l'AVC** est un guide complet destiné aux survivants d'un AVC et à leur famille pour les aider à comprendre les effets de l'AVC et à prendre leur rétablissement en main. Disponible en version [électronique](#) ou imprimée.
- **Prendre en main son rétablissement : Votre cheminement après un accident vasculaire cérébral** est

un guide à l'intention des survivants de l'AVC et de leur famille qui explique les recommandations clés pour les soins de l'AVC. Disponible en version [électronique](#).

- La **Liste de contrôle post-AVC** pour les médecins et les patients est un guide facile à utiliser pour vous assurer que les différents facteurs importants pour la prévention de l'AVC et le suivi des patients sont évalués. Disponible en version [électronique](#).
- Les **Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC** offrent des lignes directrices complètes pour les professionnels de la santé qui travaillent avec les victimes de l'AVC et leur famille. Des ressources éducatives destinées aux patients et aux professionnels ont aussi été élaborées. Disponible sur le site [pratiquesoptimales.ca](#).

Des outils électroniques sur la santé sont disponibles sur le site Web de la Fondation :

- Évaluez votre risque avec l'outil d'**Évaluation du risque cardiovasculaire** de la Fondation
- Prenez en charge votre pression artérielle à l'aide de **Mon Plan d'action de tension artérielle**.

Qu'est-ce que les décideurs des gouvernements et du système de santé peuvent faire?

- Soutenir les campagnes de sensibilisation VITE dans chaque province et territoire afin que tous les résidents soient en mesure de reconnaître les signes de l'AVC et sachent qu'ils doivent immédiatement composer le 9-1-1 ou appeler les SMU.
- Jouer un rôle de premier plan dans les soins de l'AVC ainsi que financer et soutenir les stratégies provinciales en matière d'AVC, qui tirent profit des **Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC** de la Fondation.
- Dans les provinces et les territoires qui n'ont pas de stratégie en matière d'AVC, le gouvernement, en collaboration avec les autorités régionales, doit élaborer une stratégie complète, qui inclut une approche intégrée couvrant la prévention, le traitement, la réadaptation et une nouvelle participation communautaire.
- Soutenir la création de systèmes coordonnés de soins de l'AVC, y compris des unités et des équipes de soins de l'AVC.
- Mettre en œuvre et soutenir des systèmes 9-1-1 partout dans chaque province afin de s'assurer que tous les résidents ont accès en temps opportun à des services qui sauvent des vies. Réduire les obstacles financiers aux SMU à travers le pays.
- Établir des systèmes régionaux coordonnés de déviation afin que les SMU puissent contourner les hôpitaux n'offrant pas de soins de l'AVC, et transporter en temps opportun les personnes victimes d'un AVC aux établissements où le niveau de soins répond à leurs besoins.

- Élargir l'infrastructure et l'utilisation de la télé-AVC afin d'offrir à toute la population, y compris les personnes qui résident dans une région rurale ou éloignée, un accès optimal aux services de l'AVC dans le continuum de soins complet (diagnostic, traitement, réadaptation et prévention).
- Développer l'accès aux services ambulatoires de l'AVC, y compris les cliniques de prévention et les programmes communautaires de réadaptation.
- Élaborer des systèmes de surveillance provinciale coordonnés et détaillés ainsi que d'autres données et infrastructures de renseignements qui permettent un suivi continu pour combler les lacunes dans le système, allant de la prévention jusqu'à la réadaptation en passant par le traitement et les soins.

Que peuvent faire les dispensateurs de soins?

- Offrir une formation à tous les membres du personnel médical d'urgence afin qu'ils puissent reconnaître les signes de l'AVC et exécuter les protocoles de soins de l'AVC.
- Mettre en œuvre les **Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC** de la Fondation.
- Promouvoir et mettre en œuvre des systèmes coordonnés de soins de l'AVC au sein d'équipes interdisciplinaires à travers le continuum de soins commençant par les SMU et la prévention primaire.
- Placer les patients, leur famille et leurs aidants au centre de la prestation des soins de l'AVC afin d'accroître la satisfaction du patient et d'améliorer les résultats.
- Jouer un rôle de premier plan et promouvoir l'amélioration des systèmes de soins de l'AVC, permettant à tous les patients de recevoir des soins optimaux, peu importe l'endroit où ils résident.
- Recueillir des données continues sur tous les aspects de soins de l'AVC pour aider à l'amélioration de la route.

*Sauf indication contraire, le terme AVC tout au long du rapport comprend tous les accidents vasculaires cérébraux ischémiques et hémorragiques ainsi que les accidents ischémiques transitoires (AIT ou mini-AVC).

SOURCES DE DONNÉES :

**Institut canadien d'information sur la santé :

- Base de données sur les congés comprenant toutes les personnes victimes de l'AVC admis à un hôpital au Canada (sauf au Québec) d'avril 2003 à mars 2014, avec un diagnostic principal d'AVC ischémique, d'AIT, d'hémorragie intracrânienne ou d'hémorragie méningée. Total des cas disponibles = 425 799.
- Le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) comprend les données de personnes victimes de l'AVC dans les services d'urgence de tous les hôpitaux de l'Ontario, de tous ceux de l'Alberta (2010-2013), ainsi que de certains hôpitaux de la Nouvelle-Écosse (2003-2013), de l'Île-du-Prince-Édouard (2003-2013), du Manitoba (2009-2013), de la Saskatchewan (2011-2013) et de la Colombie-Britannique (2003-2009). Total des cas disponibles = 279 462.

***Les données des services médicaux d'urgence contiennent quatre intervalles de temps clés au cours de la réponse des services ambulanciers à des appels de cas urgents d'AVC. Les données ont été fournies par les services paramédicaux qui ont accès aux systèmes de suivi électronique de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard. Terre-Neuve-et-Labrador ne recueille pas de données en format électronique sur le temps de réponse des services paramédicaux. Les données pour le Québec ne sont pas actuellement disponibles.

****Le sondage sur les signes de l'AVC de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC a été mené par Environics Research Group. Un total de 2 888 Canadiens et Canadiennes de 18 ans et plus ont été interrogés par téléphone du 2 au 15 mars 2015. Une enquête de cette ampleur donne des résultats qui sont précis à plus ou moins 1,8 point, 19 fois sur 20.