

Proposition à : *Canadian Journal of Neurosciences*

Type de proposition : Fichier supplémentaire de lignes directrices de pratique clinique

Date de la proposition : 13 mai 2021; Revised January 2022

Titre : Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Mise à jour 2020 des Lignes directrices de pratiques optimales relatives à la prévention secondaire de l'AVC, septième édition, fichiers supplémentaires

Auteurs : *David J. Gladstone (président, auteur principal), M. Patrice Lindsay (auteure ressource), James Douketis, Eric E. Smith, Dar Dowlathshahi, Theodore Wein, Aline Bourgoin, Jafna Cox, John B. Falconer, Brett R. Graham, Marilyn Labrie, Lena McDonald, Jennifer Mandzia, Daniel Ngui, Paul Pageau, Amanda Rodgerson, William Semchuk, Tammy Tebbut⁸, Carmen Tuchak, Stephen van Gaal, Karina Villaluna, Norine Foley, Shelagh Coutts, Anita Mountain, Gord Gubitz, Jacob A. Udell, Rebecca McGuff, Manraj K.S. Heran, Pascale Lavoie et Alexandre Y. Poppe (coprésident, auteur en chef); au nom du Comité consultatif canadien sur les recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, en collaboration avec le Consortium neurovasculaire canadien.*

Annexes : 4

- 1. Définitions**
- 2. Épreuves de laboratoire**
- 3. Sommaire de la prise en charge périopératoire des antithrombotiques**
- 4. Éléments fondamentaux de la prévention secondaire de l'AVC**

Auteure-ressource :

M. Patrice Lindsay, I.A., Ph. D., FWSO
Directrice de rédaction, Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC
Directrice, Changements des systèmes de santé
Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada
Tél. : +1 647 528 4361 Courriel : patrice.lindsay@heartandstroke.ca

Canadian Stroke Best Practice Recommendations Secondary Prevention of Stroke ~ Seventh Edition Update 2020

Annexe 1

Descriptions et définitions

Portée du chapitre sur la prévention secondaire de l'AVC

Le chapitre se concentre sur la réduction du risque d'AVC récidivant chez les patients ayant subi un premier AVC ou un premier AIT. Dans certains cas, ce chapitre guidera les prestataires de soins en fournissant des orientations basées sur l'état de santé actuel du patient et la présence significative d'un ou plusieurs facteurs de risque vasculaire chez les personnes à risque élevé d'AVC ou d'AIT.

La prévention primaire et la réduction de la prévalence des facteurs de risque dans la population générale ne sont pas les principaux objectifs des *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*; par conséquent, seules certaines recommandations qui ont trait à la prévention primaire s'y trouvent. Un ensemble complet de recommandations pour la prévention primaire sont reprises dans des directives de grande qualité mises au point par d'autres organisations (comme la Société canadienne de cardiologie, les directives de pression artérielle d'Hypertension Canada, les lignes directrices du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs et les Directives canadiennes en matière d'activité physique).

Prévention primaire

La prévention primaire peut être une approche basée sur la population pour prévenir les maladies au sein des communautés ou une approche clinique et personnalisée visant la prévention de la maladie. Elle est axée sur la prévention de la première apparition d'un trouble de la santé chez des sujets autrement en bonne santé. La prévention primaire peut être mise en œuvre dans le contexte de soins primaires; le médecin, l'infirmière praticienne, les infirmières de l'équipe, l'adjoint au médecin, le pharmacien ou le patient peuvent amorcer une discussion sur la réduction des risques de maladies du cœur, d'AVC et de déficits cognitifs d'origine vasculaire. À l'échelle de la population, elle se traduit par des campagnes de sensibilisation et par la prise de mesures législatives et réglementaires.

Les recommandations en matière de prévention primaire et de promotion de la santé relatives aux maladies du cœur, à l'AVC, à l'AIT, aux déficits cognitifs d'origine vasculaire et aux maladies vasculaires périphériques soulignent l'importance du dépistage, du suivi et du traitement des patients à haut risque d'un premier événement clinique. Les principaux axes de prévention ciblent le mode de vie (alimentation saine, activité physique, abandon du tabac, réduction du stress et limitation de la consommation d'alcool et de drogues récréatives) et le dépistage et la prise en charge des facteurs de risque médicaux (hypertension, dyslipidémie, diabète et fibrillation auriculaire).

La mise en œuvre des stratégies de prévention primaire devrait idéalement faire participer le patient à la prise des décisions de traitement afin que ses objectifs soient pris en compte.

La prévention primaire comprend également l'élaboration de mesures visant à améliorer la santé de la population, comme des politiques qui créent des environnements facilitant les choix sains (p. ex., les lois antitabac, le Guide alimentaire canadien révisé et les politiques qui appuient le transport actif et le transport en commun). Des organismes de promotion de la santé, comme Cœur + AVC, la Société canadienne de cardiologie, l'Association pulmonaire du Canada, la Société canadienne du cancer, Thrombose Canada, Hypertension Canada, Diabète Canada, la Société Alzheimer du Canada, Santé Canada, ainsi que des organismes provinciaux et nationaux de santé publique, jouent souvent un rôle prépondérant dans la mise en œuvre de ces stratégies.

Prévention secondaire

La prévention secondaire est une approche clinique individualisée visant à réduire le risque de récurrence d'épisode vasculaire chez les personnes qui ont subi un AVC, une angine de poitrine, un AIT, un infarctus du myocarde, une insuffisance cardiaque, des anomalies du rythme cardiaque, une cardiopathie structurelle, un déficit cognitif d'origine vasculaire ou une maladie vasculaire périphérique.

Les recommandations en matière de **prévention secondaire** portent sur la réduction des facteurs de risque et ont fait leurs preuves en matière de réduction de la récurrence des affections vasculaires et de prolongation de l'espérance de vie. Elles ciblent notamment le mode de vie (alimentation saine, réduction de l'apport en sodium, augmentation de l'activité physique, maintien d'un poids santé, abandon du tabac et modération de la consommation d'alcool) et la prise en charge de maladies comme l'hypertension artérielle, la dyslipidémie et la prise en charge du rythme cardiaque (p. ex., la fibrillation auriculaire). Ces recommandations peuvent servir dans différents milieux de soins : les soins actifs, les cliniques de prévention des maladies vasculaires (pour l'ensemble des maladies vasculaires ou pour plus particulièrement l'AVC, l'insuffisance cardiaque ou les suites d'un infarctus du myocarde) et les milieux de soins extrahospitaliers. Ce type de prévention s'adresse aux patients qui ont d'abord été vus en soins primaires, à ceux qui ont été soignés dans un service d'urgence et ont reçu leur congé et à ceux qui reçoivent un traitement en milieu hospitalier en raison d'une angine de poitrine, d'un infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque, d'anomalies du rythme cardiaque, d'une cardiopathie structurelle, d'un AVC, d'un AIT, d'un déficit cognitif d'origine vasculaire ou d'une maladie vasculaire périphérique.

Il faut appliquer les recommandations en matière de prévention secondaire de l'AVC tout au long de la phase de rétablissement, y compris durant la réadaptation à l'hôpital ou en consultation externe, la réintégration dans la communauté et le suivi régulier effectué par les praticiens de soins primaires. La prévention secondaire devrait être abordée à chaque consultation médicale, de façon continue en cas d'angine de poitrine, d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque, d'anomalies du rythme cardiaque, de cardiopathie structurelle, d'AVC, d'AIT, de déficit cognitif d'origine vasculaire ou de maladie vasculaire périphérique.

Accident ischémique transitoire (AIT)

L'accident ischémique transitoire (souvent appelé « mini-AVC ») est un diagnostic clinique qui désigne un bref épisode de dysfonctionnement neurologique causé par l'ischémie focale d'une partie du cerveau, de la rétine ou de la moelle épinière, avec des symptômes cliniques et une absence d'infarctus cérébral à l'imagerie (Easton, 2009; Sacco et coll., 2013). L'accident ischémique transitoire et l'AVC ischémique aigu mineur s'inscrivent dans un continuum. Les symptômes de l'accident ischémique transitoire disparaissent complètement en 24 heures (généralement en une heure). Des symptômes qui persistent au-delà de 24 heures seraient considérés comme des symptômes d'AVC et non d'accident ischémique transitoire. Un accident ischémique transitoire est important, car il peut être un avertissement d'un épisode futur d'AVC. Les patients et les professionnels de la santé devraient réagir à un accident ischémique transitoire aigu comme une urgence potentielle.

L'AIT et l'AVC ischémique aigu mineur suivent un continuum, que la durée des symptômes à elle seule ne permet pas de les distinguer.

AVC mineur

Un AVC ischémique mineur (aussi parfois appelé AVC léger ou non invalidant) désigne un infarctus cérébral généralement peu étendu, associé à des déficits cliniques ou des incapacités de moindre sévérité, et qui ne requiert pas nécessairement d'hospitalisation.

Remarque : À des fins pratiques, les personnes présentant des symptômes d'AIT ou d'AVC mineur devraient toutes faire l'objet des processus d'évaluation, de diagnostic et de prise en charge décrits

dans ce chapitre. La différence entre un AIT et un AVC mineur est moins pertinente, et toute prise en charge devrait tenir compte des antécédents cliniques, du tableau clinique et de l'imagerie diagnostique. Les données probantes actuelles ont montré qu'au moins 20 % des personnes présentant un AIT subiront un AVC plus grave à une date ultérieure, ce qui souligne la nécessité d'une prévention secondaire vigoureuse ciblant ce groupe (NEJM, 2016).

AVC ischémique

Un AVC ischémique est un épisode de dysfonctionnement neurologique causé par la mort cellulaire focale de cellules cérébrales, médullaires ou rétiniennes, attribuable à une ischémie (blocage d'une artère ou d'une veine), d'après des données probantes pathologiques, d'imagerie ou d'autres données probantes objectives (cliniques) d'une lésion ischémique focale du cerveau, de la colonne vertébrale ou de la rétine, d'après des symptômes persistant au moins 24 heures ou jusqu'au décès, ou jusqu'à ce que d'autres étiologies aient été exclues (Sacco et coll., 2013).

Thrombose sinoveineuse cérébrale (TSVC)

Une thrombose sinoveineuse cérébrale (TSVC) est un infarctus ou une hémorragie dans le cerveau, la moelle épinière ou la rétine, causée par une thrombose d'une structure veineuse cérébrale. Les signes ou les symptômes causés par un œdème réversible sans infarctus ni hémorragie ne sont pas considérés comme un AVC (Sacco et coll., 2013).

AVC cryptogénique

L'AVC cryptogénique est défini comme un infarctus cérébral qui n'est pas clairement attribuable à une cardioembolie nettement définie, une athérosclérose des grandes artères, une maladie des petites artères ou une autre cause connue malgré des recherches approfondies (Saver et coll., 2017). Ce groupe représente 25 à 40 % de tous les AVC (Saver, 2016; Yaghi et coll., 2017).

AVC embolique d'origine indéterminée L'AVC embolique d'origine indéterminée désigne une sous-catégorie d'AVC cryptogéniques qui représentent de 9 à 25 % des AVC ischémiques et qui répondent aux critères suivants (Tsvigoulis et coll., 2017; Ntaios, JACC 2020 [17 %]) :

- infarctus cérébral aigu visualisé en neuroimagerie; sans lacune sous-corticale <1,5 cm;
- absence de sténose des vaisseaux athérosclérotiques proximaux >50 %;
- aucune fibrillation auriculaire ni autre origine cardioembolique à risque majeur;
- aucune autre cause probable d'AVC (p. ex., dissection, artérite, cancer).

Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC

Prévention secondaire de l'AVC ~ septième édition, mise à jour 2020

Annexe 2

Épreuves de laboratoire recommandées pour les patients présentant un AVC en phase aiguë ou un AIT*

Remarque : La liste présente les épreuves de laboratoire recommandées pour l'évaluation initiale des patients ayant subi un AVC et un AIT. Il faut tenir compte du tableau clinique, du jugement professionnel et des protocoles en vigueur en matière d'AVC au sein de l'établissement au moment de choisir les épreuves de laboratoire et les dates de leur réalisation.

Épreuves de laboratoire recommandées chez les patients ayant subi un AVC et un AIT		
Formule sanguine complète	Rapport international normalisé (RIN)	Temps de thromboplastine partielle (TTP)
Électrolytes	Créatinine et débit de filtration glomérulaire (eGFR)	Enzymes hépatiques (p. ex., AST, ALT)
Glycémie aléatoire ou taux d'HbA1c	En mesurant la glycémie à jeun ou au bout de 2 heures, ou le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c), ou l'hyperglycémie provoquée par voie orale à 75 g	Profil lipidique (jeûne facultatif et décision fondée sur les facteurs du patient)

Autres épreuves de laboratoire à envisager dans des circonstances particulières

Remarque : Il convient de tenir compte de la spécificité de chaque patient. D'autres épreuves sont parfois nécessaires pour bien comprendre leur situation clinique. Les épreuves ci-dessous ne sont pas indiquées chez de nombreux patients ayant subi un AVC; il faut les envisager chez certains patients seulement en fonction du tableau clinique et des antécédents médicaux.

Épreuves de laboratoire facultatives			
Calcium, magnésium, phosphate		Si la femme a moins de 50 ans, envisager un test de grossesse	Hémocultures si une infection est soupçonnée (selon le protocole de l'établissement)
VS		Protéine C-réactive (PCR)	Troponine, si indiquée
Dépistage de drogues dans le sang ou l'urine		Sérologie du VIH et de la syphilis, si indiquée	
Dépistage de la thrombophilie – à envisager chez certains patients <i>uniquement s'il y a une indication clinique</i>			
<i>Consultation recommandée avec un spécialiste de la thrombose pour évaluer l'état d'hypercoagulation</i>			
Anticorps anti-cardiolipine, bêta-2-glycoprotéine	Anticoagulant de type lupique	Dépistage de l'anémie falciforme	Homocystéine sérique et vitamine B12
Test de thrombose veineuse – à envisager chez certains patients <i>uniquement s'il y a une indication clinique</i>			
<i>Consultation recommandée avec un spécialiste de la thrombose pour évaluer l'état d'hypercoagulation</i>			
Protéine S		Protéine C	Mutation du facteur V de Leiden

Mutation du gène de la prothrombine	Antithrombine III
Considérations particulières, notamment chez les jeunes adultes et les enfants victimes d'un AVC, en l'absence d'étiologie déterminée <i>(Veuillez noter qu'il n'y a pas suffisamment de données probantes pour ces épreuves, et qu'elles sont à envisager uniquement pour certains patients ayant subi un AVC, en fonction du tableau clinique et des antécédents médicaux). Il est recommandé de consulter un hématologue ou un neurologue.</i>	
Envisager une ponction lombaire pour analyser le liquide céphalorachidien (LCR) (numération des globules blancs et formule leucocytaire, protéines, glucose, études bactériennes et virales; éventuellement cytologie/cytométrie en flux si possibilité de lymphome du système nerveux central)	Biopsie du cerveau (si l'on soupçonne une vasculite du système nerveux central ou un lymphome angiocentrique)
Angiographie cérébrale par cathéter	Tests génétiques supplémentaires – CADASIL, Fabry's, MELAS

Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC

Prévention secondaire de l'AVC ~ septième édition, mise à jour 2020

Annexe 3

Suggestions de prise en charge du traitement antiplaquettaire pour la chirurgie non urgente

Légende : AAS : acide acétylsalicylique

Situation clinique	Suggestions de prise en charge pré et postopératoire
Patient recevant de l'AAS seulement et devant subir une intervention chirurgicale non cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> interrompre l'AAS de 7 à 10 jours avant l'intervention chez la plupart des patients; la reprendre de 5 à 7 jours après l'intervention; envisager de poursuivre l'AAS, sans interruption, chez les patients ayant déjà subi un AVC ou ayant une endoprothèse coronaire; poursuivre l'AAS, sans interruption, chez les patients devant subir une endartériectomie carotidienne.
Patient recevant de l'AAS seulement et devant subir un pontage aorto-coronarien (PAC)	<ul style="list-style-type: none"> poursuivre l'AAS avant et après le pontage aorto-coronarien, sans interruption*.
Patient recevant de l'AAS et du clopidogrel et devant subir une intervention chirurgicale non cardiaque**	<ul style="list-style-type: none"> poursuivre l'AAS avant et après l'intervention, sans interruption*; interrompre le clopidogrel de 5 à 7 jours avant l'opération et le reprendre de 1 à 2 jours après.
Patient recevant de l'AAS et du clopidogrel et devant subir un pontage aorto-coronarien	<ul style="list-style-type: none"> poursuivre l'AAS avant et après l'intervention, sans interruption*; interrompre le clopidogrel au moins 5 jours avant l'intervention; reprendre le clopidogrel de 1 à 2 jours après l'intervention.
Patient recevant de l'AAS et du ticagrelor et devant subir une intervention chirurgicale non cardiaque ou un pontage aorto-coronarien	<ul style="list-style-type: none"> poursuivre l'AAS avant et après l'intervention, sans interruption*; interrompre le ticagrelor au moins 2 jours avant l'intervention; reprendre le ticagrelor 1 à 2 jours après l'intervention.
Patient recevant de l'AAS et du prasugrel et devant subir une intervention chirurgicale non cardiaque ou un pontage aorto-coronarien	<ul style="list-style-type: none"> poursuivre l'AAS avant et après l'intervention, sans interruption*; interrompre le prasugrel de 7 à 10 jours avant l'intervention; reprendre le prasugrel 1 à 2 jours après l'intervention.

* *Poursuivre l'AAS, sans interruption** : autrement dit, prendre l'AAS le jour de l'intervention et le premier jour postopératoire, bien que certaines circonstances peuvent empêcher de procéder de cette façon (par exemple, le

patient est incapable de prendre des médicaments par voie orale); dans ces cas, la prise en charge est laissée au clinicien traitant, qui a la possibilité d'administrer de l'AAS par voie rectale.

*** Patient recevant de l'AAS et du clopidogrel et devant subir une intervention chirurgicale non cardiaque** : la prise en charge doit être adaptée aux circonstances individuelles en fonction de l'indication clinique du traitement antiplaquettaire à double modalité et, généralement, nécessite la consultation d'autres spécialistes, par exemple un cardiologue pour les patients ayant une endoprothèse coronarienne.*

Chez les patients qui prennent de l'Aggrenox (AAS et dipyridamole) en raison d'un AVC antérieur et qui subissent une endartériectomie carotidienne, le traitement par Aggrenox peut être poursuivi sans interruption; l'Aggrenox peut également être suspendu le jour de l'intervention pour éliminer l'effet antiplaquettaire supplémentaire du dipyridamole tout en conservant l'effet antiplaquettaire de l'AAS.

Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC Prévention secondaire de l'AVC ~ septième édition, mise à jour 2020

ANNEXE 4 :

Éléments fondamentaux des services de prévention secondaire de l'AVC

Un élément essentiel de la prévention secondaire de l'AVC est l'accès à des services spécialisés en prévention de l'AVC, idéalement fournis dans une clinique vouée à la prévention de l'AVC. Les cliniques de cette catégorie (ou autres cliniques, services ou modèles de soins pour la prévention des maladies vasculaires similaires) s'appuient sur une approche interdisciplinaire complète afin d'assurer la prévention d'un premier AVC ou d'une récurrence : elles effectuent des évaluations détaillées par un éventail de spécialistes de diverses disciplines, offrent l'accès en temps opportun à des services de dépistage diagnostique et à des interventions, et renseignent les patients et familles. Elles favorisent également la continuité des soins entre les établissements de soins actifs, les services de réadaptation, le patient, sa famille et ses aidants, les dispensateurs de soins de première ligne et les autres dispensateurs de soins communautaires.

En 2016, la fondation a réalisé un inventaire des services de prévention de l'AVC, qui a permis de recenser 123 services de prévention de l'AVC au pays. Les services étaient offerts dans chaque province, mais comportaient des différences considérables sur le plan des éléments structurels (modèles de soins, heures de fonctionnement, membres des équipes de prévention de l'AVC et disponibilité des services de diagnostic), des éléments de procédure (délais d'attente pour un rendez-vous ou pour accéder à des services comme l'imagerie et la surveillance par Holter) et des résultats (contrôle de la qualité des soins et taux de récurrence de l'AVC).

L'inventaire a été réalisé à l'aide d'un processus Delphi modifié et est basé sur les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, en particulier ce chapitre sur la prévention secondaire de l'AVC. Une revue de la littérature a été menée afin de cerner les différents modèles de services de prévention, ainsi que les composantes essentielles de ces services. Des consultations ont ensuite eu lieu avec des fournisseurs de services de prévention de l'AVC, des bailleurs de fonds et des décideurs. Une liste complète des composantes des services de prévention a ensuite été dressée, en harmonie avec les recommandations de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes. L'inventaire préliminaire a été soumis à trois tours de scrutin – auxquels ont participé un grand nombre de cliniciens des soins de l'AVC, de gestionnaires, de patients et de bailleurs de fonds – afin de déterminer l'ensemble final des éléments de soins pour l'inventaire. Il a alors été transmis aux personnes-ressources de chacun des 123 services de prévention de l'AVC; 119 d'entre eux l'ont complété (taux de réponse de 97 %). L'analyse des réponses a permis de raffiner l'inventaire et d'établir une liste d'inclusion finale des principaux éléments des services de prévention de l'AVC.

L'illustration 2 présente le cadre de travail des principales composantes des services de prévention. Le tableau 2 présente la liste complète des éléments fondamentaux des services de prévention de l'AVC. Les objectifs de ce cadre de travail et de cette liste d'éléments sont multiples et visent à :

- permettre aux fournisseurs de services de prévention de l'AVC, quels que soient leur taille ou leur emplacement, d'évaluer les types et les niveaux de services fournis;
- cerner les lacunes dans les éléments fondamentaux des services de prévention pour mettre en place des initiatives de planification, de développement et d'amélioration de la qualité;
- cerner les problèmes d'accès aux services de prévention de l'AVC liés à l'emplacement des services, aux heures de fonctionnement (p. ex. une fois par semaine comparativement à 7 j/7) et à la disponibilité des professionnels de la santé et des services de diagnostic (p. ex. tomodensitomètre) sur place;

- dresser la liste d'éléments présents, mais non encore disponibles qui favorisent la mise en pratique des Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC incluses dans cette mise à jour des Recommandations 2020 – Prévention secondaire de l'AVC;
- renforcer les prestations de services et accroître la responsabilisation.

ILLUSTRATION 2 :

RECOMMANDATIONS – CADRE DE TRAVAIL DES ÉLÉMENTS FONDAMENTAUX DES SERVICES DE PRÉVENTION DE L'AVC :

(© Cœur + AVC)



TABLEAU 2 : Recommandations de Cœur + AVC – Éléments fondamentaux des services de prévention de l'AVC (mise à jour 2020)

Services de prévention secondaire Éléments fondamentaux	Harmonisation avec les parties des Recommandations*	Description ^
Éléments organisationnels des services de prévention de l'AVC		
Services chargés de la prévention	Recommandations, Prévention secondaire de l'AVC Parties 1, 3	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC sont identifiés et reconnus au sein du système de santé local/régional comme offrant des services de prévention de l'AVC. <input type="checkbox"/> Ils sont offerts dans un endroit précis de l'hôpital ou de la communauté, comme au sein d'une clinique ambulatoire ou d'un cabinet de médecin, ou au moyen des modalités virtuelles.

		<ul style="list-style-type: none"> ❑ Les services de prévention de l'AVC suivent des protocoles et des parcours dans le cadre d'une stratégie de prévention personnalisée basée sur des données probantes pour les patients. ❑ Les services d'urgence ont la responsabilité de fournir des services de prévention de l'AVC aux patients ou de faire en sorte que ces derniers soient redirigés vers des services de prévention appropriés avant leur sortie du service des urgences. ❑ Les délais d'évaluation initiale dans le cadre des services de prévention sont fondés sur les délais actuellement recommandés en fonction du temps écoulé entre l'apparition des symptômes et le début de la prise en charge. L'accès aux services de prévention sera accéléré en fonction de la stratification du risque. ❑ Ces services sont accessibles aux patients victimes d'AVC ou d'AIT et souffrant d'incapacités (p. ex., physiques, cognitives et perceptuelles). ❑ Les services de prévention de l'AVC prennent des dispositions pour fournir des soins et un soutien aux patients souffrant d'aphasie ou d'autres troubles de la communication.
Heures de fonctionnement		<ul style="list-style-type: none"> ❑ Les services de prévention de l'AVC ont des heures de fonctionnement fixes, communiquées à toutes les sources d'aiguillage.
Membres de l'équipe de l'AVC	Prévention secondaire Partie 1	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Les services de prévention de l'AVC ont accès à un groupe interprofessionnel d'experts en soins de l'AVC, notamment dans les services de neurologie, médecine interne, chirurgie vasculaire, neurochirurgie, médecine de réadaptation, soins infirmiers, pharmacie, psychologie, neuropsychologie, traitement de réadaptation (comme la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie), travail social, diététique, coordonnateur des services extrahospitaliers, recherche et administration. ❑ D'autres experts sont accessibles directement au sein des services de prévention ou par l'intermédiaire des schémas d'aiguillage prédéterminés en dehors du service. ❑ Le personnel reçoit une formation appropriée afin d'être au courant des mises à jour apportées aux <i>Recommandations</i>.

		<input type="checkbox"/> Le personnel est en mesure d'apporter des soins aux personnes souffrant d'aphasie ou d'autres troubles de la communication (il possède par exemple des compétences dans la conversation de soutien).
Étendue des services	Prévention secondaire Partie 1	<input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC ont un champ d'action bien défini, qui est communiqué aux sources d'aiguillage : il précise l'étendue et les types de services offerts comme l'acheminement des références urgentes le jour même ou des services moins urgents uniquement. <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC définissent leur rôle comme suit : offrir au minimum une évaluation ponctuelle, une évaluation supplémentaire et un suivi à court terme, un suivi à long terme ou des soins collaboratifs avec un praticien de soins primaires.
Mécanismes d'aiguillage	Prévention secondaire, partie 1 Prise en charge de l'AVC en phase aiguë, parties 1, 3	<input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC ont un processus et une documentation d'aiguillage standard pour l'accès aux services (p. ex. formulaire d'aiguillage). <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC comptent au sein de leur équipe une personne désignée pour coordonner les aiguillages et planifier les rendez-vous selon le degré d'urgence. <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC connaissent toutes les sources d'aiguillage potentielles et communiquent avec elles au sujet du processus et des temps d'intervention cibles. <input type="checkbox"/> Toutes les sources d'aiguillage connaissent le processus d'aiguillage et la documentation requise pour accéder aux services. <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC disposent de processus permettant d'examiner et de hiérarchiser régulièrement les aiguillages et de réagir de façon appropriée en fonction du degré d'urgence. <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC contrôlent les délais d'attente entre l'aiguillage et le premier rendez-vous d'évaluation. <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC fournissent un accès aux patients vivant en dehors de leur zone d'action immédiate afin de desservir les milieux ruraux et éloignés.

Utilisation de la technologie – Soins virtuels	Soins virtuels Partie 1	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC estiment que la technologie des soins virtuels améliore l'accès aux services pour tous les patients, en particulier ceux vivant dans les milieux ruraux et éloignés sans accès local à des spécialistes de l'AVC et ceux qui n'ont pas besoin de visites en personne. <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC ont établi/validé des critères pour déterminer la meilleure modalité pour chaque patient et chaque rencontre en fonction du but et des objectifs de chaque visite, et en tenant compte des valeurs, des préférences et des besoins de santé du patient. <input type="checkbox"/> Un plan d'urgence devrait être établi pour que les patients soient vus en personne en temps opportun si le besoin s'en fait sentir après une rencontre de soins virtuels.
Accès aux services de diagnostic	Prévention secondaire, parties 1, 7, 8, 10, 11, 12 Prise en charge de l'AVC en phase aiguë, parties 1, 3	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC ont un accès en temps opportun aux services de diagnostic concernés sur place (imagerie cérébrale et vasculaire avec TDM/IRM, angiographie par tomodensitométrie, ultrasons, ECG, surveillance par moniteur Holter, surveillance cardiaque prolongée, échocardiogramme, services de laboratoire). <input type="checkbox"/> Des ententes ont été conclues avec les services de diagnostic pour assurer l'accès aux services de façon plus urgente lorsque requis (p. ex., le jour même, 24 heures, une semaine). <input type="checkbox"/> Si les services ne sont pas disponibles sur place, une entente mutuelle assure l'accès approprié à des services de diagnostic dans la région ou à proximité, sans délai indu.
Éléments de prestation des soins des services de prévention de l'AVC		
Dépistage et évaluation	Prévention secondaire; Prise en charge de l'AVC en phase aiguë; Humeur, cognition et fatigue	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC évaluent régulièrement les facteurs de risque vasculaire chez les patients, selon les directives actuelles sur l'AVC, fondées sur des données probantes. <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC ont défini un ensemble de pratiques de dépistage validées qui comprennent le choix du moment du dépistage selon les meilleures données probantes disponibles. <input type="checkbox"/> Les facteurs de risque liés au mode de vie qui devraient être évalués comprennent le tabagisme, les comportements de mode de vie,

		<p>l'alimentation, le poids, l'activité physique, le sodium, la consommation d'alcool, la contraception et le traitement hormonal substitutif, la consommation de drogues à usage récréatif et l'observance du traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Le dépistage des facteurs de risque médicaux comprend la pression artérielle, la dépression, la cognition, la fibrillation auriculaire, le risque de saignement, les lipides, le diabète et d'autres problèmes cardiaques sous-jacents. ❑ Évaluation des séquelles de l'AVC, y compris la gravité de l'AVC, le fonctionnement physique, la déglutition, la fatigue, la dépression, la cognition et la douleur neuropathique après un AVC, le cas échéant. <u>La liste de vérification après un AVC</u>, créée par la fondation, est disponible pour faciliter le dépistage des patients. ❑ Protocoles en place relatifs à l'utilisation des outils validés pour faciliter l'évaluation et le diagnostic. ❑ Processus en place pour aiguiller les patients vers d'autres spécialistes, si nécessaire, afin de déterminer ou confirmer la présence de facteurs de risque (comme le service de cardiologie pour ce qui est de la fibrillation auriculaire).
Diagnostic et étiologie	Prévention secondaire; Prise en charge de l'AVC en phase aiguë; Humeur, cognition et fatigue	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Le diagnostic doit préciser le type d'AVC ou d'AIT que le patient a subi (c.-à-d. ischémique ou hémorragique et, le cas échéant, hémorragie sous-arachnoïdienne ou intracérébrale). ❑ L'étiologie sous-jacente doit être déterminée par des examens lorsque possible et communiquée aux fournisseurs de soins et au patient.
Traitement	Prévention secondaire, parties 3-12	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Mise au point un programme de prévention de l'AVC personnalisé pour chaque patient, conformément aux objectifs de soins convenus. ❑ Initiation de stratégies de traitement pour les facteurs de risque et les états cliniques qui ont été déterminés, conformément aux <i>Recommandations</i>. ❑ Processus en place pour un accès rapide aux services de revascularisation carotidienne sur place ou aiguillage vers le centre le plus proche offrant des services dans les délais de traitement stipulés dans les <i>Recommandations</i> (aussi vite que possible, dans les deux semaines qui suivent l'AVC ou l'AIT). ❑ Les services de prévention de l'AVC ont mis des processus en place pour faciliter l'accès à la

		réadaptation (contexte intrahospitalier ou extrahospitalier) pour répondre aux besoins des patients.
Pratiques de suivi	<p>Prévention secondaire</p> <p>Toutes les parties</p> <p>Transition des soins</p> <p>Réadaptation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lors du suivi, les services de prévention de l'AVC surveillent régulièrement les patients et vérifient si les objectifs thérapeutiques sont atteints et si l'état des patients se stabilise. <input type="checkbox"/> Lors du suivi, les services de prévention de l'AVC surveillent régulièrement les patients et vérifient leur adhésion aux traitements et stratégies de prise en charge des facteurs de risque prescrits. <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC réévaluent les changements progressifs physiques, fonctionnels, psychologiques et sociaux chez les patients. <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC ont mis en place des procédures pour les patients et les fournisseurs de soins primaires, afin que les patients puissent à nouveau accéder aux services si leur état de santé évolue ou si une consultation supplémentaire liée à la prise en charge de la prévention s'avère nécessaire. <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC ont mis en place des procédures pour les patients qui n'ont pas de fournisseurs de soins primaires, afin de les aider à en trouver un ou à continuer d'offrir le service de suivi du patient. <input type="checkbox"/> Le personnel des services de prévention de l'AVC a mis en place des procédures pour examiner l'état de la conduite automobile de chaque patient (p. ex., conducteur/non-conducteur, titulaire d'un permis de conduire) et suivre les directives nationales et les exigences en matière de rapports, le cas échéant.
Communication et continuité		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC doivent disposer d'une méthode de communication des recommandations en temps opportun aux médecins traitants, au fournisseur de soins primaires du patient et aux autres membres du cercle de soins du patient pour garantir la continuité des soins. <input type="checkbox"/> Les communications devraient inclure les informations suivantes : évaluations et conclusions, diagnostic, étiologie, plan de traitement, traitement prescrit/recommandé, orientations supplémentaires, précisions sur les personnes responsables du suivi,

		renouvellement d'ordonnances, prise en charge à long terme et aiguillage vers les services de prévention de l'AVC si nécessaire.
Composantes des services de prévention de l'AVC concernant le patient et sa famille		
Éducation, promotion de l'autogestion	Transition des soins, parties 1, 2 Prévention secondaire, partie 7	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC fournissent verbalement des renseignements personnalisés aux patients, aux familles et aux aidants. <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC fournissent des ressources éducatives écrites et électroniques (telles que le guide « Votre cheminement après un AVC » de Cœur + AVC). <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC évaluent les connaissances des patients, de leur famille et aidants, leur capacité à s'autogérer et leur besoin d'apprendre des compétences et des mécanismes d'adaptation (p. ex. à l'aide de la « Liste de vérification après un AVC », créée par Cœur + AVC). <input type="checkbox"/> Le matériel éducatif est disponible dans divers formats, est culturellement adapté à la population cible, adapté à l'aphasie et existe dans d'autres langues selon les besoins. <input type="checkbox"/> Les patients peuvent bénéficier de services d'interprétation pendant leurs visites aux services de prévention de l'AVC.
Liens	Transition des soins Partie 6	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC fournissent aux patients et aux familles des liens vers des ressources et des programmes en milieu communautaire pour favoriser le rétablissement après un AVC et la mise en œuvre de stratégies de prévention, comme des programmes d'arrêt tabagique, des diététistes, des programmes d'activité physique dans la communauté, des programmes éducatifs pour les patients diabétiques et des groupes de soutien aux personnes ayant subi un AVC. <input type="checkbox"/> Les services de prévention secondaire de l'AVC peuvent s'occuper des aiguillages appropriés pour les services de soutien à domicile, l'équipement spécialisé et la procédure d'évaluation si nécessaire. <input type="checkbox"/> Les services de prévention secondaire de l'AVC sont en mesure de recommander ou d'aiguiller les patients vers des ressources et des programmes extrahospitaliers afin de favoriser l'adhésion aux traitements et stratégies de prise en charge des facteurs de risque prescrits (y

		compris les pharmacothérapies) et de favoriser le rétablissement après un AVC.
Résultats et éléments concernant la qualité des services de prévention de l'AVC		
Qualité et responsabilisation	Tous les chapitres	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC ont mis en place des mécanismes pour systématiquement recueillir des données sur les patients – notamment la durée de l'intervalle entre l'aiguillage et le suivi, les services fournis, l'efficacité/le résultat des soins, les mesures physiques (poids, pression artérielle) – et déceler les éventuels changements au fil du temps. <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC ont mis en place une procédure pour transmettre les données au personnel, aux bailleurs de fonds et aux patients. <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC comparent les résultats aux cibles et aux indicateurs prédéfinis et lancent des initiatives d'amélioration de la qualité pour atteindre les objectifs et s'ajuster si nécessaire. <input type="checkbox"/> Les services de prévention de l'AVC devraient participer, lorsque possible, à la recherche clinique dans le domaine de la prévention de l'AVC.

^ Fondé sur une revue de la littérature, le retour du processus Delphi, les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC et les normes du programme Distinction – Services aux victimes d'AVC. * Prévention secondaire = chapitre sur les meilleures pratiques de prévention secondaire de l'AVC; Prise en charge de l'AVC en phase aiguë = chapitre sur les lignes directrices de la Prise en charge de l'AVC en phase aiguë; Humeur, cognition et fatigue = chapitre des Recommandations sur l'humeur, la cognition et la fatigue; Transition des soins = chapitre sur les Transitions des soins prodigués à la suite de l'AVC; Réadaptation = chapitre sur la réadaptation post-AVC.